



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE  
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS  
DEL CENTRO POBLADO SANTA ROSA DE CANSHÁN  
- CASERÍO CARHUASJIRCA - INDEPENDENCIA-  
HUARAZ, 2014.**

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

**AUTORA:**

**Bach.Enf. PILAR LUZ ESPINOZA TORRES**

**ASESORA:**

**Dra. ROCÍO BELÚ VÁSQUEZ VERA**

**HUARAZ – PERÚ**

**2017**

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**

Mgtr. MAGALY NANCY CAMINO SÁNCHEZ

PRESIDENTE

Mgtr. ALEJANDRO ALBERTO CANO MEJÍA

MIEMBRO

Mgtr. GLADYS MERCEDES ROBLES CÁCERES

MIEMBRO

#### 4.1. Agradecimientos:

##### **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote en especial a toda la plana docente de la escuela Profesional de Enfermería, quienes nos forjaron con un pensamiento crítico a través de sus enseñanzas motivaciones, Consejos para ser profesionales de calidad y calidez.

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

A los pobladores de la Comunidad Campesina Santa Rosa de Canshán, Caserío de Carhuasjirca por brindarme su apoyo, confianza y todas las facilidades necesarias para el desarrollo de mi investigación.

**PILAR**

## 4.2. Dedicatorias:

### DEDICATORIA

A Dios, porque él es mi guía y luz, me cuida de todo mal e ilumina mi camino en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón y mi mente para cumplir mis metas trazadas.

A mis queridos padres Feliciano y Eudósia, Con mucho respeto, cariño por haberme apoyado en cada momento, por sus consejos, sus valores, sus sacrificios y por la motivación para seguir adelante y lograr mis metas trazadas.

A mis hermanos, porque me apoyaron en los momentos que más los necesite, porque nunca dejaron de darme aliento para seguir estudiando y lograr el sueño de ser una profesional.

**PILAR**

## RESUMEN

Trabajo de investigación, cuantitativo, descriptivo, diseño de una sola casilla. Su objetivo fue describir los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa de Canshán - Caserío Carhuasjrca - Independencia-Huaraz, 2014. La muestra estuvo conformada por 150 adultos a quienes se les aplicó el cuestionario sobre los determinantes de la salud. Análisis y procesamiento de datos fue mediante el Software SPSS versión 21.00. Conclusiones fueron: determinantes biosocioeconómicos: más de mitad son de sexo femenino, con instrucción inicial / primaria; la mayoría son adultos maduros, con trabajo eventual; casi todos tienen un ingreso económico menor a s/750.00 soles. Determinantes del entorno físico: la mayoría tienen vivienda unifamiliar, duermen 2 a 3 miembros/ habitación, tienen letrina, disponen la basura a campo abierto; casi todos tienen casa propia, piso de tierra, techo eternit /calamina, paredes de adobe, conexión de agua domiciliaria, cocinan con leña, energía eléctrica permanente; todos recogen la basura al menos 1 vez al mes, pero no todas las semanas, eliminan su basura en montículo o campo limpio. Determinantes del estilo de vida: más de la mitad duermen de 6 a 8 horas, consumen frutas, huevo, pescado, fideos, pan / cereales, verduras / hortalizas menos 1 vez /semana y otros alimentos 3 o más veces / semana; la mayoría consumen carne menos 1 vez / semana, no fuman de manera habitual, consumen alcohol ocasionalmente; casi todos no se realizan examen médico periódico, caminan por más de 20 minutos en sus tiempos libres, todos se bañan una vez / semana. Determinantes de las redes sociales y comunitarias: más de mitad se atendieron en puesto de salud, refieren que la distancia al puesto de salud es regular, la calidad de atención que recibieron fue regular; la mayoría reciben apoyo social natural por parte de sus familiares, no reciben apoyo social de otros, refieren que el tiempo de espera fue corto; casi todos cuentan con seguro integral de salud, refieren que no hay pandillaje por su casa; todos no reciben apoyo social organizado.

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

## ABSTRACT

Research work, quantitative, descriptive, single-box design. Its objective was to describe the determinants of health of the adults of the Santa Rosa de Canshán Village Center - Caserío Carhuasjirca - Independencia-Huaraz, 2014. The sample consisted of 150 adults to whom the questionnaire on the determinants of health was applied. Analysis and data processing was through the SPSS Software version 21.00. Conclusions were: biosocioeconomic determinants: more than half are female, with initial / primary education; most are mature adults, with eventual work; almost all have a lower income to s / 750.00 soles. Determinants of the physical environment: most of them have single-family homes, 2 to 3 members sleep / room, they have a latrine, they dispose garbage in the open field; almost all have their own house, ground floor, ceiling eternit / calamine, adobe walls, home water connection, cook with firewood, permanent electric power; everyone picks up garbage at least once a month, but not every week, they dispose of their garbage in mounds or clean fields. Determinants of lifestyle: more than half sleep 6 to 8 hours, consume fruits, eggs, fish, noodles, bread / cereals, vegetables less 1 time / week and other foods 3 or more times / week; most consume meat less once a week, do not smoke habitually, consume alcohol occasionally; almost all do not perform periodic medical exam, walk for more than 20 minutes in their free time, everyone bathes once / week. Determinants of social and community networks: more than half of them attended health posts, they refer that the distance to the health post is regular, the quality of care they received was regular; Most of them receive natural social support from their relatives, do not receive social support from others, they say that the waiting time was short; almost all have comprehensive health insurance, they refer that there is no gang at home; all do not receive organized social support.

**Keywords: Determinants of Health, Adults.**

## INDICE

	<b>Pág.</b>
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
<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.....	21
<b>III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>29</b>
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	29
3.2 Diseño de investigación.....	29
3.3 Población y Muestra.....	29
3.4 Definición y Operacionalización de variables.....	30
3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	41
3.6 Procesamiento y Análisis de datos.....	44
3.7 Consideraciones éticas.....	44
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>46</b>
4.1 Resultados.....	46
4.2 Análisis de Resultados.....	54
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>118</b>
5.1 Conclusiones.....	118
5.2 Recomendaciones.....	119
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>120</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>151</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>TABLA N° 01</b> .....	<b>46</b>
DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO SANTA ROSA DE CANSHÁN -CASERÍO - CARHUASJIRCA -INDEPENDENCIA-HUARAZ, 2014.	
<b>TABLA N° 02</b> .....	<b>47</b>
DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO SANTA ROSA DE CANSHÁN - CASERÍO - CARHUASJIRCA -INDEPENDENCIA-HUARAZ, 2014.	
<b>TABLA N° 03</b> .....	<b>50</b>
DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO SANTA ROSA DE CANSHÁN -CASERÍO - CARHUASJIRCA -INDEPENDENCIA-HUARAZ, 2014.	
<b>TABLA N° 04</b> .....	<b>52</b>
DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO SANTA ROSA DE CANSHÁN -CASERÍO - CARHUASJIRCA -INDEPENDENCIA-HUARAZ, 2014.	



## **I. INTRODUCCIÓN**

La presente investigación se realizó con el propósito de identificar los determinantes sociales de salud de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa de Canshán -Caserío Carhuasjirca -Independencia-Huaraz, 2014. Dado que, la mayoría de los problemas sanitarios se debe a las condiciones a las que está expuesta la persona, a factores que actúan en su entorno, los mismos que pueden garantizar o perjudicar su salud.

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:

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los Determinantes Sociales de la Salud como circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas <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 socioeconómicos a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones <sup>(2)</sup>”.

“La salud se define 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>”.

“Según 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>”.

“La definición 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>”.

“Según Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la organización mundial de la salud (OMS), ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos

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

“Los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas <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. El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública <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>”.

“La igualdad 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>”.

“Las 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>”.

“La definición, 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>”.

“Determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud <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 nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Por un lado, existen inequidades de acceso a los servicios. Por otro, hay inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social <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 la población urbana y el 60% de la población rural no tiene acceso a agua y saneamiento. Factores medio ambientales como la contaminación del aire y del agua perjudican la salud de la población. En la zona rural sólo el 28.9% de los hogares tiene electricidad (92.5% en área urbana), 35% tiene red pública de agua potable dentro de la vivienda (77.7% en área urbana), 51.4% no tiene ningún servicio de eliminación de excretas (8.2% en área urbana) <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 afiliada hace el 62,77 %. Que corresponde a la población de las zonas rurales; 201, 157 afiliada corresponde a las zonas urbanas marginales y el 37,23% corresponde a las zonas urbanas <sup>(18,19)</sup>”.

En la verdad esta no escapa el Centro Poblado Santa Rosa de Canshán Caserío de Carhuasjirca- Independencia -Huaraz, que se encuentra ubicado a 4.100 m.s.n.m, tiene los siguientes límites: Por el norte: con la Comunidad de Hualón, Por el sur: con la Comunidad de Matara Pampa, por el este: con Centro Poblado de Atipayán, Por el oeste: con la comunidad de Rodeo Corral. Depende de dos grandes factores: los vientos húmedos y tibios, que generan abundantes lluvias durante los meses de diciembre a marzo; y una marcada estación seca, entre mayo y octubre, en los días soleados se alcanza entre 30°C y noches de intenso frío en las que son frecuentes las heladas y temperaturas inferiores a los 5°C <sup>(20)</sup>.

Este Centro Poblado se creó con sus primeros Pobladores del Caserío de Rodeo Corral, Canchacuta, Matarapampa, Carhuasjirca y Canshán; Rodeo Corral fue iniciado como Comunidad campesina el 24 de junio en Piruyoc, después pasaron a ser Centro Poblado Santa Rosa de Canshán, que fue creado el 28 de agosto de 1970. La comunidad Carhuasjirca habitan aproximadamente 190 habitantes, de las cuales 150 son adultos.

En cuanto a las autoridades existe Presidente de vaso de leche, Secretario, Vocal,

Tesorero. Cuentan con agua potable, tiene energía eléctrica permanente, pagán mensualmente por dichos servicios a la empresa de electrificación Hidrandina. Respecto la recolección de basura refiere que solamente pasa el carro recolector al menos 1 vez al mes, pero no todas las semanas; no cuenta con servicio básico de desagüe, utilizan letrinas en su reemplazo; hay servicios de comunicación radio, televisión, celular como movistar y claro.

Las viviendas de este caserío son construidas de material rústico adobe, piedra y de tapial, así mismo cuenta con el apoyo del gobierno distrital de Independencia a través del Programa de Vaso de Leche para cada sector del ámbito de Canshán, existe un Centro Educativo Primaria N°86096 llamado José Antonio Encinas e Inicial. Cuenta con un local comunal donde realizan reuniones, tiene una plaza pequeña con una capilla. Cuenta con un campo deportivo donde realizan los distintos campeonatos que el pueblo organiza.

En cuanto a las festividades disfrutan de sus bailes con orquestas, celebran los festejos en carnavales que se inicia en la zona con misas de cruces (estas cruces están hechas de una armazón de madera, carrizo, los cruces son adornadas con ramas de romero y flores),yunza o cortamente (árbol adornados con botellas de licor, baldes, dulces, serpentinas, frutas, juguetes ,etc.) igualmente se reúnen todas las comunidades de los Caseríos del Centro Poblado para celebrar la Semana Santa dando recorrido con la imagen de Jusus, alrededor del todo el Pueblo en las noches con las velas, flores y también celebran el día central Santa Rosa de Lima el 28 de Agosto.

Con respecto a las comidas típicas se estila preparar el picante de cuy, pachamanca, mazamorra de calabaza, puchero, llunca con carnero, pan de trigo. Las Vestimentas típicas de los varones son: pantalón, camisa, llanqui, chaleco y sombrero mientras que las mujeres usan pollera, sombrero, lliclla zapato, chompa y blusa. La mayoría cultivan en sus chacras productos como papa, oca, olluco, trigo, cebada así como verduras lechuga, repollo, cebolla, zanahoria, culantro, anís manzanilla entre otros, respecto a la ganadería crían vacas, burros, toros, ovejas, etc. Las mujeres se dedican en su casa y a la crianza de algunos animales pequeños como gallinas, cuyes, conejos, chanchos y otros, se dedican las amas de casa a la sastrería, hilado, tejen, también venden, para el consumo diario asimismo hacen trueques para otras necesidades y cuando hay feria los días lunes y jueves van a vender sus productos a la ciudad de Huaraz.

El Caserío de Carhuasjirca se atiende en un Puesto de Salud llamado Santa Rosa de Canshán (categoría de nivel I.I) de jurisdicción del Micro Red de salud de Huarupampa , pertenece a la red de salud de Huaylas Sur, el establecimiento de salud cuenta con el servicios básico, brindan la atención parte preventivo y promocional a la persona familia y la comunidad, además ofrece atenciones de control prenatal, planificación familiar, inmunizaciones, crecimiento y desarrollo del niño, etc.Los pobladores de este caserío atienden sus problemas de salud las enfermedades más prevalentes como Faringitis Aguda 16.7%, Cefalea debida a Tensión 15.7%, Lumbago no especificado 14.7%, Gastritis no especificada 9.6%, Síndrome de flujo Vaginal 8.5% <sup>(20)</sup>.

Frente a lo expuesto consideramos pertinente la realización de la presente

investigación planteando el siguiente problema:

¿Cuáles son los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa de Canshán - Caserío Carhuasjirca -Independencia - Huaraz, 2014?

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

Identificar los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa de Canshán -Caserío Carhuasjirca -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 Santa Rosa de Canshán -Caserío Carhuasjirca -Independencia-Huaraz.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa de Canshán -Caserío Carhuasjirca -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 Santa Rosa de Canshán -Caserío Carhuasjirca -Independencia-Huaraz.

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

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

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

Además es conveniente para: las autoridades regionales de la Dirección Regional de salud de Ancash y el municipio de Independencia de Huaraz, en el campo de la salud, así como para la población adulta del Centro Poblado Santa Rosa de Canshán - Caserío Carhuasjirca - Independencia-Huaraz; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismos.

## **II. REVISIÓN LITERARIA:**

### **2.1. Antecedentes:**

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

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

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

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

“Tovar, C. y García, C. (21), en su investigación titulado: La Percepción del Estado de Salud: una Mirada a las Regiones Desde la Encuesta de Calidad de Vida, 2003, donde concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que

la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones”.

### **A nivel Nacional:**

“Rodríguez, Q. (22), en su investigación titulada: Determinantes del Desarrollo Humano en Comunidad Rural, Centro Poblado Menor dos de mayo- Amazonas,2011”. Se encontró que los determinantes sociales: analfabetismo en madres (22,5%), en padres (10%), la agricultura como actividad económica predominante de los padres (72,5%), comercio en las madres (20%), limitado acceso al mercado, tecnología y financiamiento económico (45,5%); determinantes del derecho humano: limitado acceso a vida larga y saludable en niños con bajo peso al nacer (20%), limitado acceso al control de gestante (77,5%) e inmunizaciones (60%); en lo determinantes interculturales: usan leña para cocinar (80%) y plantas medicinales para cuidar su salud (65%). Concluyendo que la quinta parte de la población tiene limitado acceso a vida larga y saludable, ya que tuvieron bajo peso al nacer, padres prefieren que hijos trabajen en las vaquerías, repitiendo el año escolar, limitando sus competencias para acceder a un trabajo bien remunerado y a servicios de salud”.

“Uchuzara, Ll. (23), La investigación los: Determinantes de Salud en la Persona Adulta del Centro Poblado Menor Los Palos. Tacna 2013. En una muestra de 263 personas, concluyendo: en determinantes de la salud socioeconómicos: más de la mitad son de sexo femenino, con un ingreso menor de 750 soles, menos de la mitad están en la etapa adulto maduro, la mayoría tiene grado de instrucción secundaria, con trabajo eventual. Los determinantes de la salud del entorno físico todos cuentan



con vivienda unifamiliar, más de la mitad extrae agua de pozo, utiliza letrina, cuenta con piso de tierra, material de las paredes de adobe, la mayoría con tenencia de vivienda propia”.

“Los determinantes de los estilos de vida: la mayoría no se realiza un examen médico periódico, en cuanto a alimentos consume pan, cereales a diario, más de la mitad no realiza actividad física. Determinantes de las redes sociales y comunitarias: la mayoría recibió un apoyo social regular, cuenta con seguro integral de salud, y la calidad de atención fue regular”.

**A nivel local:**

“Jaramillo, V. (24), en su investigación titulada: Determinantes de Salud de los Adultos de Curayacu–Pomabamba –Ancash, 2013. Se observas menos de la mitad tienen instrucción inicial /primaria, trabajo eventual; más de la mitad son de sexo femenino, adultos maduros; la mayoría perciben menos de 750 soles. En los determinantes del entorno físico: menos de la mitad tienen baño propio, el carro recolector pasa todas las semanas, pero no diariamente; más de la mitad tienen vivienda unifamiliar, duermen 2 a 3 miembros en una habitación, la mayoría tienen casa propia, piso de tierra, techo y paredes de adobe, conexión domiciliaria de agua, cocinan con leña, eliminan la basura en carro recolector; todos cuentan con energía eléctrica permanente”.

“En los determinantes de los estilos de vida tenemos: menos de la mitad consumen fruta, carne, huevo, pan, cereales, verduras y hortalizas 3 a más veces / semana, pescado menos de una vez / semana, fideos, otros 1 o 2 veces / semana; más de la mitad no fuman, consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, duermen de 6 a 8

horas diarias, se realizan examen médico periódico, caminan en su tiempo libre; casi todos se bañan 4 veces / semana. En los determinantes de redes sociales y comunitaria tenemos: más de la mitad refieren el tiempo de espera fue regular, reciben algún apoyo social natural de familiares; la mayoría recibe apoyo social organizado del vaso de leche, la atención de salud la realizaron en el hospital, la atención de salud recibida queda a regular distancia de su casa, tienen seguro de salud SIS (MINSA); todos no reciben algún apoyo social organizado, refiere que no existe pandillaje cerca de su casa.

“Valverde, L. (25), en su investigación sobre: Determinantes de Salud de los Adultos del Sector “B” Huaraz, 2013. Tipo de investigación cuantitativa, en una muestra constituida por 239 adultos del sector B; se utilizó un cuestionario sobre determinantes en Salud. Se obtuvieron los siguientes resultados: El 34% tienen secundaria completa/incompleta, el 60% tiene un ingreso económico menor de 750 soles. En relación a la vivienda: el 100% tiene agua intradomiciliaria y energía permanente, el 99% tiene baño propio, el 50% dispone su basura a campo abierto, el 70% no fuma, el 68% ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 82% no se realiza ningún examen médico, el 50% realiza actividad física, el 37% consume pescados 1 vez por semana, el 34% consume frutas diariamente, el 61% consume verduras diariamente, el 84% cuenta con el SIS”.

“Chinchay, M. (26), en relación a los: Determinantes Biosocioeconómicos de los Adultos del Caserío de Vista alegre Sector “Q” Huaraz. Se observa que menos de la mitad tienen secundaria completa, perciben un ingreso económico menor de 750 soles, trabajo eventual; más de la mitad son adultos jóvenes de sexo Femenino. En

los determinantes de salud del entorno físico: más de la mitad tienen casa propia con piso tierra, techo eternit, paredes de adobe, dormitorio compartido y usan gas para cocinar; casi todos cuentan con vivienda unifamiliar, agua con conexión domiciliaria, baño propio, energía eléctrica permanente y disponen la basura en carro recolector todas las semanas, pero no diariamente”.

“En los determinantes de los estilos de vida: menos de la mitad realizan actividad física como caminar en tiempo libre más de 20 minutos, consumen fruta a diario, carne, huevo 3 o más veces a la semana, pescado y otros 1 o 2 veces a la semana; más de la mitad no fuman, consumen alcohol ocasionalmente, consumen pan, cereales, verduras, hortalizas a diario; casi todos duermen de 6 a 8 horas, se bañan 4 veces a la semana, no realizan examen médico periódico y consumen fideos a diario”.

“En los determinantes de las redes sociales y comunitarias: menos de la mitad reciben apoyo de sus familiares, calidad de atención de salud que recibieron fue regular; la mitad se atienden en centro de salud y tiempo de espera fue regular; más de la mitad no reciben apoyo social organizado, la distancia al establecimiento de salud es regular, cuentan con seguro SIS (MINSA) y todos refieren que no hay pandillaje cerca de sus casas”.

“Ayala, J. (27), en su investigación titulada: Determinantes de la Salud de los Adultos del caserío de Chua Bajo Sector S Huaraz, 2013. Llegando a las siguientes conclusiones: En los determinantes biosocioeconómicos tenemos: Menos de la mitad tienen secundaria completa/ incompleta, ingreso económico de 751 a 1000 nuevos soles, trabajo eventual, más de la mitad son de sexo masculino, adultos jóvenes, en

los determinantes relacionados al entorno físico tenemos, menos de la mitad comparte un dormitorio entre 2 a 3 miembros, más de la mitad tienen vivienda con piso de tierra, techos y paredes de cemento y ladrillo, baño propio, disponen y eliminan la basura en carro recolector, casi todos cuentan con vivienda unifamiliar, casa propia, agua con conexión intradomiciliaria, cocinan a gas, energía eléctrica permanente, recogen la basura todas las semanas pero no diario”.

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

“Pajuelo, A. (28), con respecto a los: Determinantes Biosocioeconómicos de los Adultos del Sector C Huaraz – Distrito: Se observa que menos de la mitad tienen secundaria completa, trabajo eventual; más de la mitad son de sexo femenino, adultos jóvenes e ingreso económico menor a s/750.00. En los determinantes de salud relacionados al entorno físico tenemos: Menos de la mitad tienen casa propia; más de la mitad tienen viviendas unifamiliares, con piso de tierra, techo de eternit, paredes de adobe, dormitorio compartido, recogen la basura todas las

semanas, pero no diariamente y la eliminan en los fregaderos o desagüe; casi todos tienen conexión de agua intradomiciliaria, baño propio, cocinan con gas, tienen energía eléctrica permanente; eliminan su basura a campo abierto”.

“En los determinantes del estilo de vida tenemos: más de la mitad no fuman ni ingieren bebidas alcohólicas de forma habitual, caminan como actividad física, consumen frutas diariamente, carne 3 a 4 veces/semana, huevo 1 o 2 veces/semana, pescado una vez/semana, fideos, verduras y hortalizas diarios; casi todas duermen un promedio de 6 a 8 horas, higiene al menos 4 veces/semana y no realizan exámenes médicos periódicos. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias tenemos: Más de la mitad se atendieron en un centro de salud; Casi todos tienen apoyo familiar y organizado, la atención de salud recibida fue regular, cuentan con seguro SIS (MINSA), el tiempo de espera y la calidad de atención fue regular, finalmente refieren presencia de pandillaje cerca de sus casas”.

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

“El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mscck Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principios determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones <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 (29)”.Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (30)”.



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

para elegir un modo de vida más sano <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 y Determinantes Sociales de la Salud**

“Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad <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 y 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. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud <sup>(30)</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>(30)</sup>”.

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

“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 (32, 33)”.

#### **3.2. Diseño de investigación**

“Diseño de una sola casilla (34, 35)”.

#### **3.3. Población y Muestra**

“El universo estuvo constituido por 150 personas adultos que viven en el “del Centro Poblado Santa Rosa de Canshán -Caserío Carhuasjirca - Independencia-Huaraz”, departamento de Ancash”.

##### **Unidad de análisis**

“Los adultos que residen en el Centro Poblado Santa Rosa de Canshán - Caserío - Carhuasjirca -Independencia-Huaraz”, que forman parte de la muestra y respondieron a los criterios de la investigación”.

##### **Criterios de Inclusión**

Adulto que viven más de 3 a años en el Centro Poblado Santa Rosa de Canshán -Caserío - Carhuasjirca -Independencia-Huaraz- 2014.

- Adultos sanos
- Adulto que aceptó participar en el estudio.
- 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 BIOSOCIOECONÓMICOS**

##### **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

##### **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)

## **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 (40, 41)”.

### **Definición Operacional**

Escala Nominal

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

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

### **Vivienda**

#### **Definición conceptual**

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

#### **Definición operacional**

- Vivienda unifamiliar
- Vivienda multifamiliar
- Vecindad, quinta, choza, cabaña



- Local no destinado para habitación
- Otros

### **Tenencia de vivienda**

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

### **Material del piso:**

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

### **Material del techo:**

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

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

- Madera, estera

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

#### **Nº de personas en un dormitorio**

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

#### **Abastecimiento de agua**

- Acequia
- Cisterna
- pozo
- Conexión domiciliaria

#### **Eliminación de excretas**

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

#### **Combustible para cocinar**

- Gas, electricidad
- Leña, carbón

- Bosta
- Tuza (coronta de maíz)
- Excremento de vaca

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

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

### **Disposición de basura**

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

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

- Diariamente
- Todas las semanas, pero no diariamente
- Al menos 2 vez 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 veces a la semana
- No se bañan

**Realiza algún examen médico**

Escala nominal

(Si) (No)

**Realiza actividad física**

- Caminar
- Deporte
- Gimnasia
- No realiza

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

- Caminar

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

## **ALIMENTACIÓN**

### **Definición Conceptual**

“Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación <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
- Otros

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

### **Definición Conceptual**

“Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) <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
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala
- No sabe

**Pandillaje cerca de su casa**

Escala nominal

(Si) (No)

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

**Técnicas**

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

**Instrumento**

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

**Instrumento N° 01**

“El instrumento utilizado fue el Cuestionario sobre los determinantes del Centro Poblado Santa Rosa de Canshán -Caserío - Carhuasjirca -Independencia-Huaraz-

2014. Que estaba constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO 01)”.

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

**Control de Calidad de los datos:**

**EVALUACIÓN CUALITATIVA:**

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

“Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las

preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas. (Ver anexo N° 02)”.

### **EVALUACIÓN CUANTITATIVA:**

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

$$(-1) / k$$

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 estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la

confiabilidad interevaluador (48). (Ver anexo N° 03)”.

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

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

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

- ✓ Se informó y se pidió el consentimiento de los adultos del dicho sector, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- ✓ Se coordinó con los adultos 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 21 en tablas simples con sus respectivos gráficos para cada tabla”.

### **3.7. Consideraciones éticas**

“En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan

obtener son éticamente posibles <sup>(49)</sup>".

### **Anonimato**

Se aplicó el cuestionario indicándoles 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 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 05)".

#### IV. RESULTADOS:

##### 4.1. Resultados:

TABLA N° 01

**DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO SANTA ROSA DE CANSHÁN - CASERÍO - CARHUASJIRCA – INDEPENDENCIA, HUARAZ, 2014.**

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	73	48,7
<b>Femenino</b>	<b>77</b>	<b>51,3</b>
Total	150	100

<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Adulto Joven	16	10,7
<b>Adulto Maduro</b>	<b>132</b>	<b>88,0</b>
Adulto Mayor	2	1,3
Total	150	100

<b>Grado de instrucción</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin nivel e instrucción	20	13.3
<b>Inicial/Primaria</b>	<b>82</b>	<b>54.7</b>
Secundaria Completa / Incompleta	45	30.0
Superior universitaria	2	1.3
Superior no universitaria	1	0.7
Total	150	100

<b>Ingreso económico</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Menor de 750</b>	<b>149</b>	<b>99,3</b>
De 751 a 1000	1	0,7
De 1001 a 1400	0	0,0
De 1401 a 1800	0	0,0
De 1801 a más	0	0,0
Total	150	100

<b>Ocupación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Trabajador estable	5	3,3
<b>Eventual</b>	<b>131</b>	<b>87,3</b>
Sin ocupación	11	7,4
Jubilado	0	0,0
Estudiante	3	2,0
Total	150	100

**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por Rodríguez, Y, Vílchez, A. aplicado a los adultos del Centro Poblado de Santa Rosa de Canshán Caserío, Carhuasjirca – Independencia, agosto, 2014.

**TABLA 02.**  
**DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FÍSICO**  
**DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE SANTA ROSA DE CANSHÁN**  
**CASERÍO - CARHUASJIRCA - INDEPENDENCIA, HUARAZ, 2014.**

<b>Tipo de vivienda</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Vivienda unifamiliar</b>	<b>141</b>	<b>94,0%</b>
Vivienda multifamiliar	9	6,0
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinado para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	150	100
<b>Tenencia de vivienda</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alquiler	0	0,0
Cuidador/alojado	6	4,0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0
Alquiler venta	0	0,0
<b>Propia</b>	<b>144</b>	<b>96,0</b>
Total	150	100
<b>Material del piso</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tierra</b>	<b>148</b>	<b>98,7</b>
Entablado	2	1,3
Loseta, vinílicos o sin vinílico	0	0,0
Láminas asfálticas	0	0,0
Parquet	0	0,0
Total	150	100
<b>Material del techo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Madera, esfera	0	0,0
Adobe	4	2,7
Estera y adobe	0	0,0
Material noble, ladrillo y cemento	0	0,0
<b>Eternit/Calamina</b>	<b>146</b>	<b>97,3</b>
Total	150	100
<b>Material de las paredes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Madera, estera	3	2,0
<b>Adobe</b>	<b>147</b>	<b>98,0</b>
Estera y adobe	0	0,0
Material noble ladrillo y cemento	0	0,0
Total	150	100,0
<b>Personas que duermen en una habitación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
4 a más miembros	3	2,0
<b>2 a 3 miembros</b>	<b>125</b>	<b>83,3</b>
Independiente	22	14,7
Total	150	100

**Continúa...**

<b>Abastecimiento de agua</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Acequia	2	1,3
Cisterna	0	0,0
Pozo	1	0,7
Red pública	0	0,0
<b>Conexión domiciliaria</b>	<b>147</b>	<b>98,0</b>
Total	150	100

<b>Eliminación de excretas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Aire libre	37	24,7
Acequia, canal	0	0,0
<b>Letrina</b>	<b>113</b>	<b>75,3</b>
Baño público	0	0,0
Baño propio	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	150	100

<b>Combustible para cocinar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Gas, Electricidad	2	7,3
<b>Leña, carbón</b>	<b>148</b>	<b>92,7</b>
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	150	0,0

<b>Energía eléctrica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin energía	0	0,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	0	0,0
<b>Energía eléctrica permanente</b>	<b>149</b>	<b>99,3</b>
Vela	1	0,7
Total	150	100

<b>Disposición de basura</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>A campo abierto</b>	<b>127</b>	<b>84,7</b>
Al río	0	0,0
En un pozo	7	4,7
Se entierra, quema, carro recolector	16	10,6
Total	150	100

<b>Frecuencia de la recogida de la basura</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diariamente	0	0,0
Todas las semanas, pero no diariamente	0	0,0
Al menos 2 veces por semana	0	0,0
<b>Al menos 1 vez al mes, pero no todas las semanas</b>	<b>150</b>	<b>100</b>
Total	150	100

Continúa...



<b>Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Carro recolector	0	0,0
<b>Montículo o campo limpio</b>	<b>150</b>	<b>100</b>
Contenedor específico de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	150	100

**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por Rodríguez, Y, Vélchez, A. aplicado a los adultos del Centro Poblado de Santa Rosa de Canshán Caserío, Carhuasjirca – Independencia, agosto, 2014.

**TABLA 03.**  
**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL**  
**CENTRO POBLADO DE SANTA ROSA DE CANSHÁN CASERÍO-**  
**CARHUASJIRCA - INDEPENDENCIA, HUARAZ, 2014.**

<b>Actualmente fuma la persona adulta</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	0	0,0
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	11	7,3
<b>No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual</b>	<b>139</b>	<b>92,7</b>
Total	150	100

<b>Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	2	1,3
Una vez a la semana	0	0,0
Una vez al mes	0	0,0
<b>Ocasionalmente</b>	<b>122</b>	<b>81,3</b>
No consumo	26	17,4
Total	150	100

<b>Horas que duerme</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>[06 a 08)</b>	<b>98</b>	<b>65,3</b>
[08 a 10)	44	29,3
[10 a 12)	8	5,4
Total	150	100

<b>Frecuencia con que se baña</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diariamente	0	0,0
4 veces a la semana	0	0,0
<b>No se baña / una vez por la semana</b>	<b>150</b>	<b>100</b>
Total	150	100

<b>Se realiza algún examen médico.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si	6	4,0
<b>No</b>	<b>144</b>	<b>96,0</b>
Total	150	100

<b>Realiza actividad física</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Caminar</b>	<b>144</b>	<b>96,0</b>
Deporte	5	3,3
Gimnasia	1	0,7
No realizo	0	0,0
Total	150	100

<b>Actividad física las dos últimas semanas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Caminar</b>	<b>149</b>	<b>99,3%</b>
Gimnasia suave	0	0,0
Juegos con poco esfuerzo	0	0,0
Correr	0	0,0
Deporte	1	0,7
Ninguna	0	0,0
Total	150	100

**Continúa...**

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Frutas	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	<b>101</b>	<b>67,3%</b>	49	32,7%	150	100%
Carne	0	0,0%	6	4 %	12	8 %	<b>118</b>	<b>78,7%</b>	14	9,3%	150	100%
Huevos	2	1,3%	20	13,3%	<b>107</b>	<b>71,3%</b>	19	12,7%	2	1,3%	150	100%
Pescado	0	0,0%	1	0,7%	9	6 %	<b>111</b>	<b>74 %</b>	29	19,3%	150	100%
Fideos	28	18,7%	4	2,7%	<b>96</b>	<b>64 %</b>	14	9,3%	8	5,3%	150	100%
Pan, cereales	4	2,7%	8	5,3%	37	24,7%	<b>94</b>	<b>62,7%</b>	7	4,7%	150	100%
Verduras, hortalizas	0	0,0%	10	6,7%	40	26,7%	<b>93</b>	<b>62 %</b>	7	4,7%	150	100%
Otras	1	0,7%	40	26,7%	26	17,3%	<b>77</b>	<b>51,3%</b>	6	4 %	150	100%

**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por Rodríguez, Y, Vílchez, A. aplicado a los adultos del Centro Poblado de Santa Rosa de Canshán Caserío, Carhuasjirca – Independencia, agosto, 2014.

**TABLA 04:**  
**DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS**  
**ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE SANTA ROSA DE CANSHÁN CASERÍO -**  
**CARHUASJIRCA - INDEPENDENCIA, HUARAZ, 2014**

<b>Recibe algún apoyo social natural:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Familiares</b>	<b>122</b>	<b>81,3</b>
Amigos	3	2,0
Vecinos	13	8,7
Compañeros espirituales	0	0,0
Compañeros de trabajo	0	0,0
<b>No recibo</b>	<b>12</b>	<b>8,0</b>
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>
<b>Recibe algún apoyo social organizado:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	2	1,3
Empresa para la que trabaja	0	0,0
Instituciones de acogida	0	0,0
Organizaciones de voluntariado	0	0,0
<b>No recibo</b>	<b>148</b>	<b>98,7</b>
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>
<b>Recibe algún apoyo social organizado:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Pensión 65	6	4,0
Comedor popular	0	0,0
Vaso de leche	16	10,7
<b>Otros</b>	<b>128</b>	<b>85,3</b>
<b>Total</b>	<b>150</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	5	3,3
Centro de salud	11	7,3
<b>Puesto de salud</b>	<b>99</b>	<b>66,0</b>
Clínicas particulares	4	2,7
Otras	31	20,7
<b>Total</b>	<b>150</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	58	38,7
<b>Regular</b>	<b>85</b>	<b>56,7</b>
Lejos	7	4,7
Muy lejos de su casa	0	0,0
No sabe	0	0,0
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

**Continúa...**

<b>Tipo de seguro</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
ESSALUD	1	0,7
SIS – MINSA	<b>149</b>	<b>99,3</b>
SANIDAD	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	150	100

<b>El tiempo que esperó para que lo(la) atendieran</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy largo	0	0,0
Largo	0	0,0
Regular	19	12,7
<b>Corto</b>	<b>125</b>	<b>83,3</b>
Muy corto	6	4,0
No sabe	0	0,0
Total	150	100

<b>Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy buena	4	2,7
Buena	40	26,7
<b>Regular</b>	<b>84</b>	<b>56,0</b>
Mala	8	5,3
Muy mala	12	8,0
No sabe	2	1,3
Total	150	100

<b>Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si	6	4,0
No	<b>144</b>	<b>96,0</b>
Total	150	100

**Fuente:** Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por Rodríguez, Y, Vílchez, A. aplicado a los adultos del Centro Poblado de Santa Rosa de Canshán Caserío, Carhuasjirca – Independencia, agosto, 2014.

## 4.2. Análisis de Resultados:

### TABLA N° 01:

Con respecto a los determinantes de salud biosocioeconómicos de los adultos, del Centro Poblado Santa Rosa de Canshán podemos decir que el 51,3 % (77) son de sexo femenino, 88 % (132) son adultos maduros, 54,7% (82) tienen grado de instrucción inicial/primaria, 99,3% (149) reciben un ingreso económico mensual menor a 750 soles y el 97,3% (146) tienen trabajo eventual.

“Los resultados de la presente investigación guardan relación con lo obtenido por Mezarina, V. (50), en su estudio titulado: Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Chacuabamba -Pomabamba, 2013. Donde se observa que el 54,4% (80) de la población son de sexo femenino; la edad que predomina es adulto maduro con 61,2% (90), en relación al grado de instrucción se observa, que el 29,3% (43) de la población tienen inicial/primaria; el 85,7% (126) percibe un ingreso menor de 750 soles; en relación a la ocupación, se observa que el 38,8% (57) de la población tienen trabajo eventual”.

“Los resultados de la presente investigación es semejante a lo encontrado por Villanueva, C. (51), en su investigación: Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Lloclla -Huaraz, 2013. Reporta la muestra que del 100% (133) de personas adultas que participaron en el estudio, el 51,1 % (68) son de sexo femenino, el 38,3% (68) es adulto maduro, el 58,6% (78) tienen grado de instrucción inicial/primaria, el 100% (133) tiene un ingreso económico menor a 750 y el 74,4% (99) tienen trabajo eventual”.

“El presente estudio se aproxima a lo encontrado por Gonzales, F. (52), en el análisis de la investigación sobre los: Determinantes de Salud del Adulto del Centro Poblado Chapairá-Castilla- Piura, 2013. Se percibe que el 54,2% de la población encuestada son del sexo femenino; el 64% están en la etapa adulto maduro comprendida de 36 a 59 años 11 meses 29 días; el 50,7% tienen un grado de instrucción de inicial/primaria; el 92,4% tienen un ingreso económico familiar menor de 750 soles y el 60,9% tiene trabajo eventual”.

“La muestra de la presente tabla es similar con la investigación de Hipólito, R. (53), en su Tesis: Determinantes de la Salud del Adulto Mayor del A.H Los Cedros Nuevo Chimbote 2016. El 67% (67) son de sexo femenino; el 49% (49) tienen un grado de instrucción inicial /primaria; el 65% (65), tiene un ingreso menor de 750 soles mensual. El 65% (65), son trabajadores eventuales”.

“Así mismo también difieren con la investigación que presenta Ayala, J. (54): Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Chua Bajo sector S Huaraz, 2013. El 52,5% (84) son de sexo masculino, 56,3% (90) son adultos jóvenes, 46,3(74) tiene secundaria completa/ incompleta, referente al ingreso económico el 37,5% (60) perciben un ingreso económico de 751 a 1000 soles, guardan relación 43,2% (69) tienen como ocupación trabajo eventual”.

“Los resultados difieren de la investigación presentada por Salazar, J. (55): Determinantes de la Salud de las Personas Adultas del Pueblo Joven San Martín - Tacna, 2013. Con respecto al estudio realizado el 49,5% (101) es adulto joven, 49,5% (101) tienen grado de instrucción secundaria completa/incompleta, 52,9% (108) tienen un ingreso económico de 751 a 1000 soles, 42,6%(87) de ocupación jubilado,

guardan relación 57,4% (117) son del sexo femenino”.

“Una investigación que difiere es el de Martínez, N. (56): Determinantes de la Salud en los Adolescentes de la Institución Educativa San José Obrero - Piura, 2013. El 65% (98) de los adolescentes son de sexo masculino, 99%(150) es de 12 – 14 años, 11 meses, 29 días, 100%(152) tienen grado de instrucción secundaria completa / incompleta, 25% (38) tiene un ingreso de S/.1001 a S/.1400, 82,3 %(125) tienen trabajo estable”.

“La presente investigación difiere con lo realizado por Tinedo, A. (57): Determinantes de la Salud en los Adolescentes de la I.E Benedicto XVI del Asentamiento Humano Campo Polo I Sector Norte-Castilla Piura, 2013. El 54%(91) es de 15– 17 años, 11 meses, 29 días, 80,5%(136) tienen grado de instrucción secundaria completa / incompleta, 52,7% (89) tiene un ingreso de S/.751 a S/.1000, 81,1 %(137) tienen trabajo estable, pero es similar en el sexo el 99% (59) son de sexo femenino”.

“También resultados de la presente investigación difieren con lo encontrado por Lozano, P. (58): Determinantes de la Salud del Cuidador (a) Familiar del Adulto Mayor en el Distrito de Coishco. 2012. El 52 % (78) son adultos mayores, 39% (58) tienen secundaria completa/incompleta, 65% (97) su ingreso económico es de 751 a 1000 soles y el 35% (53) son jubilados, pero es semejante en que el 81% (122) son de sexo femenino”.

Así mismo los resultados son diferentes a lo presentado por Vásquez, N. (59): Determinantes de la Salud en los Adultos Jóvenes. Pueblo joven la Unión -Chimbote



,2013. El 56% (179) es secundaria completa/incompleta, 84% (267) de la población su ingreso es de 1 - 550 soles, 48% (153) son trabajadores familiares no remunerados (ama de casa), pero se aproximan en que el 77% (244), de la población adulta joven son de sexo femenino”.

“El sexo es el conjunto de características biológicas que diferencian al macho de la hembra y que al complementarse tienen la posibilidad de la reproducción, estas características biológicas no se refieren sólo a los órganos sexuales, sino también a diferencias en el funcionamiento de nuestros cuerpos, las diferencias de los organismos del hombre y la mujer, son las que permiten que, al unirse sus células sexuales, exista la posibilidad de la reproducción <sup>(60)</sup>”.

“Los hombres, de sexo masculino se diferencian de las mujeres de sexo femenino por sus características físicas y emocionales, mientras que el hombre posee una musculatura mayor a la de la mujer ella posee cualidades afectivas que la denotan y le dan un toque característico que les da la feminidad <sup>(61)</sup>”.

“El sexo es un mecanismo mediante el cual los humanos al igual que otra especie vegetal y animal evolucionada se reproducen. El sexo también es transmitido de un carácter ligado a un gen situado en el segmento no homólogo de un cromosoma sexual (porciones de estos cromosomas que son diferentes en los cromosomas x e y <sup>(62)</sup>”.

“También se llama mujer al ser humano de género “femenino, encargado de la concepción (convirtiéndose así en madre), y portador de los cromosomas XX. La mujer posee características biológicas, y psicológicas que la definen como tal, así

como el instinto maternal y la prudencia (aspectos psicológicos) <sup>(63)</sup>”.

“El sexo femenino, en oposición a aquellos de sexo masculino clasificados bajo el término hombre. Dentro de la categoría "mujer" pueden contarse las de niña, adolescente y adulta. A su vez, con frecuencia se utiliza el término "hombre" para referirse a la humanidad en general o al individuo en sociedad, de forma que también se comprende a la mujer en dicha consideración <sup>(64)</sup>”.

“El término femenino se refiere a aquello que resulta propio, relativo o perteneciente a las mujeres. Se trata, por lo tanto, de algo o alguien que dispone de las características distintivas de la feminidad. Un ser que pertenece al sexo femenino está dotado de órganos para ser fecundado. Esto quiere decir que los integrantes del género femenino producen las células sexuales que se conocen como óvulos <sup>(65)</sup>”.

“Proveniente del latín masculinos, la palabra masculino relaciona a todo lo que comprende ser hombre. Un hombre o ser humano Varón es aquel que posee todo el aparato reproductor que es capaz de insertar en un ovulo la esperma Gameto Masculino, en un ovario femenino Gameto Masculino para crear un Cigoto el cual será la creación que surgirá de un proceso de fecundación y maduración de un embrión dentro del cuerpo femenino que se le conoce como Embarazo <sup>(66)</sup>”.

“La biología, por otra parte, define al sexo masculino como aquel género compuesto por seres que producen espermatozoides a raíz del tipo de órganos reproductivos que poseen. Los espermatozoides son células haploides que constituyen el gameto masculino y que, tras su fusión con el gameto femenino, componen un cigoto totipotente <sup>(67)</sup>”.

“Actualmente los psicólogos evolutivos estudian con atención el desarrollo de los adultos dividiendo la vida adulta en diversas etapas. Existen pocos criterios científicos para señalar el cambio de un periodo a otro, los límites que señalan el inicio y final de cada etapa son más arbitrarios que en la infancia. Para facilitar su estudio se divide la edad adulta en tres partes: la temprana o juventud, la edad media o madurez y la edad tardía. Sin embargo, debemos tomar en cuenta que la vida de cada uno difiere tan drásticamente de las de los demás <sup>(68)</sup>”.

“Según el Ministerio de Salud define que la edad es el tiempo que una persona ha vivido desde que nació, tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta un momento determinado de su vida, los cuales tienen características bien definidas, a saber: la infancia o edad preescolar, niñez, pubertad, adolescencia, juventud, adultez y la ancianidad <sup>(69)</sup>”.

“La edad es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo. Cada ser viviente tiene, de manera aproximada, una edad máxima que puede alcanzar. Al referirnos a los humanos, la edad media del hombre es mayor o menor dependiendo del nivel de desarrollo de una nación <sup>(70)</sup>”.

“La etapa del adulto joven comienza alrededor de los 20 años y concluye cerca de los 40, cuya característica principal, es que el individuo debe comenzar a asumir roles sociales y familiares, es decir, hacerse responsable de su vida y de la de quienes le acompañan en la conformación de una familia <sup>(71)</sup>”.

“El adulto joven es la etapa de vida en que se inicia a asumir responsabilidades sociales y familiares. Inicia el desarrollo de su proyecto de vida. Puede ser

económicamente dependiente o no, alcanza la madurez física y sus sistemas corporales funcionan a óptimo nivel adquieren una filosofía de la vida acorde con los cambios sexuales las transformaciones físicas y el momento social en el cual se desarrollan. La percepción sensorial e intelectual y el vigor muscular están al máximo <sup>(72)</sup>”.

“Los sistemas tienen en esta edad una notable capacidad compensatoria, así el adulto joven es capaz de conservar la salud en forma casi continua, por esta razón presentan poca o ninguna preocupación por su salud. A pesar de que en esta etapa las características físicas alcanzan su plenitud, se debe considerar que alrededor de los 30 años empiezan a declinar algunas capacidades <sup>(72)</sup>”.

“El adulto maduro o medio se encuentra aproximadamente dentro de los 30 a 60 años de edad. Durante esta etapa, la persona vive plenamente los roles sociales como lo es el trabajo profesional y la formación de una familia junto a la pareja. Es el momento en que se puede echar un vistazo hacia el pasado y reflexionar acerca de los logros y las metas que aún falta por cumplir <sup>(73)</sup>”.

“El adulto medio pasa por varios cambios biológicos. A partir de los 30 años de edad se puede observar un declive en las funciones físicas y durante esta etapa comienza el envejecimiento. Disminuye la fuerza muscular y la velocidad en los reflejos. Aparecen las canas, calvicie y sequedad cutánea o arrugas. En ciertas partes del cuerpo se acumula tejido adiposo. Hay dolor, molestias y baja necesidad de ingestión calórica <sup>(73)</sup>”.

“Según Erickson, el adulto medio se enfrenta a la generatividad. El estancamiento.

Cuando el adulto logra comprender que su etapa de adolescencia y juventud ha concluido y puede darle espacio a las generaciones que siguen, se produce la generatividad. Se preocupa entonces por guiar y sentirse feliz por los jóvenes<sup>(73)</sup>”.

“Adulto mayor es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida)<sup>(74)</sup>”.

“Los adultos mayores son símbolo de estatus, prestigio y fuente de sabiduría, por lo general son tratados con mucho respeto y se les identifica por ser maestros o consejeros en ciertas sociedades, debido a su larga trayectoria. Aunque esto difiere según cada cultura, porque en algunos países la condición de vida de un adulto mayor se torna muy difícil debido a que pierden oportunidades de trabajo, actividad social y en el peor de los casos son excluidos o rechazados<sup>(74)</sup>”.

“El adulto mayor presenta un uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos persona de la tercera edad y anciano. En tanto, un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando<sup>(75)</sup>”.

“El nivel de instrucción de una persona 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. También es un factor que garantiza la salud ya que las características y accesibilidad a la educación, puede ayudar a la gente a encarar mejor el medio en que vive <sup>(76)</sup>”.

“El grado de instrucción, es un factor que garantiza la salud ya que las características y accesibilidad a la educación, puede ayudar a la gente a encarar mejor el medio en que vive .La educación puede, por tanto, influir en los estilos de vida, que se están transformando rápidamente en muchas ciudades de los países en desarrollo, donde los problemas sanitarios incluyen tanto enfermedades tradicionales del subdesarrollo (principalmente enfermedades transmisibles) como enfermedades del desarrollo <sup>(76)</sup>”.

“Se define el grado de instrucción como un ámbito educativo, puede tratarse de educación formal o informal, impartida en un círculo familiar o en una escuela, colegio o universidad, también es la capacidad o el grado más elevado de estudios realizados en el transcurso de la vida a través de cursos donde se va adquiriendo nuevos conocimientos integradores <sup>(77)</sup>”.

“El grado de instrucción de una persona se puede conceptualizar como el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos, Cuando la instrucción se corresponde con un ámbito educativo, puede tratarse de educación formal o informal, impartida en un círculo familiar o en una escuela, colegio o universidad, puede ocurrir en un ambiente laboral <sup>(78)</sup>”.

“El ingreso económico es la cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. Los

ingresos, en términos económicos, hacen referencia a todas las entradas económicas que recibe una persona, una familia, una empresa, una organización, un gobierno (79)».

“También los ingresos económicos sirven además como motor para la futura inversión y crecimiento ya que, aparte de servir para mejorar las condiciones de vida, pueden ser utilizados en parte para mantener y acrecentar la dinámica productiva. En un sentido económico, los ingresos son los caudales que entran en poder de una persona o de una organización. Un sujeto puede recibir ingresos (dinero) por su actividad laboral, comercial o productiva que le ayudara a la satisfacción en gran parte de sus necesidades básicas (79)».

“El ingreso familiar medio es útil para medir la relación de este valor con otro índice significativo, la canasta familiar básica. Por otra parte, el ingreso familiar sirve como un índice de referencia para diversas ayudas sociales: becas para estudiantes, ayudas económicas para personas con discapacidad, acceso a viviendas públicas y toda una serie de prestaciones sociales que dependen de la medición objetiva de los ingresos familiares (80)».

“La ocupación, es un término que proviene del latín *occupatio* y que está vinculado al verbo *ocupar* (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer. También se entiende que es la tarea o función que una persona desempeña y que puede estar relacionado o no con su profesión (nivel de educación) y por la cual recibe un ingreso de dinero. Una de las ocupaciones que tiene el hombre es agricultor y carpintero un trabajo no remunerado (81)».

“En cuanto la ocupación está inmersa en diferentes ámbitos como puede ser empleo, es decir, trabajo salariado, al servicio de un empleador, profesión, acción o función que se desempeñó para ganar el sustento que generalmente requiere conocimiento especializado, vocación profesional, deseo de aprender una profesión u otra actividad <sup>(82)</sup>”.

“Ocupación es un conjunto de funciones obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de abajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo. Se concreta en un conjunto de puestos donde se realiza un trabajo similar, siendo el bien que se produce de idénticas características <sup>(83)</sup>”.

“El trabajo eventual cuando la actividad del trabajador se ejerce bajo la dependencia de un empleador para la satisfacción de resultados concretos, tenidos en vista por éste, en relación a servicios extraordinarios determinados de antemano o exigencias extraordinarias y transitorias de la empresa, explotación o establecimiento, toda vez que no pueda preverse un plazo cierto para la finalización del contrato <sup>(84)</sup>”.

“El trabajador eventual goza de todos los derechos del trabajador en general compatibles con esta modalidad. Finalizada la causa de contratación, termina el contrato de trabajo, sin preaviso ni indemnización. El trabajo eventual puede deberse a la carencia de contratos u otros mecanismos legales en la relación laboral agrícola, o porque tienen expectativas de desempeñar otro trabajo que le genere mejores ingresos para superar sus condiciones de vida <sup>(85)</sup>”.

“El trabajador eventual tiene en sus tareas carácter provisional. Su contrato, aun por



tiempo indeterminado, se encuentra supeditado a la prestación de un servicio accidental. Si un trabajador eventual reemplaza a otro determinado y continúa trabajando cuando éste se reincorpora, se considera que el trabajador eventual se convierte en un trabajador permanente <sup>(85)</sup>”.

En el Caserío de Carhuasjirca es predominante el sexo femenino en la población de estudio; algunas amas de casa permanecen en su lugar de nacimiento, por falta de estudio cuándo salen en busca de trabajo a otras ciudades no encuentran labor ya que las familias de la ciudad necesitan empleadas con educación. Se dedican a la crianza de sus hijos, animales, labores domésticas, trabajos manuales. Una de las razones atribuibles es tal vez el abandono del hogar por parte de varón por muchos problemas como recursos económicos, violencia intrafamiliar, falta de comunicación entre parejas, adulterio.

“Según estadísticas el género de acuerdo al área de residencia en el año 2014, la composición de la población joven en el área rural del país es equitativa entre hombres (49,8%) y mujeres (50,2%). En cambio, en el área urbana, esta relación es desigual, observándose un mayor porcentaje de mujeres (53,3%) que hombres (49, 7%). Asimismo en algunas ciudades como Lima, hay más mujeres que varones según la información difundida por el Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI), da cuenta de que las primeras llegan a 4’432.892 y los segundos a 4’184.422. En tanto, representando el 27,4%. Pero esta realidad según el resultado de la encuesta realizada a nivel nacional por el (INEI), difiere ya que 15 millones 438 mil 887 son hombres y 15 millones 375 mil 288 son mujeres <sup>(86)</sup>”.

“Otra explicación está relacionada a los caracteres genéticos, durante el proceso de la formación embrionaria, todo humano tiene 23 pares de cromosomas en cada célula. Uno de los pares de cromosomas es el que lleva la información relativa al sexo, siendo XX en caso de la mujer y XY en caso del hombre, los espermatozoides pueden ser "X" o "Y". Los espermatozoides X son diferentes de los Y. Mientras que los primeros son más grandes, más fuertes, más lentos y más resistentes en condiciones moderadamente adversas o ácidas, los cromosomas Y son más rápidos, pequeños y débiles, llegan primero pero mueren antes. Por ello la posibilidad disminuye que el feto sea masculino durante la concepción <sup>(87)</sup>”.

En la encuesta realizada en cuanto a la edad, encontramos que la mayoría son adultos maduros, algunos jóvenes buscan su pareja fuera del lugar con la finalidad de formar su hogar en la ciudad o capital donde tienen mayor oportunidad de tener trabajo, estudio y negocio; mientras que otras familias salen a otros lugares; por falta de centros educativos, institutos, universidades. Los adultos maduros permanecen en el lugar por motivo de tener varios hijos asumiendo mayor responsabilidad, es decir se hacen cargo del soporte económico para poder enviar dinero a sus hijos quienes salen de esta zona para estudiar y cambiar su vida.

“Según estudio datos estadístico realizados por el (INEI) del Perú, en el año 2015 alrededor del 20 % de la población era menor de 15 años, porcentaje que ha venido disminuyendo al pasar los años con respecto a los censos anteriores. Que en la actualidad las personas entre 17 a 64 años representa el 70,8 % y las personas mayores de 65 años, el 5,9% <sup>(88)</sup>”.

En lo referente al grado de instrucción más de la mitad tienen instrucción primaria, porque anteriormente existía padres a temprana edad con muchos hijos; económicamente no podían mantener a su familia y para que sigan estudiando sus hijos. Anteriormente en ese lugar no existía Institución educativa alguna; es decir no conseguían recursos para ayudarlos, se observó que en su economía siempre han estado con privaciones, por este motivo tenían que acudir a la capital; también los que no podían estudiar se dedicaban a la agricultura.

“Consta una publicación hecho por el INEI a nivel nacional en el año 2011, donde muestra que en cuanto al nivel educativo en las zonas rurales del Perú el 47,7% de los jóvenes culminó educación inicial y primaria y el 30 % el nivel secundario, en la actualidad se viene superando progresivamente <sup>(89)</sup>”.

“Resultados se relacionan con lo encontrado por El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Quito. En esta ocasión se realizó el estudio de La población del adulto mayor (AM) en la ciudad de Quito urbana. El nivel de instrucción de la mayoría de adultos mayores de la ciudad de Quito cursó el nivel primario con el 46,2%, luego le sigue la secundaria con el 25,5%. El adulto mayor hombre tiene el porcentaje más alto en nivel de instrucción primaria con 50,3% seguido de la secundaria con 21,7% y superior con 16,5%, mientras que la adulta mayor mujer el porcentaje más alto en nivel de instrucción primaria con 42,8% seguido de la secundaria con 28,7<sup>(90)</sup>”.

En ingreso económico mensual de los adultos del presente estudio se evidencia que es menor de S/ 750.00 soles, todo esto es la ganancia de venta de los productos de la agricultura, ganadería, construcciones de casa, también algunos adultos maduros

reciben dinero del programa Pensión 65, Programa Juntos, entre otros, los días de ferias lunes y jueves venden sus productos en Huaraz. Asimismo, manifiestan que los ingresos no son continuos; es decir, tienen más dinero en épocas de cosecha, teniendo que distribuirlos para los meses en los que no tienen nada que vender, guardando igualmente un monto para invertir en nuevos sembríos. Donde usan medios como el trueque, (intercambio de productos) o también con prendas de vestir para sus familiares; en épocas que no siembran se acostumbran comprar productos menos perecibles y lo consumen en esta temporada para poder subsistir.

“El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que la canasta básica familiar en 2013 fue de S/. 292 por cada persona de una familia. Por región natural, el valor de la línea de pobreza para el 2013 en la Costa ascendió a S/. 335 per cápita mensual, en la Selva fue de S/. 249 y en la Sierra S/. 238. En Perú las personas que gastan por encima de estos montos son considerados no pobres y si no es menor son pobres no extremos <sup>(91)</sup>”.

“Según el INEI realiza un informe del total de los ingresos per cápita que percibieron los hogares en el año 2012 (S/. 700,6), el ingreso por trabajo constituye la fuente principal representando el 74,8% del total de los ingresos, mientras que el 6,9% correspondió a transferencias, el 2,6% a rentas de la propiedad, y el 1,5% a ingresos extraordinarios (herencias, juegos de azar, etc.). Los ingresos no monetarios representaron el 14,1% del total de los ingresos, de manera desagregada se tiene que el 8,0% correspondió a la imputación de los ingresos por vivienda propia; el 2,4% a ingresos por donaciones públicas y el 3,7%, a ingresos por donaciones privadas <sup>(92)</sup>”.

En el presente trabajo se consideró al ama de casa que trabaja en sus casas de adobe, dirigiendo el cuidado de los hijos, la crianza de sus animales, ellas son el motor que promueve a las familias para salir adelante, con lo escaso que obtienen para poder subsistir. De esta manera se observa una contradicción pues en la zona sigue prevaleciendo el machismo que frena que muchas mujeres puedan salir adelante y de sus hogares a realizar otro tipo de actividad; mientras que los varones se dedican a trabajos en la construcción de casa, sembríos, cosecha de papa, trigo, cebada, olluco, chocho, habas, oca, deshierbar y regar pequeños huertos de hortalizas; por tal razón ven conveniente realizar trabajos en la agricultura, ganadería.

“Un estudio realizado por Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) dio a conocer que en el trimestre abril-mayo-junio de 2014, la Población Ocupada de 40 y más años de edad en el área urbana es de 1 millón 95 mil 700 personas, cifra que representó un incremento de 10,1 puntos porcentuales, en comparación con el trimestre abril-mayo junio de 2013 (994 mil 800 personas). De este total, el 54,8%, se desempeñó como trabajador independiente y representó un crecimiento de 2,0 puntos porcentuales, con respecto a igual trimestre de 2013. Le siguió el 16,0%, que es empleado, el 12,7% obrero, el 7,8% empleador o patrono, <sup>(93)</sup>”.

“Estos resultados se reflejan en algunos datos estadístico encontrados por el INEI a nivel nacional en el año 2011 donde muestran que un 56,7 % de los jóvenes no cuentan con un trabajo estable, solo cuentan con trabajos eventuales. En los Censos Nacionales 2007, la población total del departamento de Ancash, fue de 53,2% los jóvenes cuentan con trabajo eventuales, el 57,4% son amas de casa <sup>(94)</sup>”.

En conclusión, en la presente tabla se evidencia estos factores como el predominante, con bajo nivel de instrucción, sin trabajo estable, conlleva a que la comunidad en conjunto no pueda seguir y mejorar sus determinantes de salud biosocioeconómicos. Lo cual es un punto importante para más adelante o favor cambios.

## **TABLA N° 02**

Se presenta los determinantes de salud relacionado al entorno físico de los adultos del Centro Poblado de Santa Rosa de Canshán Caserío - Carhuasjirca, mostrando que: 94%(141) tienen vivienda unifamiliar, 96%(144) tiene casa propia,98,7% (148) poseen piso de tierra, 97,3% ( 146) poseen techo de eternit/Calamina , 98 % (147) tienen paredes de adobe, 83,3% ( 125) duermen de 2 a 3 personas por/habitación ,98%(147) disfrutan de conexión de agua domiciliaria,75,3% (113) cuentan con letrina , 98,7% (148) cocinan con leña,99,3% (149) tienen energía eléctrica permanente,84,7% (127) disponen la basura a campo abierto, 100% ( 150) de los adultos suelen eliminar su basura a campo abierto.

“La presente tabla es similar con la investigación de Neira, Y. (95) en su Tesis: Determinantes de Salud en la Mujer Adulta del Caserío Quispe-Huancabamba -Piura ,2013. El 64, 2 % (104) tiene vivienda unifamiliar ,94,4% (153) es vivienda propia, 100%, ( 162) el piso es de tierra, el 76%(123) tiene material del techo de éternit / teja/calamina, el 100%( 162) tiene paredes de adobe ,el 67% ( 108) duerme de 2-3 personas en una sola habitación,67 % ( 109) tienen letrinas, 100 % (162) cocinan con leña, 66 % (107) tienen energía permanente,100 % ( 162) eliminan su basura a campo abierto, 100 % ( 162) no pasa carro recolector ,.también difieren 99 % ( 161) tienen abastecimiento de agua de sequía , 100 % ( 162) eliminan en otros lugares

la basura”.

“El presente estudio se aproxima a lo encontrado por Shuan, E. (96), que en el análisis de su investigación sobre: Determinantes de Salud de los Adultos de la Comunidad Juan Velasco Alvarado - Huaraz, 2013. Se percibe que el 93% (137) son de tipo unifamiliar; 93% (137) cuentan con casa propia; 97% (143) tienen material de piso de tierra; 56% (83) tienen como material de techo eternit/ calamina, 97% (143) tienen como material de paredes adobe; 52 % (77) cuentan con 2 a más miembros que duermen en una habitación, 66% (97) tiene como combustible para cocinar la leña , carbón ; 100% (148) cuentan con el servicio eléctrico permanente; 100% (148) recogen la basura al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas; 100% (148) eliminan la basura en montículos a campo abierto. Es diferente en que el 100 % (148) eliminan sus excretas al aire libre, 84 % (124) votan las basuras al río”.

“Los resultados de la presente investigación es semejante a lo encontrado por Méndez, N. (97), en su investigación: Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío Chua Alto Sector T Huaraz, 2013. El 83,4% (99) tienen vivienda unifamiliar, 91,7 % (155) casa propia, 100 % (169) material de piso tierra, 100 % (169) material de techo de planchas de eternit / calamina 98,2% (166) paredes de adobe, 78,7% (133) duermen de 2 a 3 personas en una habitación, 98,2 % (166) cocinan con leña, 59,2 (100) tienen energía eléctrica permanente, 60,9% (103) disponen su basura a campo abierto, 60,9% (103) suelen eliminar basura a campo limpio. Son diferentes 62,7 % (106) se abastecen con agua de acequia, 65,1 % (110) eliminan sus excretas al aire libre, 58% (98) refieren que la frecuencia con que pasan

recogiendo la basura por su casa es todas las semanas, pero no diariamente”.

“La investigación que difiere con el estudio de Castillo, R. (98): Determinantes de la Salud en Adultos con Tuberculosis del Centro Penitenciario Cambio Puente, Chimbote – 2014. Del 100% (60) tienen otro tipo de vivienda (penal); 100% (60) tendencia de vivienda es Plan social (dan casa para vivir); 100% (60) tienen piso de loseta, vinílicos y sin vinílicos; 100% (60) techo de material noble, ladrillo y cemento; 100% (60) paredes de ladrillo y cemento; el número de personas que duermen en una habitación 75% (45) duerme de 4 a más miembros; abastecimiento de agua el 100% (60) tienen cisterna; 100% (60) tienen baño propio; 100% (60) cocina a gas, el 100% (60) tienen energía temporal; 100% (60) la basura lo entierra, quema, carro recolector; la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa el 100% (60) diariamente; 100% (60) eliminan la basura en contenedores específicos de recogida”.

“Así mismo difiere con la investigación que presenta Villar, L. (99): Determinantes de la Salud en Niños Menores de Tres Años con Riesgos Nutricionales. Puesto de Salud Florida. Chimbote, 2014. Del 100% (105) niños menores de tres años con riesgos nutricionales, el 53,3% (56) el tipo de vivienda multifamiliar; 70,5% (74) poseen piso de Loseta, vinílicos o sin vinílico; 50,5% (53) gozan techo de material noble, ladrillo y cemento; 90,5% (95) material de techo son ladrillo y cemento; 100% (105) tienen baño propio; 99% (104) cocinan con gas y electricidad; 98,1% (103) disponen la basura lo entierra, quema y carro recolector; el 98 % (103) eliminan la basura en el carro recolector. El 42,9% (45) tiene tenencia propia; el número de personas que duermen en una habitación el 62,9% (66) son de 2 a 3 miembros; del



abastecimiento de agua el 67,5% (100) tienen conexión domiciliaria; 99% (104) tienen energía eléctrica permanente”.

“La presente investigación difiere con lo de Salazar, K. (100): Determinantes de Salud del Adulto en Bellavista - Bellavista de la Unión – Sechura, 2013. Sobre el 72,3% ( 198) tiene material de piso cemento, el 51,1% ( 140) tiene material de techo es lamina de ladrillo y cemento, el 90,9% (249) tiene material de paredes es de ladrillo y cemento, el 59,5% (163) personas que duermen en una habitación es independiente, el 97,8%( 268) tienen baño propio, el 70%(192) cocinan con gas, electricidad, el 95,9% (263) depositan su basura en un carro recolector, el 37,6% (103) responden que la frecuencia de recoger su basura es diariamente, el 87,6% (240) suelen eliminar su basura en carro recolector. Son semejantes el 77,7% (213) es de tipo unifamiliar, la tendencia de vivienda de 90,2%( 247) es propia, el 97,4% (267) tiene abastecimiento de conexión domiciliaria, el 97% (266) cuentan con energía eléctrica permanente”.

“La vivienda es un espacio cubierto y cerrado que sirve como refugio y para descanso. De esta manera, quienes la habitan encuentran en ellas un lugar para protegerse de las condiciones climáticas, desarrollar actividades cotidianas, guardar sus pertenencias y tener intimidad. Las viviendas pueden clasificarse teniendo en cuenta distintos criterios, algunos de ellos son: vivienda unifamiliar, multifamiliar, barracas <sup>(101)</sup>”.

“La vivienda es un lugar indispensable para la vida, necesaria para el desarrollo de las personas y la familia. Debe brindar seguridad, protección, intimidad y contribuir al bienestar de todas las personas que la habitan, y la distribución del espacio en la

vivienda debe garantizar la intimidad, independencia y convivencia sana. Debe tener los espacios separados según la actividad que se realiza en cada uno de los ambientes (102)”. .

“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 (103)”. .

“Una vivienda familiar es aquella en la que el edificio habitable está ocupado por una única familia. El concepto de vivienda unifamiliar se emplea arquitectónicamente en oposición a la idea de vivienda colectiva o vivienda multifamiliar. Las viviendas unifamiliares se encuentran normalmente en zonas apartadas de los núcleos urbanos y de las grandes aglomeraciones, Se trata de viviendas que socialmente simboliza el poder adquisitivo de quienes las habitan (104)”. .

Las viviendas unifamiliares están concebidas para que se puedan adaptar a las necesidades de cada familia. De esta manera, una familia puede decidir cómo quiere que se construya su hogar en función de sus gustos y sus necesidades. Unifamiliar, por su parte, es un adjetivo que alude a aquello vinculado a una única familia (105)”. .

“Vivienda unifamiliar: estas son habitadas por una sola familia o persona y que suelen tener uno o dos pisos. Generalmente están rodeadas de alguna zona verde, por lo que no cuentan con vecinos adosados ni que vivan abajo o arriba. Dentro es este tipo de vivienda se encuentran el palacio, la villa, bungalow y el chalet (106)”. .

“Tenencia de la vivienda, se refiere al acuerdo por el cual las personas ocupan la vivienda. La tenencia adopta una variedad de formas, como el alquiler (público y privado), la vivienda en cooperativa, el arriendo, la ocupación por el propietario, la vivienda de emergencia y los asentamientos informales, incluida la ocupación de tierra o propiedad. En este sentido sobre la tenencia de la vivienda se diferencia en cuanto a las viviendas ocupadas en propias, alquiladas, cuidador/alojado, plan social (dan casa para vivir) y alquiler venta <sup>(107)</sup>”.

“La tenencia de vivienda es la ocupación y posesión actual y corporal de una cosa, el concepto se ha de ampliar en el sentido de que la cosa ocupada (tenida) ha de ser propiedad de otra persona en la legislación se dice que quien tiene efectivamente una cosa, reconociendo en otro la propiedad, es simple tenedor de ella y representante de la posesión del propietario, aunque la ocupación de la cosa repose sobre un derecho <sup>(108)</sup>”.

“La vivienda en alquiler o en renta es una forma de acceso a la vivienda que soluciona las necesidades cuando se trata de una vivienda adecuada y cuenta con seguridad en la tenencia, a través de un contrato de arrendamiento. El derecho a vivienda adecuada no se refiere únicamente a vivienda propia, por lo que el alquiler es la forma de acceso más idónea para ciertos grupos de población <sup>(109)</sup>”.

“Los pisos son elementos de terminación o acabado, utilizados en las construcciones, cuya superficie externa está sometida a la abrasión o desgaste, causado por el rozamiento de cuerpos móviles sobre esta, o al efecto erosivo de cualquier otro agente externo <sup>(110)</sup>”.

“El piso es la superficie inferior horizontal de un espacio arquitectónico, el "lugar que se pisa". Puede tratarse del suelo o pavimento que supone la base de una estructura (como una casa u otro tipo de construcción). La noción de piso también se utiliza para nombrar a las distintas plantas horizontales que forman un edificio<sup>(111)</sup>”.

“El piso es la superficie de la casa es una opción que transforma el espacio en un lugar agradable y puede mejorar en varios aspectos el bienestar de quienes lo habitan. Existe gran variedad de acabados para los pisos: baldosa, piedra, concreto, madera, granito, entre otros. Según nuestros gustos y posibilidades, podemos decorar el piso ya sea con baldosas de colores, con figuras y formas diversas, o hacerle un acabado sencillo y natural<sup>(112)</sup>”.

“El techo es una cubierta que se realiza sobre la vivienda con el objetivo de proteger a los moradores de la misma contra inclemencias del clima tales como el frío, la lluvia y el calor. El techo es lo que define el tipo al cual pertenece el edificio o construcción, ya que allí se verán los materiales utilizados y la forma de su empleo. Los techos más comunes son los de tipo plano e inclinado<sup>(113)</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. Un techo durable bien diseñado puede compensar una gran cantidad de problemas que podrían surgir en otras partes de la edificación<sup>(114)</sup>”.

“El material de techo se define como una parte o superficie superior que funciona

como protector, que cubre una determinada habitación o domicilio, cerrándola enteramente. Se trata de un elemento de protección, cuya función es la de tapar un determinado espacio o bien resguardarlo de todo aquello que se suscite en el exterior. Las cubiertas o techos pueden construirse con diversos tipos de materiales, desde fibras orgánicas hasta sofisticados metales, según el material y las especificaciones del fabricante, se establecen distintos tipos de módulos para las cubiertas <sup>(115)</sup>”.

“Las paredes exteriores, se refiere al material de construcción de la mayor parte de las paredes exteriores de la vivienda (perímetro o contorno), tales como: ladrillo o bloque de cemento; adobe o tapia; madera, quincha, estera, piedra con barro; piedra, sillar con cal o cemento u otro material. Excluye los cercos o muros que la rodean <sup>(116)</sup>”.

“El material de paredes es una obra de albañilería vertical que limita un espacio arquitectónico. Su forma suele ser prismática y sus dimensiones horizontales (largo) y vertical (alto) son sensiblemente mayores que su espesor (ancho). En la construcción se denominan tabiques o muros (si tienen función estructural) y se utilizan como elementos para delimitar o dividir espacios y/o sustentar los elementos estructurales superiores (muros) <sup>(117)</sup>”.

“Los materiales de las paredes son muros que constituyen el contorno externo de la estructura de la vivienda cobertura que protege el material tales como son los ladrillos, adobes, tablas en caso de casas prefabricadas, etc. son estructuras sólidas vertical, cuya función permite definir y proteger un espacio, otro uso que se les da es el de dividir espacios. Son diferentes los materiales con los que se puede construir una pared tales como esteras, adobe, ladrillos, maderas, etc. <sup>(118)</sup>”.

La habitación, proviene de palabra latín (habitare: habitar), en arquitectura, es un espacio distinguible mediante una estructura. Usualmente está separada de otros espacios interiores mediante pasillos y paredes interiores; y del exterior, mediante paredes exteriores. Normalmente se accede mediante una puerta <sup>(119)</sup>.

“El dormitorio es aquel espacio o habitación de una vivienda especialmente diseñado para el descanso de uno o más de sus habitantes. El dormitorio es además uno de los únicos espacios donde está implícita la idea de privacidad en comparación con otros espacios de uso común como la cocina, el baño o el comedor <sup>(120)</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, es esta habitación donde compartirán los principales muebles <sup>(121)</sup>”.

“El acceso a los servicios básicos que hacen posible tener vivienda digna para la población, es otro indicador de las condiciones favorables en el bienestar social y por tanto en el nivel relativo de desarrollo, el hecho que las coberturas en servicios de agua potable, drenaje sanitario y energía eléctrica se vean incrementadas a favor de una mayor población reduciendo así las disparidades sociales, sugieren un mejor nivel de desarrollo al reducir en este mismo sentido las enfermedades y aumentar la calidad de vida que finalmente significa acumulación de capital humano <sup>(122)</sup>”.

“Se denomina agua potable o agua para consumo humano, al agua que puede ser

consumida sin restricción debido a que, gracias a un proceso de purificación, no representa un riesgo para la salud. El término se aplica al agua que cumple con las normas de calidad promulgadas por las autoridades locales e internacionales garantizando la trazabilidad de los procesos y la consecución de la exactitud requerida en cada caso; empleando para ello instrumentos, métodos y medios apropiados <sup>(122)</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, evitando que puedan afectarse en su salud <sup>(123)</sup>”.

“Abastecimiento de agua, 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. Un sistema de abastecimiento de agua es el conjunto de infraestructura, equipos y servicios destinados al suministro de agua para consumo humano, Sistemas que brindan el servicio de agua potable al usuario a nivel de vivienda con una conexión domiciliaria y/o piletas públicas <sup>(124)</sup>”.

“Eliminación de excreta es el lugar donde se arrojan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para así evitar que las bacterias patógenas que contienen puedan causar enfermedades. Estas se construyen en cualquier tipo de clima <sup>(125)</sup>”.

“Las excretas son desechos del organismo que son eliminados en distintos lugares dependiendo de la educación y la posibilidad de cada persona por ejemplo si es que cuenta con letrinas, baño propio o campo libre y es obvio que estos actos insalubres traen problemas para la salud de los habitantes <sup>(125)</sup>”.

La eliminación de excreta son servicios sanitarios utilizados por el hogar para la eliminación de excretas. inodoro conectado al alcantarillado: se refiere al sistema del inodoro con descarga de agua a un sistema de alcantarillado, que cuenta con una tasa con codo, lo que hace necesario hacer circular agua de un tanque, echar agua con un balde, etc., para eliminar las materias fecales <sup>(126)</sup>”.

“Combustible para cocinar se define como aquellos combustibles sólidos más utilizados podemos distinguir el carbón o la madera que se utiliza para calentar el agua, aunque en su caso se dedica más al consumo doméstico. Anteriormente estos materiales se utilizaban de forma generalizada para máquinas a vapor y generación de electricidad y calor, aunque actualmente su uso se ha visto reducido gracias a la aparición de nuevos combustibles con mayor poder calorífico. Se tendrá ocho opciones de respuesta: gas domiciliario, gas en garrafa, electricidad, energía solar, leña, guano, bosta o taquia, y otro o no cocina <sup>(127)</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. En tal sentido se diferencia: Gas de red, Gas en tubo, Gas en garrafa, Leña o carbón, Otros. El carbón es uno de los materiales más utilizados en centrales térmicas para calentar el agua de las calderas y con esta generar electricidad <sup>(127)</sup>”.



“Un gas combustible es un gas que se utiliza como combustible para producir energía térmica mediante un proceso de combustión. El gas natural: es una de las varias e importantes fuentes de energía no renovables formada por una mezcla de gases ligeros que se encuentra en yacimientos de petróleo, disuelto o asociado con el petróleo o en depósitos de carbón <sup>(128)</sup>”.

“La energía eléctrica se define como la forma de energía que resulta de la existencia de una diferencia de potencial entre dos puntos, lo que permite establecer una corriente eléctrica entre ambos cuando se los pone en contacto por medio de un conductor eléctrico. La energía eléctrica puede transformarse en muchas otras formas de energía, tales como la energía lumínica o luz, la energía mecánica y la energía térmica <sup>(129)</sup>”.

“La energía eléctrica es una forma de energía que se deriva de la existencia en la materia de cargas eléctricas positivas y negativas que se neutralizan. La electricidad se produce cuando en la materia hay falta o exceso de electrones con relación al número de protones <sup>(130)</sup>”.

“La energía eléctrica se manifiesta como corriente eléctrica, es decir, como el movimiento de cargas eléctricas negativas, o electrones, a través de un cable conductor metálico como consecuencia de la diferencia de potencial que un generador esté aplicando en sus extremos. La generación de energía eléctrica se lleva a cabo mediante técnicas muy diferentes <sup>(130)</sup>”.

“La disposición de basura se define como la combinación de procedimientos para llevar a cabo una buena colocación de los desperdicios y desechos que son

producidos en los hogares de las poblaciones pequeñas, carentes de los servicios de carro colector de basuras, de igual forma para las comunidades que cuentan con toda clase de servicio público <sup>(131)</sup>”.

“La disposición de la basura es la recolección, transporte, procesamiento o tratamiento, reciclaje o disposición de material de desecho, generalmente producida por la actividad humana, en un esfuerzo por reducir los efectos perjudiciales en la salud humana y la estética del entorno, aunque actualmente se trabaja no solo para reducir los efectos perjudiciales ocasionados al medio ambiente sino para recuperar los recursos del mismo <sup>(132)</sup>”.

“El lugar de eliminación de la basura es la disposición o el lugar donde se arrojan las excretas de manera sencilla y económica; para viviendas y escuelas ubicadas en zonas rurales o peri urbanas, sin abastecimiento de agua intradomiciliario; en cualquier tipo de clima <sup>(133)</sup>”.

“Eliminación de basura, es un lugar destinado a la disposición final de desechos o basura, en el cual se pretenden tomar múltiples medidas para reducir los problemas generados por otro método de tratamiento de la basura como son los tiraderos, dichas medidas son, por ejemplo, el estudio meticoloso de impacto ambiental, económico y social desde la planeación y elección del lugar hasta la vigilancia <sup>(134)</sup>”.

“La eliminación de desechos sólidos comprende la eliminación de los materiales sólidos o semisólidos que carecen de utilidad y que provienen de las actividades generadas por el ser humano y los animales. Por lo general, los desechos comerciales y los desechos domésticos suelen ser desechos de tipo orgánico, como el

papel, la madera y los productos textiles. Por contra, los desechos industriales, mayoritariamente de tipo inorgánico, como son las cenizas, los escombros de la construcción, materiales químicos, pinturas etc. Por último, los desechos agrícolas suelen ser los más fáciles de eliminar como el estiércol de las vacas y los restos de las podas <sup>(135)</sup>.

“La función del carro recolector de basura es recoger y verter dentro del camión de aseo todos los materiales almacenados dentro de las bolsas o canecas que normalmente utilizan tanto las empresas como particulares para depositar basura. La función del recolector de basura es mantener las calles limpias haciéndoles aseo y vigilar que los implementos necesarios se aseo estén de forma correcta <sup>(136)</sup>”.

Se puede señalar que la mayoría de las familias visitadas tienen vivienda unifamiliar, debido a que se comprometen a temprana edad, al formar nuevas familias no permanecen en la misma casa tratan de independizarse. Algunas familias manifestaron que los adultos maduros poseen grandes terrenos, son dedicadas especialmente para construir viviendas, agricultura, ganadería etc. Los padres de cada pareja heredan terreno para sus hijos para que puedan construir sus casas donde puedan vivir de manera independiente con su pareja e hijos.

“Según el INEI se aprecia que existen en el Perú cerca de 8 millones de hogares en el año 2013. De este total, aproximadamente, el 76% corresponde a hogares del área urbana y el restante 24% al área rural. El 60% de los hogares son de tipo nuclear. En el caso de los hogares monoparentales, se constata el predominio de aquellos que son jefaturadas por mujeres solas <sup>(137)</sup>”.

“El INEI muestra que durante el año 2013 el departamento de Arequipa fue el departamento con mayor cantidad de viviendas unifamiliares – propias con un 81,7%; así mismo se destaca en este mismo informe que el departamento con menor cantidad de viviendas unifamiliares propias fue el departamento de Apurímac con un 22% <sup>(138)</sup>”.

En este Caserío se evidencia que casi todo el adulto maduro tiene casa propia, algunos de los adultos lograron comprar sus terrenos, mientras que otros recibieron como herencia por parte de sus padres, unos pobladores llegaron a invadir terrenos puesto que con el pasar del tiempo fueron empadronados para poder ser propietarios de sus viviendas, debido a las facilidades de la municipalidad para acceder a este beneficio es por eso que cuenta con una propiedad segura donde vivir.

“Según INEI en el Perú en el año 2015, se muestra que el régimen de propiedad de las viviendas, el 69,3% son propias, el 16,2% ha sido cedida por otro hogar o institución, y el 14,3% es alquilada. Del total de las viviendas propias, el 51,2% cuentan con título de propiedad, el 15,5% no tiene y el 2,6% lo está tramitando <sup>(139)</sup>”.

Las casas de esta zona son básicamente construidas de adobe material accesible en la zona, para la elaboración de adobe utilizan tierra, paja, agua. Según los pobladores refieren que es más económico construir su casa de esta manera pues no cuentan con recursos económicos; además explican que a pesar de ser económico sus casas son abrigadas lo que les protege del frío incesante de la zona y en época de calor les resulta una casa fresca donde pueden vivir de manera cómoda.

“Según INEI en las encuestas demográficas de Departamento de Ancash, 2012. El

material predominante en el piso de los hogares fue tierra/arena (50,5 por ciento), seguido de cemento/ladrillo (38,3 por ciento). El material para piso menos utilizado fue de madera (entablado) con el 0,9 por ciento de los hogares <sup>(140)</sup>.

“En contraste con la realidad nacional en la investigación del INEI – Población Y Vivienda – Según Material Predominante en los Techos y Área de Residencia en el año 2001 a 2013. Se encontró que en la zona urbana el material de techo mayormente usado es el concreto armado con un 51% y en la zona rural es la calamina/eternit con un 58.1%. Así mismo la investigación señala que en la zona rural el porcentaje del uso de calamina ha mostrado un aumento del 15,1% <sup>(141)</sup>”.

“Según el Instituto Nacional de estadística e informática (INEI)- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el año 2013, se encontró un menor porcentaje de hogares que tienen piso de tierra/arena respecto con lo observado en el año 2009 (30,5% y 38,1%, respectivamente), incrementándose en pisos de losetas, terrazos o similares y cemento/ladrillo <sup>(142)</sup>”.

En relación al número de personas que duermen en una habitación son de 2 a 3 miembros esto es debido a que culturalmente los pobladores de la sierra utilizan sus terrenos como área de cultivo y solo designan una pequeña área para habitación, pasando muchas veces la cocina a usarse como habitación y crianza de animales menores como cuyes, pollos, conejos etc. Todos estos factores son perjudiciales para la salud de la persona.

“En Departamento de Ancash de acuerdo al número de habitaciones con que cuenta la vivienda, excluyendo la cocina, baño y pasadizo, se considera como hogar

hacinado aquel donde habitan más de 3 personas por cuarto. Según las cifras del Censo de 1993, el 14,0% de los hogares estarían en tal condición. Según provincias, Asunción y Huari, tienen el mayor porcentaje de hogares hacinados, con 23,4% y 23,2%, respectivamente <sup>(143)</sup>.

En cuanto al abastecimiento de agua todos tienen conexión domiciliaria dentro de la vivienda esto es porque en dicha población hay un sistema de agua potable que brinda el servicio de agua a todos los beneficiarios hace muchos años. En cuanto a eliminación de excretas cuentan con letrina, en la zona por ser un área geográfica en pendiente y no muy accesible a la carretera es difícil y costoso instalar redes de desagüe, las autoridades lo consideran muy costoso y la cantidad de población en la zona según las autoridades no justifican la realización de este importante servicio en la zona.

“La Entidad Prestadora de Servicios de Saneamiento de agua potable y alcantarillado Chavín S.A. – EPS Chavín S.A., es la empresa prestadora de los servicios básicos de Agua Potable y Alcantarillado a la población del Callejón de Huaylas. Es una Empresa Municipal de Derecho Público Interno, tipo Sociedad Anónima, sujetándose su gestión y presupuesto a la normativa que anualmente establece la Dirección Nacional del Presupuesto Público <sup>(144)</sup>”.

“Según INEI en el Perú, del total de viviendas con ocupantes presentes, el 59 % cuenta con un sistema adecuado de eliminación de excretas (debido a que el 54,1% cuenta con servicios higiénicos conectados a red pública de desagüe dentro o fuera de la vivienda y el 4,9% utiliza pozos sépticos), sin embargo, es importante notar que un considerable 21,8% utiliza pozos negros, ciegos o letrinas, otro considerable

17,4% no tiene servicio higiénico y un pequeño 1,8% hace uso de ríos, acequias o canales, sumando los tres en conjunto, el 41% de las viviendas, es decir, casi la mitad de las viviendas no disponen de un adecuado sistema de eliminación de excreta <sup>(145)</sup>”.

Casi todos cocinan con leña, porque cada familia cultivo grandes cantidades de árboles debido que la familia tiene mayores cantidades de terreno, cuando talan un árbol en su reemplazo plantan árboles, además los habitantes de esta zona están acostumbrados a cocinar con leña puesto que es mucho más accesible y está en alcance de todos. Uno de las causas es falta de ingreso económico para comprar el gas, cuesta mucho el traslado de gas hasta el caserío. Asimismo, siguen utilizando la leña para preparar sus alimentos por mantener la costumbre de sus abuelos, bisabuelos ya que antiguamente en las zonas rurales, casi todas las familias tenían estilo para cocinar con la leña.

“El Instituto INEI realizó un estudio a nivel nacional en el año 2013, donde muestra que el 95,3% de las familias de las zonas rurales y las zonas marginales del Perú siguen usando leña o bostas para la cocción de los alimentos, pueden ser por muchos motivos que son: el bajo ingreso económico, la cultura <sup>(146)</sup>”.

Casi todos cuentan con energía permanente en dicho lugar, el servicio eléctrico en todo el departamento y básicamente en la zona de Huaraz es más fácil de gestionar pues gracias a la Central Hidroeléctrica del Cañón de Pato se generan energía eléctrica para alumbrado de la zona Norte del Perú. La empresa que administra este servicio es la empresa Hidrandina S.A. y es encargada de instalar el servicio en las casas y alumbrado público, se paga por el servicio mensualmente.

“La Central hidroeléctrica Cañón del Pato es una central de generación de energía eléctrica ubicada sobre el río Santa en el departamento de Áncash en Perú. La central Cañón del Pato es una de las centrales que mayor energía aporta al Sistema Interconectado Nacional del Perú (SINAC). Genera su energía a partir de una caída de 415 metros de las aguas del río Santa. La planta, en caverna, está a una altitud de aproximadamente 1400 m.s.n.m. Está compuesta por seis grupos de generación, cada uno accionado por dos turbinas hidráulicas tipo Pelton de eje horizontal y doble inyector. Su potencia instalada es de 263 MW. Generación Hidráulica <sup>(147)</sup>”.

“De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Hogares realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 42% de las zonas rurales de la selva peruana no cuentan con energía eléctrica, frente a las zonas rurales de la costa y sierra, que cuenta con el servicio en un 78,5% y 72,4%, respectivamente <sup>(148)</sup>”.

“Hoy en día en el plan Nacional de Electrificación Rural (PNER) 2012 –2021 ha sido elaborado por el Ministerio de Energía y Minas (MEM) a través de la Dirección General de Electrificación Rural (DGER/MEM), quien tiene la competencia en materia de electrificación rural de acuerdo a la Ley 28749, “Ley General de Electrificación Rural”. La electrificación rural, tiene como propósito concentrar la igualdad de los derechos ciudadanos, en particular el de acceso al servicio básico de electricidad a la vivienda <sup>(149)</sup>”.

El análisis de los resultados relacionados a la disposición de basura, se observa que la mayoría de los adultos maduros eliminan la basura a campo abierto, una de las causas es: no pasa el carro recolector de basura a este Caserío a pesar que está cerca el botadero de basura provincial de Huaraz, algunas de las familias seleccionan la



basura orgánica como abono para cultivar sus chacras, las basuras inorgánicas eliminan a campo abierto, pocas familias la queman o la entierran.

Las principales causas de que la gente bote basura a campo abierto o quema son falta de educación, falta de corrección constante y las malas prácticas porque en casa no les dieron una buena enseñanza y no tienen conciencia por cuidar el medio ambiente.

“El Registro Nacional de Municipalidades (RENAMU) en el año 2012 fue realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, donde señaló que el 95% (1 mil 739) de municipalidades distritales del país realizaron recojo de basura, mientras que el 5% (99) reportaron no haber realizado dicha acción <sup>(150)</sup>”.

En conclusión, en la presente tabla de Caserío de Carhuasjirca se evidencia, como factor predominante la disposición de basura a campo abierto, hacinamiento, higiene inadecuado etc. Todo esto trae como consecuencia mayor probabilidad de riesgo de adquirir muchas enfermedades como parasitosis, respiratorias, diarreicas y contaminación ambiental. Son más afectados los niños y los adultos mayores.

### **TABLA N° 03:**

En los determinantes de los estilos de vida de los adultos del Centro Poblado de Santa Rosa de Canshán, Sector Carhuasjirca -Independencia-2014. El 92,7% (139) no fuman ni han fumado nunca de manera habitual, 81,3% (122) ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente, 65,3%(98) duermen entre 6 a 8 horas diarias, 100%(150) no se bañan / una vez a la semana, 96%(144) realizan ningún examen médico periódico en un establecimiento de salud, 96% (144) no realizan ninguna actividad física, el 99,3%(149) caminan por más de 20 minutos. 67,3 % (101)

consumen frutas menos 1 vez a la semana, 78,7 % (118) consumen carne menos 1 vez a la semana, 71,3% (107) consumen huevo 1 o 2 veces / semana, 74% (111) menos 1 vez a la semana consumen pescado, 64% (96) consumen fideos 1 o 2 veces a la semana, 62,7% (94) consumen pan/ cereales menos de 1 vez a la semana, 62%(93) consumen verduras y hortalizas y otros alimentos el 77 % (51,3).

“Los resultados de la siguiente investigación se asemejan al estudio obtenido por Garay, N. (151), en su estudio titulado : Determinantes de la Salud en la Persona Adulta de la Asociación el Morro II -Tacna, 2014. Donde concluye que el 88,2% no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, el 78,9% refiere que ha consumido bebidas alcohólicas de manera ocasional, el 89% duermen de 06 a 08 horas ,el 87% no se realizaron algún examen médico periódico, el 51,3% no se realiza, en lo concerniente a los alimentos que consumen las personas el 95,2% de la población consume fideos, arroz, papas, 78,4% consumen pan, cereales a diario, 50,4% consumen pescado de una a dos veces por semana, 43,2 % consumen carne (pollo, res, cerdo, etc.) a diario, 54,7% consumen diario, el 34,3% consumen lácteos 1 a 2 veces a la semana” .

“Otro resultado semejante es de Darwin, R. (152) en su estudio: Determinantes de Salud en la Persona Adulta del Centro Poblado Menor los Palos Tacna – 2013. Donde hace mención que el 87% no fuman, 72,6% no consumen bebidas alcohólicas, 96,8% duermen entre 6 a 8 horas, 69,1% no realizan exámenes médico periódico, 89,9% realizan actividad física mediante la caminata y por más de 20 minutos, 50,6% consumen frutas y carnes menos de 1 vez a la semana, 80,2% consumen pescado menos de 1 vez por semana, el 62,2% consumen otros alimentos menos 1

vez por semana. Difieren el 86,4% se bañan entre 3 a 4 veces por semana, 40,4% consumen huevo menos de 1 vez la semana, 47,7% consumen fideos y pan 3 o más veces por semana, 30,6% consumen verduras 3 a más veces por semana”.

“Estos resultados obtenidos se relaciona al estudio realizado por Pino, R. (153) con el título: Determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado San Miguel de Aco sector A Carhuaz, 2013.El 100% (137) tienen apoyo social natural de los familiares, 97,8% (134) no reciben algún apoyo social organizado, 81,8% (112) reciben apoyo de alguna de estas organizaciones Pensión 65, comedor popular, vaso de leche y otros si reciben, 96,4% (132) se atendieron en un centro de salud, 54,7% (75) considera que el lugar donde se atendieron está muy cerca de su casa, 93,4% (128) cuentan con seguro de salud (SIS)-MINSa, 81,8% (112) refieren que el tiempo de espera de fue regular, 49,6% (68) refiere que la calidad de atención de salud recibida fue buena, 76,6% (105) refieren que no hay pandillaje y delincuencia cerca de su casa”.

“Así también los resultados difieren con el resultado obtenido por Melgarejo, M. (154), en su estudio titulado: Determinantes de la Salud de los Adultos Jóvenes, Asentamiento Humano los Geranios-Nuevo Chimbote, 2015. El 67% no fumo actualmente, pero ha fumado antes, 41,4% una vez al meses consumo alcohol, 71,4% duermen de 8 a 10 horas, 75,2% frecuencia de baño diariamente, 74,2% se realizan algún examen médico periódico en un establecimiento de salud, 46,4% si realizo actividad física, 65,3% no realizo actividad física durante 20 minutos, 54,2% consumen carne diario, 74,3% consumen frutas diario, 51,3% consumen huevos 3 o más veces/semana, 73,2% consumen pescado diario, 54,6 % consumen fideos y

lácteos diario, 78,6% no consumen otro tipos de alimentos, 52,8% consume verduras y hortalizas diario” .

“Otra investigación que difiere con los resultados es lo realizado por Morris, M. (155), en su estudio: Identificación de los Determinantes Sociales de la Alimentación en un Grupo de Familias Pertenecientes a los Estratos 1, 2 y 3 de la Localidad de Fontibón Bogotá, 2014. Donde concluyó que el 52,5% y 58,4% suelen fumar y tomar bebidas alcohólicas de manera habitual, 83% duermen de 10 a 12 horas, 78% menciona bañarse 1 a 2 veces por semana, 88,4% realizan exámenes médicos al menos 3 veces al año, 80% realizan deporte, 71,4% consumen frutas de 4 a 5 veces a la semana y el 11,7% consumen carnes 4 veces por semana”.

“Así mismo difiere con lo obtenido por Rodríguez. A (156) en su estudio titulado: Determinantes de la Salud de los Adultos de Urbanización San José –Piura, abril 2013. 93% duermen de 9 a 10 horas, donde refiere que el 68% realiza como actividad física caminar, el 80% realizan examen médico periódicamente, el 55% consumen fruta 2 a 3 veces a la semana, el 37% consume carne 2 veces a la semana, el 30% consumen huevo a la semana, el 44,5% consumen pescado 4 veces a la semana, el 60% consumen fideos 3 veces a la semana, el 60% consumen verduras 3 o más veces a la semana, el 35% consumen lácteos 1 a 2 veces a la semana” .

“El cigarro es uno de los productos más extendidos y populares del mundo a la hora de consumir tabaco, dado que el mismo consiste en una planta seca de tabaco picada la cual se encuentra recubierta a su vez por una hoja de papel sumamente delgada y en uno de sus extremos está dispuesto el filtro, el cual tiene por misión el filtraje de aquellas partículas más tóxicas que resultan del humo <sup>(157)</sup>”.

“El chacchado de Coca es una costumbre ancestral muy utilizada principalmente por las personas de edades avanzadas (adultos mayores) con la finalidad de aportar energía y vitalidad a su organismo, lo cual se logra por las propiedades de la hoja de coca la cual contiene 21.96 mg de calcio por hoja, 36 mg de vitamina A esencial para la buena visión, 27 mg de complejo B esencial para el manejo del estrés y depresión y cantidades significativas de zinc, potasio, magnesio entre otros. Estas propiedades les permiten a las personas poder realizar actividades físicas como el trabajo en las chacras durante horas sin sentir cansancio ni hambre, ni sed <sup>(158)</sup>”.

“El alcoholismo es una enfermedad progresiva, crónica y degenerativa; con síntomas que incluyen una fuerte necesidad de tomar a pesar de las consecuencias negativas. La enfermedad está caracterizada por daños físicos en todos los sistemas del organismo, siendo los más complicados los que se relacionan con el sistema cardiovascular, el sistema nervioso y el hígado <sup>(159)</sup>”.

“Cuando el consumo de bebidas alcohólicas es exagerado o recurrente se produce tolerancia. Es decir, el organismo requiere una mayor dosis de alcohol para obtener las mismas sensaciones. Esta situación facilita la adicción, la cual es acompañada de grandes dificultades por detener el consumo cuando se empieza a beber. Por otra parte, el alcohólico pierde el interés por lo que le rodea, lo cual puede ocasionar la pérdida de su empleo y de su familia <sup>(160)</sup>”.

“El alcoholismo es cualquier uso de bebidas alcohólicas que cause cualquier daño al individuo, a la sociedad o a ambos”. Reconoce que su definición es vaga, pero afirma que se aproxima a una de tipo operativo y como ventaja obliga a determinar tipos de alcoholismo <sup>(161)</sup>”.

“El término sueño es utilizado muchas veces como sinónimo de dormir (vocablo opuesto a la vigilia), como por ejemplo, cuando se habla de las “horas de sueño” necesarias para el bienestar físico y mental de cada persona. Pero además, el sueño son las ansias o deseos de dormir, el cansancio, la pesadez en los ojos, las ganas de recostarse, y la falta de energía en este sentido, el sueño es generado comúnmente por las pocas horas de descanso, el trabajo excesivo, o los nervios, que pueden hacer que descansemos mal y poco <sup>(161)</sup>.”

“Dormir implica estar en un estado de reposo en el cual queda totalmente suspendida cualquier actividad consciente y todo movimiento voluntario. El dormir, el descanso, resulta ser indispensable para mejorar la calidad de vida de los seres humanos, ya que permanecer sin descanso durante varias horas seguidas es perjudicial, lo ideal, para los seres humanos es dormir 8 horas diarias para recuperar energías y así poder comenzar un siguiente día con actividad variada <sup>(162)</sup>”.

“Dormir bien es tan esencial y positivo para el organismo como llevar una buena alimentación o practicar actividad física regularmente. El sueño y el descanso son esenciales para mantener la buena salud y el bienestar emocional, durante las horas de sueño nuestro cuerpo tiene la posibilidad de recobrar energía, regenerar células y reparar tejidos. La falta de sueño puede causar disminución del rendimiento intelectual, problemas de memoria y alteraciones en el estado de ánimo como irritabilidad y depresión <sup>(162)</sup>”.

“Se puede definir la higiene corporal como el conjunto de cuidados que necesita nuestro cuerpo para aumentar su vitalidad y mantenerse en un estado saludable. Ésta cumple con dos funciones fundamentales: mejorar la salud del individuo y la

colectividad (con las implicaciones sociales y, por tanto, la relatividad cultural que la misma posee), Igualmente, la higiene corporal es una práctica básica que permite reducir de manera importante las infecciones causadas por microorganismos patógenos, disminuyendo especialmente las contaminaciones entre individuos <sup>(163)</sup>.

“El baño tiene una serie de funciones como eliminar la secreción sebácea, la transpiración, células muertas y algunas bacterias que se han acumulado. También estimula la circulación: un baño caliente o templado dilata los vasos superficiales, trayendo más sangre y más nutrientes a la piel <sup>(163)</sup>”.

“Higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo. La higiene ostenta tres concretos objetivos en su razón de ser: mejorar, prevenir y conservar la salud <sup>(164)</sup>”.

“Se define examen médico periódico a todas las actividades que realiza un profesional de salud frente a una persona sana o enferma que se lleva a cabo dentro de un establecimiento de salud tales como hospitales, Clínicas, establecimientos de salud, etc. Aplicando todos los conocimientos previos, realizando un examen físico completo con la finalidad de detectar algún problema que está afectando la salud de la persona con la finalidad de prevenir, evitar y/o contraer alguna enfermedad <sup>(165)</sup>”.

“Los chequeos 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. Entre los cuadros que los médicos buscan comúnmente se incluyen: Las pruebas que usted necesite dependerán de la edad, el sexo, los antecedentes familiares y si tiene factores de riesgo para algunas enfermedades <sup>(166)</sup>”.

“El examen médico es el conjunto de procedimientos que un médico realiza al paciente tras la entrevista clínica. Su objetivo es obtener los datos objetivos o signos que refieran a los síntomas mencionados por el paciente. De esta manera, el examen físico permite que el especialista realice un diagnóstico o juicio clínico, que puede requerir de otros exámenes hasta confirmar el síndrome o la enfermedad existente <sup>(166)</sup>”.

“La actividad física comprende un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal. A veces se utiliza como sinónimo de ejercicio físico, que es una forma de actividad física planificada y repetitiva con la finalidad de mejorar o mantener uno o varios aspectos de la condición física <sup>(167)</sup>”.

La actividad física que realiza el ser humano durante un determinado período mayor a 30 minutos y más de 3 veces por semana generalmente ocurre en el trabajo o vida laboral y en sus momentos de ocio. Ello aumenta el consumo de energía considerablemente y el metabolismo de reposo, es decir, la actividad física consume calorías <sup>(167)</sup>”.

“Se entiende por actividad física a toda actividad o ejercicio que tenga como consecuencia el gasto de energía y que ponga en movimiento un montón de fenómenos a nivel corporal, psíquico y emocional en la persona que realiza, la



actividad física puede ser realizada de manera planeada y organizada o de manera espontánea o involuntaria, aunque en ambos casos los resultados son similares <sup>(167)</sup>”.

“Los alimentos pueden clasificarse según distintos criterios. Dependiendo de su origen pueden ser alimentos de origen animal, como la carne, la leche, los huevos o el pescado, y alimentos de origen vegetal, como las frutas, los cereales o las verduras. El agua y la sal son alimentos de origen mineral. Basándose en la función nutritiva principal que desempeñan en el organismo se diferencian en energéticos, constructores y protectores <sup>(168)</sup>”.

Los alimentos pueden clasificarse según distintos criterios. Dependiendo de su origen pueden ser alimentos de origen animal, como la carne, la leche, los huevos o el pescado, y alimentos de origen vegetal, como las frutas, los cereales o las verduras. El agua y la sal son alimentos de origen mineral. Basándose en la función nutritiva principal que desempeñan en el organismo se diferencian en energéticos, constructores y protectores <sup>(168)</sup>”.

Los entrevistados del Centro Poblado de Santa Rosa de Canshán Caserío de Carhuasjirca señalan que no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, una de las razones podría ser que la población tiene conocimiento sobre las consecuencias y los riesgos negativos que puede ocasionar el consumo del cigarro para la salud, esta información es difundida por el personal de salud aprovechando las reuniones comunales o faenas mediante sesiones educativas, además en el lugar no existe tiendas que venden cigarrillo.

Pero se realizan el chacchado de Coca es una costumbre ancestral muy utilizado

principalmente por las personas que trabajan en la chacra y por las personas de edad avanzadas (adultos mayores) con la finalidad de aportar energía y fuerza a su organismo, es esencial para el manejo de estrés, depresión, cansancio, manifiestan que las hojas de coca los fortifica los dientes por esta razón los adultos de esta zona consumen hojas de coca de 2 o 3 veces a la semana.

“En el 2016 el INEI informa en una encuesta realizada a nivel nacional resalta que el consumo de cigarrillo y alcoholes más frecuente en los hombres (33,9%) que en las mujeres (8,6%). Por ciudades importantes, se observa que los hogares con mayor consumo de cerveza están en la ciudad de Iquitos con 38,5% al año, cifra 7,2 veces mayor que en la ciudad de Huaraz, que tienen el menor consumo con 6,2% al año de esta bebida alcohólica. Con menores porcentajes se ubican la Sierra (17,2%) y Costa sin Lima Metropolitana (17,9%) <sup>(169)</sup>”.

Menos de la mitad refieren consumir ocasionalmente alcohol, se atribuye a que la población en estudio es una población pequeña no existen tiendas que vendan cerveza o cantinas, los adultos manifiestan en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas de manera ocasional porque les permite sentirse alegres, les da tranquilidad, divertirse y les reduce el estrés cuando están presionados. Asimismo, cuando están tristes, nerviosos, ansiosos, frustrados o enojados consumen alcohol, con lo cual consiguen desahogarse.

Además, los adultos señalan que el consumo de alcohol se da en situaciones como celebraciones de cumpleaños, matrimonios, fiesta patronal, bautizos etc. Las personas de la sierra tienen otras culturas, costumbres, creencias a diferencia de la (Costa, Selva) generalmente toman alcohol con gaseosa (llamado en la zona

colegiala) o la chicha de jora con alcohol y la cerveza, como se puede demostrar aun todavía en muchas de nuestras zonas rurales de nuestro país.

“Según fuentes del INEI analizando por regiones, la tasa de consumo de alcohol en los colegios de la capital (Lima) fluctúa entre el 19% y el 94%; mientras que en provincias (resto del país) lo fue el 17% y el 79%; siendo las primeras cifras de los primeros años de secundaria, estos resultados son similares a la población en estudio, pero esto no se percibe bien debido a que la mayoría de la población en estudio es de sexo femenino, las mujeres son juzgadas por la sociedad si beben, podríamos decir que seguimos viviendo en una sociedad machista <sup>(170)</sup>” .

En relación al número de horas de sueño de los adultos maduros entrevistados, la totalidad duerme de 6 a 8 horas diarias, esto debido a que tienen hábito para la hora de dormir y acostar a las mismas horas todas las noches, algunas personas tienen que trasladarse a sus centros de trabajo que se encuentran fuera Caserío, los adultos señalan que no tienen distractores ya sea por hacer trabajos escolares, estar en Facebook, WhatsApp o ver televisión hasta altas horas de la noche , al dormir temprano se levantan con ganas de trabajar felices las mujeres tratan de levantarse más temprano que los varones para que puedan preparar sus alimentos, hacer la limpieza de la casa, atender los hijos, realizan trabajos manuales, mientras que los cónyuges regresan caminando y cansados después de arduo trabajo todo los días .

“En el año 2016, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) realizó la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo que buscó de analizar cómo distribuyen su tiempo los peruanos en las diversas actividades diarias (incluyendo las horas de sueño). Un total de 12.424 personas de la provincia de Ancash, mayores de 12 años

fueron encuestadas (la cuarta parte vivía en zonas rurales), las cuales reportaron dormir en promedio 7,7 horas diarias durante los días laborables y 8 horas en los fines de semana <sup>(171)</sup>.

“Así mismo el INEI de una encuesta realizada en agosto del 2016 reporta que casi el 46,5% de los adultos informó que suelen dormir 6 a 8 horas. Esta realidad no es ajena a nuestra región Ancash donde se reportó que en el año 2015 el 43,1% de los adultos duermen más de 6 horas, 36,4% duermen de 6 a 7 horas y mientras que el 32,1% tienen sueño más de 8 horas <sup>(172)</sup>”.

Referente al aseo personal o el baño se observa que más de la mitad de la población suelen bañarse una vez por semana todo esto tiene que ver mucho con el hábito adoptado en el transcurso de la vida, los adultos no están concientizados sobre la importancia de aseo personal; también quizás tiene que ver con el tipo de trabajo que desarrollan los pobladores de esta zona, además un clima frígido que limita a la población general que se bañen con más frecuencia, se bañan con agua tibia, calientan el agua a base de leña con diferente clases de hierva o lo exponen al sol en envases plásticos o tinas ya que no cuentan con duchas eléctricas por tener no recursos económicos.

“El INEI en el área rural durante el año 2016, más del 90,0% de los hogares en la zona rural de Ancash, realizan su higiene personal de entre 2 a 3 por semana, el 99,6%, de la región Pasco de las zonas rurales realiza 1 a 2 veces por semana, en comparación de las zonas urbanas como Lima 98,7% se bañan entre 5 a 6 por semana, el 92,5%; en las zonas urbanas costeras como Trujillo, Chimbote y Casma, más del 50% de las personas se bañan diariamente <sup>(173)</sup>”.

Casi todos no se realizan exámenes médicos periódicos, la razón podría ser una falta de interés y responsabilidad personal sobre la importancia de chequeo médico, uno de los motivos es que siguen cultivando creencias, culturas, costumbres de sus antepasados recordamos que años atrás el acceso al servicio de salud era muy difícil por ejemplo las gestantes no acudían a realizarse los controles prenatales, hacerse Papanicolaou, cuando llegaba el momento de parto eran atendidas por las comadronas o parteras en la casa, cuando se enfermaban se curaban a base de plantas medicinales, pero en la actualidad concientiza el personal de salud mediante sesiones educativas sobre la importancia de atención médica para detectar una enfermedad antes de que comiencen los signos y síntomas.

“El año 2016 el Instituto Nacional de Estadística e informática informa que el 81 % de los hogares de las zonas rurales no se realizan su chequeo médico anual debido a la falta de interés y responsabilidad personal, mostrando solo que un 30,2% que, si se realiza su chequeo médico regular, debido a exigencias laborales y mayor cuidado de su salud <sup>(174)</sup>”.

“Según el INEI en el año 2016 la proporción de población que buscó atención se incrementó en 5,6 puntos porcentuales al pasar de 48,3% a 46,6%, mientras que disminuyó en 2,6 puntos porcentuales la consulta en establecimientos del Ministerio de Salud (MINSa) al pasar de 30,6% a 29,3%, en 2,4 punto porcentual en establecimientos de ESSALUD al pasar de 0,9% a 0,9%, en 0,2 punto porcentual su domicilio al pasar de 0,3% a 0,2% <sup>(175)</sup>”.

En relación a la actividad física se observa que casi todos los adultos caminan de manera habitual, cuando viajan a la ciudad si no hay movilidad tienen que caminar,

generalmente al realizar el trabajo o vida laboral como por ejemplo en épocas de sembrío, cosecha, están en constante ejercicio al moverse de un lugar a otro, todo esto ayuda a mejorar el estado de salud y minimizar los factores de riesgo que determinan las enfermedades como por ejemplo diabetes, hipertensión, obesidad y muchas enfermedades.

“Las encuestas del Instituto Nacional de Estadística e informática del año 2016, el 51,4% de la población adulta de las zonas rurales, no realiza ejercicio físico; el 48,6% realizó algún deporte o ejercicio físico como caminar varios kilómetros para realizar sus labores diarias. En relación con el año 2015, la proporción de adultos que realizan algún deporte aumentó en 9,7 puntos porcentuales y los que no hacen ejercicios disminuyó, en la misma cifra <sup>(176)</sup>”.

Consumen frutas 1 vez a la semana debido a la ubicación lejana de un mercado, solo aprovechan comprar cuando vienen a la ciudad, presenta alto déficit del consumo de frutas para la salud y prevención de muchas enfermedades, los adultos señalan es por la falta de recursos económicos que limita por lo tanto no pueden comprar frutas, además el clima es frío en la zona y no se produce frutas, mientras que otras familias en reemplazo de frutas consumen papa sancochada, cancha hecho de trigo, habas, maíz etc.

Con respecto al consumo de carnes cada familia cría animales como: ganado vacuno, porcino, ovino y algunas aves además conejos y cuyes donde estilan preparar el picante de cuy (cuy y conejo lo aderezado con ajos, pasan por el carbón luego lo fríen, papa lo aderezan con ají rojo) puchero (col sancochada más papa lo pasan con ají amarillo) chicharon, charqui, jamón, todo esto consumen menos de 1 vez a la

semana. Pero muchos de los adultos venden sus animales para poder comprar otros productos como (conservas, arroz, harina, azúcar). El consumo de huevo los adultos crían 4 a 5 gallinas ponedoras de huevo, pero refieren venderlo a sus clientes para obtener dinero, cuando consumen preparan como tortilla o cachangas (mezclado de huevo con harina de trigo, sopa de papa más huevo, sopa de habas más huevo, etc.

En cuanto al consumo de pescado consumen solo cuando los adultos van a Huaraz hacer compras. El pescado es uno de los alimentos más nutritivos y saludables que nos ofrece la naturaleza. Sin embargo, no estamos habituados a su consumo, especialmente en el Caserío de Carhuasjirca por falta de economía y comercialización. En cambio, la población que habita cerca de la costa lo consume más frecuentemente y, sin dudas, esto le brinda enormes beneficios para la salud.

En cuanto al consumo de fideos consumen 1 o 2 veces a la semana es debido a que los adultos maduros compran o realizan intercambio de los productos que tienen en las tiendas, con negociantes etc. A cambio de fideos consumen en abundancia: trigo, habas, maíz, chocho, cebada, papa, olluco, oca, estos productos se cultivan en la zona, al cosecharlo ellos almacenan y tienen como reserva para todo el año.

Con relación el consumo de pan/ cereales menos de 1 vez a la semana, alguna de la familia de dicho caserío tiene horno rústico de barro y está inspirada en la técnica ancestral para cocer los alimentos bajo tierra. Los adultos maduros manifiestan que cada familia prepara pan en un determinado tiempo y luego se comparten entre vecinos, mientras otras familias en reemplazo del pan consumen en sus desayunos sopa de papa, trigo, habas, pelado de trigo mazamorras de harinas etc.

En relación a las verduras/hortalizas, consumen menos de 1 vez a la semana, esto es debido a que en la localidad acostumbran tener un pequeño espacio para que puedan cultivar sus hortalizas en tiempos de lluvia como: (repollo, cebolla, zanahoria, lechuga, culantro, orégano, apio, anís, manzanilla), el consumo de verduras previene muchas enfermedades. Otros alimentos consumen como gaseosas, chocolates, pollo a la brasa, arroz chaufa, anticuchos etc.

“El INEI informa en una encuesta aplicada en julio del 2016 a nivel departamental, 20,2% de las personas de la zona sierra consumen alimentos hechos a base de carne, pescado, huevo (70,9%), seguido de verduras (72,2%), hechos de grano, trigo o cereal (68,6%), hechos de frutas, vegetales ricos en vitamina A (74,3%), de otras frutas y vegetales (58,9%) y hechos con aceite, grasas, mantequilla (59,4%). Con respecto a la zona costa el 97,7% consumió carne, aves, pescado, el 98,4% alimentos hechos en base a grano, trigo o cereal, y el 90,1% <sup>(177)</sup>”.

Se puede concluir que los determinantes de los estilos de vida influyen en la salud de las personas ya que no consumen una alimentación saludable que es muy importante para prevenir muchas enfermedades, se puede resaltar la falta de interés al examen médico que es una medida para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades.

#### **TABLA N° 04:**

Se muestra los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos del Centro Poblado de Santa Rosa de Canshán, Caserío Carhuasjirca -Independencia- 2014. Donde se observa 81,3% (122) no reciben apoyo social natural, 98,7% (148) no reciben apoyo social organizado, 85,3% (128) no reciben apoyo social



organizado, 66% (99) acuden al Puesto de Salud, el 56,7%(85) refieren que la calidad de atención en Puesto de Salud es regular, en tipo de seguro 99,3%(149) cuenta con seguro integral de salud, el tiempo que espero para su atención 83,3% (125) manifiestan es muy corto, 84% (56) calidad de atención fue regular, 96% (144) refieren que no hay pandillaje cerca de su casa.

“Los resultados de la presente investigación es semejante a lo encontrado por Jachilla, L. (178) en su investigación: Determinantes de Salud de los Adultos del Centro Poblado Chicney Sector B Monterrey\_ Huaraz, 2013. el 95% (144) no reciben ningún apoyo social natural, 96% (145) no reciben apoyo social organizado, 61% (92) reciben el apoyo del comedor, en criterio de salud acuden al centro de salud con un 97% (146), el lugar donde lo atendieron queda regular distancia 86% (149), 59% (89) cuenta con seguro de SIS (Minsa), 61% (92) tiempo de espera fue larga, la calidad de atención que recibieron fue buena 93% (140), y no existe pandillaje cerca de la zona 73%”.

“El presente estudio se aproxima a lo encontrado por Bonifacio, E. (179), en el análisis de la investigación sobre los: Determinantes de Salud de los Adultos del Centro Poblado de Paltay del sector A – Taricá Huaraz, 2013. Donde se observa que el 100% (186) contestó que reciben ningún tipo de apoyo social natural de sus familias, 100% (186) no reciben ningún apoyo social organizado, 77,5 % (144) reciben algún apoyo social del vaso de leche, 94,1% (175) se atienden en un puesto de salud, 61,8% (115), consideran que el lugar donde se atendieron esta regular distancia de su casa, 93,6% (174), tienen seguro de salud SIS-MINSA, 79,% (147), tiempo de espera es regular, 45,7% (85), recibieron una atención de salud

buena, 100% (186) refieren que no hay pandillaje ni delincuencia cerca de su casa.

“Otro resultado semejante es de Diestra, B. (180) en su estudio: Determinantes de Salud de los Adultos de la Comunidad de Shilla Sector B Unión-Carhuaz, 2013. El 75,3 % (119) de la población no reciben apoyo social natural de los familiares, amigos y vecinos, 87,3% (138) no reciben ningún apoyo social organizado, 69% (109) de la población recibe apoyo social organizado; 98,7% (156) de la población se atiende en un Puesto de Salud, 58,2% (92) considera que el lugar donde se atendieron está a regular distancia de su casa, 96,2% se encuentra asegurado al SIS MINSA, 82,3% (130) señaló que espero un tiempo regular para ser atendidos, 82,3% (130) calificó de regular la atención que recibió en el Puesto de Salud. Finalmente, 86,7% (137) considera que existe delincuencia y pandillaje en Shilla”.

“Los resultados de la siguiente investigación se asemejan al estudio obtenido por Evangelista, S. (181), en su estudio titulado: Determinantes de Salud de los Adultos de la Urbanización San Miguel -Sector E- Monterrey, Huaraz, 2014. El 100% (116) cuentan con apoyo social natural de sus familias, 100% (116) no recibe el apoyo organizado, 69% (80) reciben algún apoyo social como el vaso de leche, 86% (100) se atienden en un Puesto de Salud, 86% (100) lugar donde se atendieron queda regular distancia de su casa, 98% (114) tienen seguro de SIS-MINSA, 100% (116) manifiestan que es regular el tiempo de espera para la atención de salud y el 77% (90) afirman que la calidad de atención es buena, finalmente el 86% (100) manifiestan que no hay pandillaje o delincuencia cerca de las viviendas”.

“Así mismo difieren con la investigación que presenta Arbildo, M. (182): Determinantes de la Salud en Adolescentes de la Institución Educativa Fe y Alegría 14- Nuevo Chimbote, 2014. Donde reporta que el 28,7% (71) se atendió en un hospital en los últimos 12 meses; 53% (131) considera que el lugar donde lo atendieron esta regularmente cerca; el 49,8% (123) tiene ESSALUD; el 57,1% (141) el tiempo que espero para que lo atendieran le pareció regular; el 44,9% (111) en la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue buena; el 58,3% (144) si tiene pandillaje o delincuencia cerca de su casa”.

“Otro resultado diferente es de Martina, M. (183), en su estudio titulado: Determinantes Sociales de la Salud en la Demanda de Atención del Adulto por problemas de salud, Lima, 2015. Reporta que el 48,3% no recibió algún apoyo social natural, 45,6% recibe apoyo de la empresa que trabaja, 56,3% recibe apoyo social organizado de otros, 56,8% se atendieron en ESSALUD, 55,1% mencionan estar cerca de su casa, 50,1% el tiempo de espera es corto, 45,6% la calidad de atención es regular, 87,9% refieren que si existe pandillaje o delincuencia”.

“Así mismo difiere con lo obtenido por Remusgo, A. (184) en su estudio titulado: Determinantes Sociales de la Salud quien estudio Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor respecto a los Cuidados que recibe de las Enfermeras(os) en el Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara, 2014. Donde el 66% se atiende en el hospital, 76% consideran el lugar de atención muy cerca de su casa, 53% espero corto tiempo para ser atendida, 55% presentó un nivel de atención muy buena, 45% recibió apoyo social natural de mis espirituales, 65% recibió

apoyo organizado de una institución de acogida, 56% si recibió apoyo social organizado de otros, 97% si existe pandillaje cerca de la casa”.

“El apoyo social en la que se reconoce que las relaciones de las personas, en sus entornos de trato con los demás, cumplen una serie de funciones que van a determinar la aparición o no de problemas, y el grado de bienestar personal. Asimismo, se contempla el trabajo como un posible elemento integrador de la persona, ya que le da la posibilidad de otorgarle un estatus, o favorecer la satisfacción de necesidades sociales <sup>(185)</sup>”.

“Estas redes de apoyo social natural 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. Así, por ejemplo, un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social natural precario o inexistente que además propiciará un mal afrontamiento de su enfermedad <sup>(185)</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, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos <sup>(185)</sup>”.

“Pensión 65 surge como una respuesta del estado ante la necesidad de brindar protección a un sector especialmente vulnerable de la población, y les entrega una subvención económica de 250 soles bimensuales por persona y con este beneficio contribuye a que ellos y ellas tengan la seguridad de que sus necesidades básicas serán atendidas, que sean revalorados por su familia y su comunidad, y contribuye también a dinamizar pequeños mercados y ferias locales <sup>(186)</sup>”.

“El Programa del Vaso de Leche es un programa social alimentario que implementa el estado a través de las municipalidades y el cual está dirigido a grupos más vulnerables de la población, su objetivo principal es mejorar la nutrición de los beneficiarios, ayudar a superar la inseguridad alimentaria en la que se encuentra <sup>(187)</sup>”.

“Un comedor social (también comedor popular, comedor de pobres o comedor comunitario) es una organización pública de beneficencia para dar de comer gratis o con una pequeña contribución a personas de escasos recursos necesitadas y funcionan en coordinación, generalmente, con los bancos de alimentos. En los primeros tiempos el menú consistía básicamente de sopa o un guisado. Los comedores populares son apoyados por organizaciones caritativas sin fines de lucro <sup>(188)</sup>”.

“Las instituciones de salud son creadas para otorgar servicios de financiamientos, beneficios y seguros en materia de salud. Las Instituciones de Salud implementan programas de atención y prevención en conjunto con la comunidad, según los principios de la atención primaria de la salud. Un hospital (o nosocomio o casa de salud) es un establecimiento sanitario donde se atiende a los enfermos para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. Existen diferentes tipos de

hospitales, según el tipo de enfermedades que atienden: como los hospitales psiquiátricos <sup>(189)</sup>”.

“Las instituciones de salud son los hospitales, centros de salud, puestos de Salud, etc. Es donde se atiende a los enfermos para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. Existen diferentes tipos de hospitales, según el tipo de enfermedades del paciente como los hospitales psiquiátricos, otorrinos, oftalmólogos, cardiólogos, odontólogos, neumólogos, urólogos, neurólogos, internistas, etc. <sup>(189)</sup>”.

“Los centros de salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales y de los sanatorios ya que, si bien cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones, no disponen de grandes tecnologías ni de espacios complejos que sí existen en hospitales el objetivo principal es de brindar la atención más primaria y urgente ante situaciones de salud que debe ser tratada <sup>(190)</sup>”.

“El Seguro Integral de Salud lo brinda el Ministerio de Salud del Perú para los ciudadanos, ciudadanas y familias peruanas que no cuentan con un seguro de salud, sobre todo para aquellas personas más necesitadas en situación de pobreza y extrema pobreza. Su finalidad es proteger la salud de los peruanos sin seguro de salud, priorizando poblacionales vulnerables en situación de pobreza y pobreza extrema <sup>(191)</sup>”.

“El seguro es el mecanismo por el cual quienes soportan riesgos pueden transferirlos al asegurador, quien se compromete a indemnizarlo total o parcialmente de las pérdidas que los riesgos pueden ocasionar. Al realizar un contrato de seguro, se intenta obtener una protección económica de bienes o personas que pudieran en un

futuro sufrir daños. Existen gran cantidad de clases de seguros, que pueden ser clasificados de la siguiente forma: ESSALUD, SIS-MINSA, Sanidad <sup>(192)</sup>”.

El tiempo de espera para la atención es el promedio de minutos que transcurren entre el momento en que el usuario solicita la atención en el servicio de urgencias y el inicio de esta por el médico, el sistema de salud debe responder con calidad y respeto a las necesidades y expectativas de la población, fomentando una cultura de servicio orientada a satisfacer sus demandas <sup>(193)</sup>”.

El tiempo de espera o el tiempo que va ser atendido una persona con respecto en salud va depender bastante de la gravedad del paciente, así mismo va depender de los recursos que cuenta dicha institución, abastecimiento de materiales, recursos humanos, así mismo la capacidad resolutive de cada institución, por otro lado, el personal quien brinda la atención tiene que priorizar de acuerdo al estado de la persona <sup>(194)</sup>”.

La calidad de atención en salud se define como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud, dentro de los servicios de Salud constituye simultáneamente derechos y deberes de los actores intervinientes. Un derecho por parte de los usuarios es que se les brinde la atención que se merecen. También un derecho de los trabajadores del Sector es sentirse reconocidos y gratificados por prestar un adecuado servicio <sup>(195)</sup>”.

La calidad de atención puede ser evaluada a partir de los siguientes indicadores: formación del personal de salud y habilitación para el desempeño profesional y formación en salud e interculturalidad; infraestructura intercultural; equipamiento del

centro de salud y la comunicación bilingüe en la consulta; consultorio de medicina tradicional y sala de parto con enfoque intercultural <sup>(195)</sup>".

La calidad de atención es un poco más difícil que definir la satisfacción del usuario, la calidad está basada en la percepción del usuario por lo tanto definimos calidad como cualquier cosa que el usuario percibe como calidad. Puede parecer muy simplista esta definición. Pero esto nos permite medir con mayor precisión la calidad y los niveles de satisfacción de los usuarios de su institución u organización <sup>(195)</sup>".

Una pandilla es una agrupación de adolescentes y jóvenes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. Estos grupos demuestran violencia, robo, inseguridad ciudadana. Esta pandilla proviene de hogares en crisis o destruidos, de padres separados y también por falta de comunicación tanto padres e hijos, también tienen carencia afectiva dentro del hogar, por lo cual se identifican con las pandillas, en las que encuentran amistad, el respeto y el trato igualatorio, participación y apoyo y una mala formación en valores y habilidades sociales <sup>(196)</sup>".

"El pandillaje es uno de los principales problemas del Perú. Se inició hace mucho tiempo a raíz de problemas familiares, que causa la rebeldía en ellos (pandilleros) problemas; problemas económicos, lo que los lleva a la delincuencia (robo, asalto a mano armada, etcétera). Los integrantes de las pandillas presentan diversos problemas en su salud y, a la vez, causan diversos problemas en nuestra sociedad <sup>(197)</sup>".

Las pandillas originan ciertos actos que perjudican a la sociedad; uno de ellos es incurrir en la delincuencia, las pandillas están conformadas por adolescentes y



jóvenes de barrio que buscan experimentar diferentes comportamientos sociales, pero no son delincuentes. Las agresiones físicas que cometen son contra otras pandillas que comparten su misma mentalidad, más casi nunca a terceras personas <sup>(197)</sup>”.

En el Centro Poblado Santa Rosa de Canshán Caserío de Carhuasjirca-Huaraz, se encontró que la mayoría reciben apoyo natural de sus familiares, esto se debe a que la población es muy pequeña donde practican la solidaridad, los adultos para resolver cualquier problema primero piden ayuda a sus familiares, igualmente comparten las necesidades básicas a pesar de que se encuentran en dificultades, por ejemplo entre familias se prestan dinero, productos de su cosechas, las hijas (o) (comparten sus terrenos para el cultivo, en donde se ponen acuerdo para que pueden sembrar y cosechar), las mujeres cocinan el almuerzo para llevar a la chacra para los cónyuges, en tiempos de cosecha los adultos comparten de acuerdo a la cantidad que cosecharon el producto, dividiéndolo según el aporte que realizaron.

“El INEI en el año 2016 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 12,4% del total del área. Asimismo, los hogares de la Sierra Sur con 14,6 % constituyen los usuarios con mayor representatividad. En Lima Metropolitana los hogares que se benefician con este apoyo social alcanzarían solamente al 8,3% de los hogares de la costa <sup>(198)</sup>”.

En cuanto a la recepción de algún apoyo social organizado señalan que todos no lo reciben, no exista organizaciones de apoyo en el Caserío, algunos manifestaron recibir el programa de vaso de leche que es un programa social alimentario que implementa las municipalidades y el cual está dirigido a los niños, madres gestantes

y las personas de adulto mayor para mejorar la nutrición, reciben el programa juntos, el programa pensión 65 que entrega a los adultos mayores que superan los 65 años de edad que viven en extrema pobreza, 250 soles bimensuales por persona, este beneficio ayuda satisfacer las necesidades básicas.

“Según el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) en una encuesta realizada en 2016 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; en los hogares de los hombres de Loreto (35,0%), Huánuco (30,8%), Apurímac (25,6%), Amazonas (24,5%), Huancavelica (22,0%), Ayacucho (21,4%), Cuzco (19,7% <sup>(199)</sup>”.

Los adultos encuestados respondieron que se atendió en los 12 últimos meses en el puesto de salud de Santa Rosa de Canshán que pertenece a la Micro red de Salud de Huarupampa, el puesto de salud esta localizado a media hora del caserío, caminando; solo trabaja una Técnica de Enfermería nombrada quien se encarga de realizar coordinaciones con las autoridades, promotor de salud, trabajando en unión con el Centro de Salud de Huarupampa, el establecimiento de salud cuenta con el servicios básico, brindan la atención preventivo y promocional por cada sector para la persona, familia y la comunidad, además ofrece atenciones de control prenatal, planificación familiar, inmunizaciones, crecimiento y desarrollo del niño, tópico,

atención de emergencias, farmacia etc.

El horario de atención es de lunes a sábado de 8:00 a.m. -2.00 pm, las guardias comunitarias son de 8:00 am, a 6:00 pm, se encargan de realizar sus informes de cada mes que será entregado luego a la micro red de Huarupampa. Las enfermedades más prevalentes en el Centro de Salud de Santa Rosa de Canshán del año 2016, se evidencia como Faringitis Aguda 16.7%, Cefalea debida a Tensión 15.7%, Lumbago no especificado 14.7%, Gastritis no especificada 9.6%, Síndrome de flujo Vaginal 8.5%.

“Así mismo el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2016, ejecutó una encuesta de los pacientes que recibieron atención médica en diferentes instituciones que se desarrolló con una muestra de 181 establecimientos de salud, de los cuales el 50,8% correspondían al Ministerio de Salud, el 30,9% al Seguro Social de Salud del Perú, el 13,3% a las Clínicas y el 5,0% a las Fuerzas Armadas y Policiales, el tiempo promedio que demoran en llegar los usuarios desde su vivienda al establecimiento de salud donde se atendió fue de 39 minutos (200)”.

Los resultados referentes al tipo de seguro, todos refieren que cuentan con seguro integral de salud, esto debido que el presidente Alejandro Toledo Manrique creo el 29 de enero del año 2002 con Ley 27657,aseguramiento universal en salud, para brindar un servicio de calidad para todo los peruanos, primero mejorando la atención de madres embarazadas y niños quienes eran principales favorecidos, accediendo mayor disponibilidad de medicinas para todos asegurados, renovada infraestructura para la comodidad de los paciente y mejores equipo para detectar enfermedades de

manera precoz con la finalidad de proporcionar la seguridad económica contra el riesgo .

“según la encuesta realizada por Instituto Nacional de Estadística e informática en el año 2016 respecto al SIS) MINSA, esto se debe a que muchos de ellos no cuentan con un grado de instrucción superior y un trabajo estable, los beneficios que brinda este seguro, es que es gratuito y accesible para todas las personas que no tengan otro tipo de seguro, cubre muchas necesidades y problemas de salud, insta a acudir a los establecimientos de salud por cualquier dolencia. Es así que hasta el año 2014 son 600. 000 afiliados (55,6% de mujeres y el 46,4% de varones (2001).”

Con respecto al tiempo de espera y la calidad de atención que han recibido los adultos durante la atención médica indican que el tiempo es muy corto, se debe a que en este lugar hay pocos pacientes y la atención es muy rápida, el personal de salud brinda una atención haciendo que los pacientes se sientan satisfechos por cada atención , por otro lado el puesto de salud no cuenta con personal suficiente, escaso de equipos y materiales, el equipo de salud o el personal de salud tienen como objetivo brindar una atención de calidad al beneficiario, usando los recursos o materiales y de esa manera buscar la satisfacción de la persona, familia y la comunidad.

“Estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2016, por encargo de la Superintendencia Nacional de Salud, y realizada a un universo de 13,670 usuarios, el 68,2% de los encuestados señaló que se siente satisfecho con el servicio recibido, el 22,1% no está ni satisfecho ni insatisfecho, mientras que el 9,7% del total señala estar insatisfecho para la Presidenta Ejecutiva

de ESSALUD (2022) .

Casi toda la población señala que no hay pandillaje ni delincuencia cerca de su casa, esto se debe a que las familias incentivan a sus hijos a practicar valores, se dedican a trabajar en la chacra, pastar animales pasan el tiempo ocupados, no existe zonas que origina ciertos actos que perjudican a la sociedad, los padres que incentivan a su hijo a estudiar, saber quiénes son sus amigos, difundir sobre pandillaje, el gobierno deben brindar mayor oportunidades para los jóvenes como por ejemplo ( estudios , trabajos, con espacios recreativo etc.).

“Según INEI en el 2015 presentado por la policía nacional de Perú por departamentos la presencia de mayor pandillaje fue Callao 39 % (190) seguido de Piura con 28,4% dentro de ello esta Ancash con 13,9%. Además, se calcula que unos mil menores se unieron a pandillas en los últimos años (2023)”.

En Conclusión, los determinantes relacionados con las redes sociales se observan que más de la mitad reciben el apoyo social natural por parte de sus familiares, programa de vaso de leche, pensión 65, SIS, que son elemento muy importante para el desarrollo de la población, y para luchar contra la pobreza, además SIS tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones:

- Con respecto a los determinantes biosocioeconómicos de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa de Canshán -Caserío - Carhuasjrca - Independencia-Huaraz, más de mitad son de sexo femenino, con instrucción inicial / primaria; la mayoría son adultos maduros, con trabajo eventual; casi todos tienen un ingreso económico menor a s/750.00 soles. Determinantes del entorno físico: la mayoría tienen vivienda unifamiliar, duermen 2 a 3 miembros/ habitación, tienen letrina, disponen la basura a campo abierto; casi todos tienen casa propia, piso de tierra, techo eternit /calamina, paredes de adobe, conexión de agua domiciliaria, cocinan con leña, energía eléctrica permanente; todos recogen la basura al menos 1 vez al mes, pero no todas las semanas, eliminan su basura en montículo o campo limpio.
- Determinantes del estilo de vida: más de la mitad duermen de 6 a 8 horas, consumen frutas, huevo, pescado, fideos, pan / cereales, verduras / hortalizas menos 1 vez /semana y otros alimentos 3 o más veces / semana; la mayoría consumen carne menos 1 vez / semana, no fuman de manera habitual, consumen alcohol ocasionalmente; casi todos no se realizan examen médico periódico, caminan por más de 20 minutos en sus tiempos libres, todos se bañan una vez / semana.
- Determinantes de las redes sociales y comunitarias: más de mitad se atendieron en puesto de salud, refieren que la distancia al puesto de salud es regular, la calidad de atención que recibieron fue regular; la mayoría reciben apoyo social natural por parte de sus familiares, no reciben apoyo social de otros, refieren que el tiempo de espera fue corto; casi todos cuentan con seguro integral de salud, refieren que no hay pandillaje por su casa; todos no reciben apoyo social organizado.

## 5.2. Recomendaciones:

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

- ❖ Dar a conocer los resultados de la presente investigación a las diferentes autoridades regionales y en especial a la Micro Red de Salud de Huarupampa, para poder fortalecer estrategias y promover actividades preventivas promocionales referentes a los determinantes de salud.
- ❖ Educar los resultados obtenidos en la presente investigación para adoptar estrategias que beneficia a la comunidad y seguir nuevos trabajos de investigación en base a los resultados del presente estudio que permitan mejorar el estilo de vida de las personas adultos maduros del caserío de Carhuashjirca; así mismo extender realizando estudios en el área de salud en la etapa del adulto a fin de promover y mejorar la calidad de vida de estas personas.
- ❖ Se sugiere a los directivos Micro red de Salud de Huarupampa y al Puesto de Salud de Santa Rosa de Canshán, implementar programas y estrategias para fomentar el consumo de alimentos de la zona con valor proteico para así poder contribuir mejorar la calidad de vida de cada individuo de la población.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. determinantes sociales de la salud. [Serie Internet]. Disponible desde el URL: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/).
2. Maya L. “Los estilos de vida saludables: Componentes de la calidad de vida”. Colombia; 2006. [Serie Interne]. Disponible desde el URL:[http:// www . insp mx/Portal/Centros/ciss/promocion\\_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los\\_estilos\\_de\\_vida\\_saludables.pdf](http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf).
3. Rojas, F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev. Cubana. Salud Pública, 30 (3): 13-16; 2004.
4. Tardy, M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en:[http://www.psico-web.com/salud/concepto\\_salud\\_03.htm](http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm).
5. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
6. Secretaria, T. Commission on social determinants of health, towards conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Draft discussion paper for the commission on social determinants of health. May; 2005.
7. Tarlov, A. Social determinants of Health: the sociobiological transition, Blane D, Brunner E, Wilkinson D (eds), Health and social organization. London. Routledge. Pp. 71-93.



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

américas. salud (MINSa). Modelo de abordaje de promoción de la salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de nutrición y alimentación saludable. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud. [Documento en Internet] [Citado el 14 de abril del 2014]. URL: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/148.pdf>.

17. Ministerio del ambiente. Análisis ambiental del Perú: Retos para un desarrollo sostenible. Lima: Banco Mundial, oficina de Lima, Perú; 2006; pp [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014] URL: <http://sinia.minam.gob.pe/index.php?accion=verElemento&idElementoInformacion=304&verPor=&idTipoElemento=2&idTipoFuente=&idfuentesinformacion=5>.
18. Congreso de la República. Ley N° 29344: Metodología para el análisis de ley marco de aseguramiento universal en salud. Perú, Lima: Congreso de la República; 2009. [Documento en Internet] [Citado el 14 de abril del 2014]. URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a13v26n2.pdf>
19. Prosalus. Análisis de la realidad Perú; 2008. Dispon <http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/An%C3%A1lisis%20de%20la%20realidad%20Per%C3%BA.pdf>.
20. Espinoza, V. Sistema de vigilancia comunal. Fichas familiares de los adultos del Centro Poblado Santa Rosa de Canshán - Caserío - Carhuashjirca - independencia -Huaraz, 2014.
21. Tovar L, García G. La percepción del estado de salud: Una mirada a las

regiones desde la encuesta de calidad de vida; 2003. Nro. 027; 2004. Disponible en [http://www.google.com.pe/search?q=autopercepcion%20del%20estado%20de%20salud&ie=utf-8&oe=utf&q=t&rls=org.mozilla:es.ES:oficial&client=firefox-a&source=hp&channel=np#hl=es&client=firefox-a&hs=UE2&rls=org.mozilla:esS%3Aoficial&channel=np&sc=ps&q=percepci3n+del+estado+de+salud&oq=percepcion+del+estado+de+salud&aq=f&aqi=g1&aql=&gs\\_sm=12&gs\\_upl=26211338310155561414101012141611330121.2.11410&gs\\_l=serp.12..0.26211338310155571414101012141611330121j2j11410.11sin.&pbx=1&bav=on.2,or.r\\_gc.r\\_pw.r\\_qf.,cf.osb&fp=5f11c6251593e396&biw=1159&bih=614](http://www.google.com.pe/search?q=autopercepcion%20del%20estado%20de%20salud&ie=utf-8&oe=utf&q=t&rls=org.mozilla:es.ES:oficial&client=firefox-a&source=hp&channel=np#hl=es&client=firefox-a&hs=UE2&rls=org.mozilla:esS%3Aoficial&channel=np&sc=ps&q=percepci3n+del+estado+de+salud&oq=percepcion+del+estado+de+salud&aq=f&aqi=g1&aql=&gs_sm=12&gs_upl=26211338310155561414101012141611330121.2.11410&gs_l=serp.12..0.26211338310155571414101012141611330121j2j11410.11sin.&pbx=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.,cf.osb&fp=5f11c6251593e396&biw=1159&bih=614).

22. Rodríguez, M. Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo-Amazonas; 2011.
23. Uchazara, M. “Determinantes de la Salud de la persona adulta del Centro Poblado menor Los Palos, Tacna, 2013”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013. Disponible desde <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual/.
24. Jaramillo, V. “Determinantes de Salud de los Adultos de Curayacu–Pomabamba –Ancash,2013”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013. Disponible desde <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual/.
25. Valverde, L. Determinantes de la salud de los adultos del sector “B” Huaraz – Huarney; 2013. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.

26. Chinchay, M. “Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Vista Alegre Sector Q- Huaraz, 2013”. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Huaraz- Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2015. Disponible desde [http://erp.uladech.edu.pe/ Biblioteca virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/).
27. Ayala, J. “Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Chua Bajo sector “S” Huaraz, 2013”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz- Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2015. Disponible desde [http://erp.uladech.edu.pe/ Biblioteca virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/).
28. Pajuelo, A. “Determinantes de la salud de los adultos del Sector “C” Huaraz – Distrito, 2013”. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería] Huaraz – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2015. Disponible desde [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 la salud. equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002.
30. Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los determinantes sociales de la salud. Organización panamericana de la salud.: Washington; 2009.
31. Barragán, H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
32. Polit, D y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª ed.

México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.

33. Hernández, R. Metodología de la investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
34. Schoenbach, V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]; 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL: <http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
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>
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), México; 2010. Disponible en:[http://www.unifemweb.org .mx/ documents / cendoc / econo mia/ecogen42.pdf](http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf)
40. Autor Definición de base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]; 2008. [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: [http: // definición.de/ocupacion/](http://definición.de/ocupacion/)
41. Serie Nescon de Informes Técnicos N° 2 - Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud/ Health and Work Conditions of Health Care Workers - Brasilia, OPAS, 38 p; 2008. Informe del Taller Ouro Preto, Brasil, Enero; 2006. Disponible en: [http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CST\\_Salud.pdf](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](http://www.zonadiet.Com/deportes/actividad-fisica-salud.htm).
44. AA.VV. Derecho Urbanístico de Castilla y León, El Consultor de los Ayuntamientos y de los Juzgados, Madrid; 2000. ISBN 84-7052-249-9.

Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda#Bibliograf.C3.ADa>.

45. Barlow, M, Clarke T. Blue Gold: The Fight to Stop the Corporate Theft of the World's Water; 2003.
46. Larousse Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Editorial, S.L. <http://es.thefreedictionary.com/desag%C3%BCe>.
47. Martínez, N. Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla].Disponible en URL: [http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_metod\\_investigac4\\_4.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm).
48. Autor Definición de base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]; 2008. [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definición.de/ocupacion/>.
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. Mezarina, V. “Determinantes de salud de los adultos del Caserío de Chacuabamba -Pomabamba, 2013”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz – Perú: Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote, 2016.Disponible desde <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual/.
51. Villanueva, C. “Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Lloclla - Huaraz, 2013”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz –

- Perú: Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote, 2016. Disponible desde <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual/.
52. Gonzales, F. “Determinantes de Salud del adulto del centro poblado Chapairá-Castilla- Piura, 2013”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Piura –Perú: Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote, 2015. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/> biblioteca virtual/.
53. Hipólito, R. “Determinantes de la salud del adulto mayor del A.H Los Cedros Nuevo Chimbote 2016”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Chimbote –Perú: Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote, 2016. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/> biblioteca virtual/.
54. “Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Chua Bajo sector “S” Huaraz, 2013”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz-Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2015. Disponible desde <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual/.
55. Salazar, J. “Determinantes de la Salud de las personas Adultas del Pueblo Joven San Martín - Tacna, 2013”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz –Perú: Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote, 2015. Disponible desde <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual/.
56. Martínez, N. “Determinantes de la Salud en los Adolescentes de la institución educativa San José Obrero - Piura, 2013”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Piura -Perú: Universidad Católica Los Ángeles De



Chimbote, 2015. Disponible desde <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual/.

57. Tinedo, A. “Determinantes de la salud en los adolescentes de la I.E Benedicto XVI del Asentamiento Humano Campo Polo I Sector Norte-Castilla Piura, 2013”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Piura -Perú: Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote, 2015. Disponible desde <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual/.
58. Lozano, P. “Determinantes de la salud del cuidador (a) familiar del adulto mayor en el Distrito de Coishco. 2012”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Chimbote -Perú: Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote, 2014. Disponible desde <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual/.
59. Vásquez, N. “Determinantes de la Salud en los Adultos jóvenes. Pueblo joven la Unión -Chimbote ,2013”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Chimbote -Perú. Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote,2014. Disponible desde <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual/.
60. Revista Ganar Salud definición “Sexo y Salud” [Citado 2015 Oct. 02.]“Más|tamaños", "msu":"/search?q=revistas+de+salud\u0026hl.
61. Definición de Sexo [Artículo en Internet] [citado 23 de marzo .2015.] [1 pagina]. Disponible en URL: <http://conceptodefinicion.de/sexo>.
62. Definición de Sexo [Artículo en Internet] [citado 20 de junio. 2013.] [1 pagina]. Disponible en URL: <http://salud.ccm.net/faq/2846-los-cromosomas-sexuales>.

63. Florencia, Uchua. Definición de Sexo Femenino. [artículo en internet] 2011.  
Disponible desde URL: <http://www.definicionabc.com/general/femenino.php>.
64. Victoria Bembibre. Definicion de mujer. [Artículo en internet] 2008. Disponible desde URL: <https://www.definicionabc.com/general/mujer.php>.
65. Julián Pérez. Definicion de sexo femenino. [Artículo en internet] 2012.disponible desde URL: <http://definicion.de/femenino/>.
66. Definición de Sexo [Articulo en Internet] [citado 7 de marzo .2015.] [1 pagina].  
Disponible en URL: <http://conceptodefinicion.de/masculino>.
67. Julián, Pérez y María Merino. Definición de sexo masculino. [Artículo en internet] 2009. Disponible desde URL. <http://definicion.de/masculino>.
68. Ana, Gardey. Definición de edad. [Artículo en internet] 2012.Disponible desde URL. <http://definicion.de/edad>.
69. Instituto de Prevención social, “Auto cuidado del Adulto Mayor”. Chile: 17 de mayo del 2006. Disponible desde el URL:<http://www.inp.cl/roller/autocuidado/>.
70. Javier, Navarro. Definición de Edad. [Artículo en internet] 2014.disponible desde URL: <https://www.definicionabc.com/?s=Edad>.
71. Mariela y barbara Aguayo Alvarez.definicion de Adulto Joven.[Artículo en internet] 2012.disponible desde URL: <http://adultojovenepsicologia.blogspot.pe>.

72. Organización Mundial de la Salud. Términos de Salud pública. Washington: OMS; 2007.
73. Daniela, Carrillo. Definición de Edad Maduro. [Artículo en internet] 2014. disponible desde URL: <http://adolescencia-adultez.weebly.com/cambios-en-el-adulto-maduro>.
74. Definición de Adulto Maduro [Artículo en Internet] [citado 1 de enero .2015.] [1 pagina]. Disponible en URL: <http://conceptodefinicion.de/adulto-mayor/>.
75. Definición de Adulto Maduro [Artículo en Internet] [citado 1 de mayo.2013.] [1 pagina]. Disponible en URL: <https://edukavital.blogspot.pe/2013/03/aGdulto-mayor.html>.
76. Definición de Nivel de Instrucción [Artículo en Internet] [citado 7 de Octubre.2014.][1pagina].Disponible en URL:[http://www.eustat.eus/documentos/opt\\_0/tema\\_168/elem\\_2376/definicion.html](http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_168/elem_2376/definicion.html).
77. Bugada, S. Definición de educabilidad. 2009 [Citado 2011 feb. 28]. Disponible en URL:<http://www.psicopedagogia.com/definicion/educabilidad>.
78. Marriner, E. Administración en enfermería. México: Editorial Interamericana; 2005.
79. Ingreso Económico [artículo en internet] 2011. [Citado 2012, oct 22]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiqui/ ingreso económico](http://es.wikipedia.org/Wiqui/ingreso_economico).

80. Definición de Ingreso Económico [Artículo en Internet]. Disponible en URL: <https://definicion.mx/ingreso-familiar>.
81. Ocupación [artículo en internet] 2011. [Citado 2012, oct 22]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ Ocupación](http://es.wikipedia.org/Wiki/Ocupaci3n).
82. Definición de Ocupación [artículo en internet] 2013. [Citado 2012, oct 22]. Disponible en URL: <http://definicion.de/ocupacion>.
83. Álvarez, L. Ocupación. [Artículo en internet]. Madrid 2011 [citado 25 abril 2015].Disponible.URL:[http://www.wikilearning.com/articulo/cargos\\_u\\_ocupaciones\\_y\\_puesto\\_de\\_trabajo/16441-3](http://www.wikilearning.com/articulo/cargos_u_ocupaciones_y_puesto_de_trabajo/16441-3).
84. Definición de Trabajo Estable: [Diccionario en Internet]. 2010 [citado 2 de Nobeiembre2013].Disponible.URL.[ttp://www.legislaw.com.ar/legislaw/leyes8.html](http://www.legislaw.com.ar/legislaw/leyes8.html) .
85. Definición de Trabajo Eventual: [Diccionario en Internet]. [citado 2015].Disponible.URL.<http://derecho.laguia2000.com/derecho-laboral/contrato-de-trabajo-eventual>.
86. Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Instituto Nacional de las Mujeres. (2013) Mujeres y hombres en Perú 2013, INEGI, Perú. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx> .
87. Quien determina el sexo del bebe. [Artículo en internet].2013 [citado 25 abril

2015]disponible:<http://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/article145083.html>

88. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población jóvenes y adultos maduros 2015. [Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda]. [Serie internet. [citado Mar.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible en:[http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco\\_conceptual\\_cpv2012.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2012.pdf).
89. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población, Vivienda y factor socioeconómico. [Marco Conceptual del Censo de Población Vivienda y factor socioeconómico]. [Serie internet]; 2009. [Citado 2015 Mar.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: en [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/economia/marco\\_conceptual\\_cpv2015.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/economia/marco_conceptual_cpv2015.pdf).
90. El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Quito. Disponible en [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Bibliotecas/Estudios/Estudios\\_Socio-demograficos/Poblac\\_Adulto\\_Mayor.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Poblac_Adulto_Mayor.pdf).
91. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Artículo sobre la canasta familiar en el Perú – datos estadísticos. [Marco Conceptual del Encuesta Nacional de Hogares.]. [Serie internet. [citado 2012 Mar.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible:<http://peru21.pe/economia/inei-canasta-basica-mensual-fue-s-292>  
<http://peru21.pe/economia/inei-canasta-basica-mensual-fue-s-292-persona-2013-2181598persona-2013-2181598>.

92. INEI encuesta aplica en la tasa de desempleo, <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Housing/Pages/StudyOnSecurityOfTenure.aspx>.
93. Población ocupada de adulta mayor. INEI. [Portada de internet] [Citado 5 de Setiembre de 2014] Disponible desde <http://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/poblacion-ocupada-adulta-mayor-se-incremento-en-101-puntos-porcentuales-779>.
94. Indicadores de la educación según INEI [Artículo en internet].2007 [citado,16 dediciembre20]Disponible:[http://www.snie.sep.gob.mx/estadisticas\\_educativas.html](http://www.snie.sep.gob.mx/estadisticas_educativas.html).
95. Neira, Y. “Determinantes de Salud en la Mujer Adulta del Caserío Quispe-Huancabamba -Piura ,2013”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Piura– Perú: Universidad Católica los Ángeles e Chimbote, 2015. 2016. Disponible desde <http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/>.
96. Shuán, E. “Determinantes de salud de los adultos de la comunidad Juan Velasco Alvarado - Huaraz, 2013”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote,2015. Disponible desde <http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/>.
97. Méndez, N. “Determinantes de la salud de los adultos del Caserío Chua Alto Sector T Huaraz, 2013”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Huaraz – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2015. Disponible desde <http://erp.uladech.edu.pe/BibliotecaVirtual/>.

98. Castillo, R. “Determinantes de la Salud en Adultos con Tuberculosis del Centro Penitenciario Cambio Puente, Chimbote – 2014”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Chimbote – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2016. Disponible desde <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual/.
99. Villar, L. “Determinantes de la Salud en niños menores de tres años con riesgos nutricionales. Puesto de Salud Florida. Chimbote, 2014”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Chimbote – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. Disponible desde <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual/.
100. Salazar, K. “Determinantes de Salud del Adulto en Bellavista - Bellavista de la Unión – Sechura, 2013”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Piura – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015. Disponible desde <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual/.
101. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludable 2009. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
102. Enciclopedia Abierta Viviendas. [Novie. 21]. [Página libre en internet]. [Alrededor de 2 pantallas]. España, 2008. Disponible en [http://es.wikipedia.org/wiki/tipos\\_de\\_familias](http://es.wikipedia.org/wiki/tipos_de_familias), [tiposdeviviendasymonografia.com](http://tiposdeviviendasymonografia.com).
103. Diccionario: Enciclopedia libre definición de vivienda, [Octub. 16.] [1 pantalla libre]. 2015. Desde URL: [http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda\\_arquitectura](http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda_arquitectura).
104. Tenencia de vivienda [artículo en internet] 2010. [Citado 2012, oct 22].

- Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ tenencia de vivienda](http://es.wikipedia.org/Wiki/tenencia_de_vivienda).
105. Navarro, J. (2016) vivienda unifamiliar recuperado 16 de junio de 2016 URL: <https://www.definicionabc.com/?s=Vivienda%20Unifamiliar>.
106. Rodríguez, A. Tipos de vivienda. [Artículo en internet]. [6 de agosto del 2013]. 2013. Disponible en URL: <http://www.tiposde.org/construccion/219-tiposde.org/construccion/219-tipos-de-viviendasde-viviendas>.
107. Tenencia de vivienda [artículo en internet] 2010. [Citado 2012, oct 22]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ tenencia de vivienda](http://es.wikipedia.org/Wiki/tenencia_de_vivienda).
108. Tenencia de Vivienda [artículo en internet]. [Página modificada Ener. 29]. [1 pantalla]. 2011. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ tenencia de vivienda](http://es.wikipedia.org/Wiki/tenencia_de_vivienda).
109. Schaeffer, E. (2007). The housing voucher choice program: more than just a lagniappe for New Orleans. Mercatus Policy Series.
110. Diccionario: Definición de piso. [Reporte en internet]. [Novie. 06]. [1 pantalla libre]. 2013. desde URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Piso>.
111. Diccionario: Definición de piso. [Reporte en internet]. [Setiem. 12.] [1 pantalla libre]. 2013. Desde URL: <http://es.thefreedictionary.com/piso>.
112. Diccionario: Definición de piso. [Reporte en internet]. [Setiem. 12.] [1 pantalla libre]. 2013. Desde URL: <http://es.thefreedictionary.com/piso>.



113. Características de Vivienda Construcciones ". Sobre conceptos. [Documento en internet]. [Citado Octub. 23]. [Alrededor de 01 pantalla]. 2009 disponible desde el URL: [http. // Conceptos.com/características de la vivienda](http://Conceptos.com/características de la vivienda).
114. Virginia, S. "definición de techo" [Artículo de internet] 2010 [Citado Setiembre del 2011]. [Alrededor de una pantalla]. Disponible en URL: [hppt //es. Psicope- dagogia.com/definición/educabilidad](http://es.Psicopedagogia.com/definición/educabilidad).
115. Diccionario: Definición de piso. [Reporte en internet]. [citado 12 Setiem. 2013] [1 pantalla libre]. Desde URL: <http://es.thefreedictionary.com/piso>.
116. Diccionario: Enciclopedia libre definición de pared. [Documento en internet]. [May. 14.] [1 pantalla libre]. 2015. Desde URL: [http://es.wikipedia. Org / wiki / Pared](http://es.wikipedia.org/wiki/Pared).
117. Virginia, S. "definición de Viviendas" [Artículo de internet] 2010 [Citado 11 de setiembre 2011]. [Alrededor de una pantalla]. Disponible en URL: [hppt//es. Psicopedagogía. Com/definición/educabilidad](http://es.Psicopedagogía.Com/definición/educabilidad).
118. Características de la Vivienda Conceptos ". Sobre conceptos. [Documento en internet]. [Citado Octub. 8.]. 2012. Disponible desde el URL: [http. // Conce.ptos.com/características de la vivienda](http://Conce.ptos.com/características de la vivienda).
119. Habitación [Artículo en internet] [Citado 2015 agosto 19]. [1 Pantalla]. Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Habitacion>.
120. 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/n%C3%BAmero_d_habitantes).
- 121.Números de habitantes [artículo en internet]. [Citado 22 noviembre 2015.]. [1 pantalla]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ numero d habitantes](http://es.wikipedia.org/Wiki/numero_d_habitantes).
- 122.Organización Panamericana de la Salud. Guía para el mejoramiento de la calidad del agua a nivel casero 2005.Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
- 123.Bartram,J.Coordinador Programa de Agua, Saneamiento y Salud Organización Mundial de la Salud 20 avenue Appia Geneva 1211-CH 27 Suiza.
- 124.González, I. Unidad Nacional de Salud Ambiental de Cuba sobre el agua segura y los programas de vigilancia Conversaciones sobre el agua, Capítulo III.
- 125.Ellarvi, A. deposición de excretas en el Perú. [Artículo en internet]. 2015 [Citado May. 11]. [Alrededor de 2 pantalla] 2015. Disponible en: [http://coyuntura deposición. com/salario/nuevo-sueldo-minimo-vital-en-perú](http://coyuntura.deposición.com/salario/nuevo-sueldo-minimo-vital-en-perú).
- 126.Saneamiento Básico Conceptos [artículo en internet] 2012. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ conceptos saneamiento básico](http://es.wikipedia.org/Wiki/conceptos_saneamiento_básico).
- 127.Conceptos Combustible. [Artículo en internet]. [Citado 20 marzo. 2015.]. [Alrededor de 1 pantalla] Disponible en [definiciones/gas/](http://definiciones/gas/).
- 128.Conceptos de Gas como Combustible. [Artículo en internet] 2011. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ aseo personal](http://es.wikipedia.org/Wiki/aseo_personal).

129. Buganda, S. “definición de Energía Eléctrica” [Artículo de internet]. [Citado 11 setiembre 2015.]. [Alrededor de una pantalla]. Disponible en <http://www.consumoteca.com/suministros/energia/energia-electrica/>.
130. Energía eléctrica [artículo en internet] 2011. [Citado 2012, oct 22]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ Energía eléctrica](http://es.wikipedia.org/Wiki/Energía_eléctrica).
131. Calle, G. Definición de Tipo de energía o combustible que se utiliza para cocinar. Artículo de internet [Citado 19 Octub. 2011.]. [1 pantalla libre] Disponible desde: URL: [http://www.la-razon.com/sociedad/Tipo-energia-combustible utiliza. cocinar 01708629135.html](http://www.la-razon.com/sociedad/Tipo-energia-combustible-utiliza-cocinar-01708629135.html).
132. Conceptos de Recojo de Basura [artículo en internet] 2012. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ conceptos de recojo de basura](http://es.wikipedia.org/Wiki/conceptos_de_recojo_de_basura).
133. Definiciones Recolección y Eliminación. [Monografía de internet]. [Citado May. 14.]. [1 pantalla] 2013. Disponible en URL: [http://definiciones.de/ recolección/](http://definiciones.de/recolección/).
134. Concepto de basuras y su disposición. [Artículo en internet]. [Citado May. 4.]. [3 pantallas] 2009. Disponible en URL: [www.conceptos disposición de basuras. Y desechos](http://www.conceptos-disposicion-de-basuras-y-desechos.com).
135. Disposición y eliminación [Portada en internet]. [Citado Octu. 27]. [Alrededor de 1 pantalla] 2010. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/disposición/>.
136. Definiciones de frecuencia de Recolección y Eliminación. [Monografía de internet]. Definiciones De. [Citado 14 mayo 2013]. [1 pantalla libre]. Disponible

en ULR: <http://definiciones.de/recoleccion/>.

137. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, Perú. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>.

138. Población y Vivienda 2013/tipo de vivienda según departamentos. Disponible desde: <http://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>.

139. Instituto Nacional de Estadística 2015. Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2015, Perú. Disponible en: <http://www.Inegi.gob.mx>.

140. Martínez, J. Diagnóstico Situacional de Vivienda de la Ciudad de Huánuco, 2012.

141. INEI – Población y Vivienda – Según Material Predominante en los Techos y Área de Residencia. Disponible desde: <http://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda>.

142. Instituto Nacional de Estadística, demográfica e Informática. (2013). Censo de Viviendas, 2013 (Informe nacional y estatales), Perú. Disponible en: <http://www.censo2010.org.mx>.

143. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). 2012. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf>.

- 144.EPS Chavín S.A. [Documento en internet]. [1 pantalla libre]. Disponible en:  
<http://www.epschavin.com/site/>
- 145.Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2010). Censo de Población y Vivienda con ocupantes presentes, 2010 (Informe nacional y estatales), Perú. Disponible en: <http://www.censo2010.org.mx>.
- 146.Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población, Vivienda y factor socioeconómico. [Marco Conceptual del Censo de Población Vivienda y factor socioeconómico]. [Serie internet]; 2009. [Citado 2010 Marz.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: en [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologías/censos/economía/marco\\_conceptual\\_cpv2010.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologías/censos/economía/marco_conceptual_cpv2010.pdf).
- 147.Hernández, J. Automatización y control a distancia de los reservorios San Diego [tesis para optar el título de Ingeniero Electrónico Tesis para optar el título de Ingeniero Electrónico], Universidad Católica del Perú, 2006.
- 148.Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). Principales resultados del Censo de Población y Vivienda con energía eléctrica 2010, Perú.
- 149.Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento. Programa de Gestión Territorial, 2011.
- 150.Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI municipalidades distritales carros recolectores [Artículoeninternet].2016[citado,16 de Marzo20] Disponible:[http://www.snie.sep.gob.mx/estadisticas\\_Municipalidades.html](http://www.snie.sep.gob.mx/estadisticas_Municipalidades.html).

151. Garay, N. “Determinantes de la salud en la persona adulta de la asociación el Morro II. Tacna, 2014”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Tacna – Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2015. Disponible desde [http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/).
152. Darwin, R. “Determinantes de Salud en la Persona Adulta del Centro Poblado Menor los Palos Tacna – 2013”. [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería] Tacna-Peru: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014. Disponible desde [http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/).
153. Pino, R. “Determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado San Miguel de Aco sector “A” Carhuaz, 2013”. [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería] Huaraz-Peru: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2017. Disponible desde [http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/).
154. Melgarejo, M. “Determinantes de la Salud de los Adultos Jóvenes, Asentamiento Humano los Geranios-Nuevo Chimbote, 2015”. [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería] Chimbote -Peru: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015 Disponible desde [http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/).
155. Morris, M. En su estudio “Identificación de los Determinantes Sociales de la Alimentación en un Grupo de Familias Pertenecientes a los Estratos 1, 2 y 3 de la Localidad de Fontibón Bogotá, 2014”.
156. Rodríguez. A. “Determinantes de la Salud de los Adultos de Urbanización San José –Piura, abril 2013” [Tesis para Optar el Título De Licenciado en

Enfermería]Piura -Peru: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2014 Disponible desde <http://erp.uladech.edu.pe/> Biblioteca virtual/.

157. Concepto sobre hábitos de fumar. [Artículo en internet]. [ citado desde 22 de febrero de 2009]. [1 pantalla libre]. Disponible en URL: [es.hppt/www.org/Wiqui/conceptos\\_habito\\_fumar](http://es.hppt/www.org/Wiqui/conceptos_habito_fumar).

158. El chacchado de coca o acullico de coca, [artículo publicado en internet][citado el de junio del 2015] Disponible en URL: <http://nestorcostumbres.blogspot.com/2012/01/el-chacchado-de-coca-o-acullicode-coca.html>.

159. Definiciones. Alcohol, la enciclopedia libre [Serie Internet]. [Citado Noviem. de 10.]. [Alrededor de 3 pantallas] 2013 Disponible desde el URL: [http:// es.wikipedia.org/wiki/Alcohol](http://es.wikipedia.org/wiki/Alcohol).

160. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. [Serie Internet]. [Citado Febrero de 10.]. [Alrededor de 1 pantalla] 2011 Disponible desde el URL: [http:// www .who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/) .

161. Enciclopedia libre: definición de sueño [Serie Internet]. [Citado Nov. 28.]. [Alrededor de 1 planilla] Desde URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Sue%C3%B1o>.

162. Sotelo. Horas de descanso, Educar [Serie en internet]. [Citada Feb. 16]. [Alrededor de 2 pantallas]. 2009. Disponible desde el: [http://biblioteca.itam.max/estudios/estudios/letras4546/testo02/sec\\_2.html](http://biblioteca.itam.max/estudios/estudios/letras4546/testo02/sec_2.html).

163. Conceptos Aseo Personal. – Importancia para la Salud [Artículo en internet].  
[Citado Febrero de 10.] [Alrededor de 1 planilla] 2012. Disponible en URL:  
[es.wikipedia.org/Wiki/aseo personal](http://es.wikipedia.org/Wiki/aseo_personal).
164. Enciclopedia libre: definición de higiene. [Serie Internet]. [Citado 12 Nov 2013].  
[Alrededor de 1 planilla] 2010. Desde URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Higiene>.
165. Definiciones. Examen Médico, [Enciclopedia libre]. [Citado febrero de 17.]  
[Alrededor de 1 planilla] la Disponible desde el URL: [http://es.wikipedia.org/wiki/Examen\\_medico](http://es.wikipedia.org/wiki/Examen_medico).
166. Exámenes Médicos. Conceptos [Artículo en internet]. [citado en internet].  
[alrededor de 1 pantalla libre] 2011. Disponible en URL: [Phht.www.org/examen.Medico permanente/ exámenes médicos](http://www.phht.org/examen_Medico_permanente/exámenes_médicos).
167. Conceptos Actividad Física. [Artículo en internet] [citado en diciembre 2011].  
[alrededor de 2 pantallas libres]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/actividad física](http://es.wikipedia.org/Wiki/actividad_física).
168. Definición sobre clasificación de los alimentos. [Documento en internet] [citado  
29 marzo]. [Alrededor de 3 paginas], 2009. Perú. Disponible desde: [glisedis.Blogspotcom/2009/03/alimentoshttp://nutricinydietetica-unefapconconceptoclasificacion.html](http://glisedis.Blogspotcom/2009/03/alimentoshttp://nutricinydietetica-unefapconconceptoclasificacion.html).
169. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Consumo de cigarrillo y alcohol



[Citado, setiembre a noviembre del 2016] disponible: [http://peru21. pe/economia/inei-351-consumo-cigarrillo-alcohol-2217948](http://peru21.pe/economia/inei-351-consumo-cigarrillo-alcohol-2217948).

170.INEI reportes estadísticos [pantalla de internet] [citado julio 2008]Disponible desde[http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0382/cap-04](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0382/cap-04).

171.El Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI) del año 2016 horas promedio de sueño en Ancash [Documento en Internet]. [Citado Julio. 10]. [Alrededor de 1 pantalla] 2016. Desde:[www.inei.gob.pe/sueño/Número de horas Recursivo/digitales//Lib1153/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/sueño/Número de horas Recursivo/digitales//Lib1153/libro.pdf).

172.INEI, Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales horas que duermen en agosto 2009. Santiago de Perú, 2016.

173.El Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI) del año 2016 hogares higiene personal en la zona rural de Ancash [Documento en Internet]. [Citado Agosto. 20]. [Alrededor de 1 pantalla] 2016.Desde:[www.inei.gob.pe//Higene personal Recursivo/digitales//Lib1152/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe//Higene personal Recursivo/digitales//Lib1152/libro.pdf).

174.El Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI) del año 2016 examen médico periódico en las zonas rurales [Documento en Internet]. [Citado Julio. 10]. [Alrededor de 1 pantalla] 2016. Desde:[www.inei.gob.pe// examen médico Recursivo/digitales//Lib1152/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe// examen médico Recursivo/digitales//Lib1152/libro.pdf).

175.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).

176.El Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI) del año 2016 de la población adulta de las zonas rurales ejercicio físico [Documento en Internet]. [Citado Agosto. 10]. [Alrededor de 1 pantalla] 2016. Desde:[www.inei.gob.pe//ejercicio físico Recursivo/digitales//Lib1152/ libro-pdf](http://www.inei.gob.pe//ejercicio-fisico-Recursivo/digitales//Lib1152/libro-pdf).

177.Diario peruano sobre SIS [pantalla de internet] [citado el martes 21 de setiembre del2010]. Disponible desde [http: oficislurin.blogspot.Com/2010/09/aseguramiento -universal-en-salud-aus.htm](http://oficislurin.blogspot.Com/2010/09/aseguramiento-universal-en-salud-aus.htm).

178.Jachilla, L. “Determinantes de salud de los adultos del centro poblado Chicney Sector “B” Monterrey\_ Huaraz, 2013”. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Huaraz- Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2017. Disponible desde [htt/erp.uladech.edu.pe/ Biblioteca virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/).

179.Bonifacio, E. “Determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado de Paltay del sector “A” – Taricá Huaraz, 2013”. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Huaraz- Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2017. Disponible desde [htt/erp.uladech.edu.pe/ Biblioteca virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/).

180.Diestra, B. “Determinantes de salud de los adultos de la Comunidad de Shilla Sector “B” Unión-Carhuaz., 2013”. [Tesis para optar el título profesional de

Licenciada en Enfermería] Huaraz- Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2017. Disponible desde [http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/).

181. Evangelista, S. “Determinantes de salud de los adultos de la Urbanización San Miguel -Sector “E”- Monterrey, Huaraz, 2014”. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Huaraz- Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2017. Disponible desde [http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/).

182. Arbildo, M. “Determinantes de la Salud en Adolescentes de la Institución Educativa “Fe y Alegría 14”- Nuevo Chimbote, 2014”. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Chimbote – Peru: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016. Disponible desde [http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/Biblioteca_virtual/).

183. Martina, M. “Determinantes Sociales de la Salud en la Demanda de Atención del Adulto por problemas de salud, Lima, 2015”. [Tesis para optar el Título De Licenciado en Enfermería]. Lima\_ Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016. Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/).

184. Remusgo, A. “Determinantes Sociales de la Salud quien estudio Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor respecto a los Cuidados que recibe de las Enfermeras(os) en el Servicio de Geriátrica del Hospital Nacional Guillermo Almenara, 2014”. [Tesis para optar el Título De Licenciado en Enfermería]. Almenara\_ Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote-

2015. Disponible en URL: [http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca\\_virtual/](http://erp.uladech.edu.pe/biblioteca_virtual/).
185. Fernández R. Redes sociales, apoyo social y salud. *periférie*. 2005; 149 (3):1-16.
186. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social: Pensión 65 [página en internet] citada y actualizada en abril 2015. Disponible en el url: <http://www.pension65.gob.pe/>.
187. Zapata, M. Programa vaso de leche en el Perú. 2011 [artículo en internet] citada marzo 2014. Disponible en url: [http://www.gestionpublica.org.pe/plantilla/rxv5t4/1029474941/enl4ce/2011/ene/revges\\_1160.pdf](http://www.gestionpublica.org.pe/plantilla/rxv5t4/1029474941/enl4ce/2011/ene/revges_1160.pdf).
188. Comedor popular y una nutrición saludable, octubre 2014, disponible en: <http://es.slideshare.net/vrodriguezl/programa-de-comedores-populares-1>.
189. Definición de institución de salud [pantalla de internet] Disponible desde el URL <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro5a6.pdf>
190. Definición de centro de salud [pantalla de internet] disponible desde: <http://www.definicionabc.com/salud/centro-de-salud.php> .
191. Ginebra; Chávez, H. Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud [Documento en internet] 2012. Disponible desde: <http://www.sis.gob.pe/Portal/paginas/odsis.html>. 169. Leyva, A. Contrato de seguro. [Documento en internet]. [Enciclopedia libre]. Disponible desde: [http://es.wikipedia.org/wiki/Contrato\\_de\\_seguro.2013](http://es.wikipedia.org/wiki/Contrato_de_seguro.2013).

192. Organización Mundial de Salud (OMS). Definición de seguro social de salud en el Perú 2011. [ citado en diciembre del 2011]. [alrededor de 2 páginas libres] disponible en. [http:// OMS. Monografías.com/.pe /.pdf](http://OMS.Monografías.com/.pe/.pdf).
193. Dirección general de evaluación del desempeño. Tiempo de espera en consultorio externo. [Documento en internet]. [alrededor de 2 paginas]. Disponible desde URL: [http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/indicadores/ notas/indicador4](http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/indicadores/notas/indicador4).
194. Morales, J. Definición de Tiempo. [Artículo en internet]. [Citado 11 de Nov, 2013]. Disponible desde: <http://es.wikipedia.org/wiki/Tiempo>.
195. Donabedian A. Actas Simposio Nacional sobre Calidad de la Atención Médica. [Serie en Internet]. [Marz. 27]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: [www. calidadensalud.org.ar/.../Calidad%20%201er%20Nivel.doc](http://www.calidadensalud.org.ar/.../Calidad%20%201er%20Nivel.doc).
196. Definiciones. De. Definiciones de Pandillaje. [Monografía de internet]. España Definiciones De. [Citado 2013 My. 18]. [a pantalla]. Disponible en ULR: <http://definiciones.de/pandillaje/>.
197. Cárdenas, J. Pandillaje y violencia. “Pandillaje en nuestro entorno” [Blog en Internet] [Citado el 2013 noviembre 25]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://blog.pucp.edu.pe/blog/omar>.
198. El INEI informa en el área de apoyo al bienestar familiar los que fundamentalmente brindan ayuda a la madre trabajadora en el año 2016

[Documento en Internet]. [Citado Julio. 20]. [Alrededor de 1 pantalla] 2016.  
Desde: [www.inei.gob.pe// Alimentación Recursivo/digitales//Lib1152/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe//Alimentación%20Recursivo/digitales//Lib1152/libro.pdf).

199. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en una encuesta realizada en 2016 respecto a los programas Sociales el programa vaso de leche/Comedor Popular Disponible en: [<https://www.inei.gob.pe/>].

200. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2016, ejecutó una encuesta de los pacientes que recibieron atención médica en diferentes instituciones. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/marco\\_conceptual.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/marco_conceptual.pdf).

201. El Instituto Nacional de Estadística e informática INEI La población en estudio tiene el seguro integral de salud (SIS) MINSA en el año 2016 [Documento en Internet]. [Citado Agosto. 20]. [Alrededor de 1 pantalla] 2016. Desde: [www.inei.gob.pe//seguro integral Recursivo/digitales//lib1152/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe//seguro%20integral%20Recursivo/digitales//lib1152/libro.pdf).

202. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2016, ejecutó una encuesta de los pacientes que recibieron atención médica en diferentes instituciones ponible: en [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/marco\\_conceptual.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/marco_conceptual.pdf).

203. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2016, ejecutó una encuesta de los pacientes que recibieron atención médica en diferentes instituciones ponible: en [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/marco\\_conceptual.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/marco_conceptual.pdf).



ANEXO N° 01



**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 SANTA ROSA DE CANSHÁN -  
CASERÍO - CARHUASJIRCA -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 organizado:**

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

**Percibe algún Apoyo social organizado:**

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

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

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

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

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

**Qué tipo de seguro tiene Usted:**

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

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

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

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

- Muy buena ( )
- Buena ( )
- Regular ( )

- Mala ( )
- Muy mala ( )
- No sabe ( )

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

Si ( ) No ( )





## ANEXO N° 02



### VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO SANTA ROSA DE CANSHÁN -CASERÍO - CARHUASJIRCA -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)”.

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

$n_e$  = número de expertos que indican esencial .

$N$  = número total de expertos.

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

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

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

1. Se solicitó la participación de un grupo 8 expertas del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada de la experta la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS

ADULTOS DEL CENTRO POBLADO SANTA ROSA DE CANSHÁN -CASERÍO -  
CARHUASJIRCA -INDEPENDENCIA-HUARAZ, 2014". (Ver anexo 03).

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

**Calculo del Coeficiente de Validez Total:**

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

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

Coefficiente de validez total = 0,75.

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




ANEXO N° 03



**VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO POBLADO SANTA ROSA DE CANSHÁN-CASERÍO –CARHUASJIRCA-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 afectó que la Validez total del cuestionario logrará el valor mínimo requerido (0,75).





ANEXO N° 04



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS  
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS DEL CENTRO POBLADO  
SANTA ROSA DE CANSHÁN -CASERÍO - CARHUASJIRCA -  
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>					
¿El cuestionario está adecuadamente formulado para los destinatarios a encuestar?	1	2	3	4	5
<b>Comentario:</b>					



ANEXO N° 05



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TITULO**  
**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL CENTRO**  
**POBLADO SANTA ROSA DE CANSHÁN -CASERÍO - CARHUASJIRCA -**  
**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