



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA
ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-
QUERECOTILLO-SULLANA, 2013**

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

AUTORA:

Br. GRACIELA ELIZABETH ASTUDILLO FLORES

ASESOR

Dr. NELLY TERESA CONDOR HEREDIA

PIURA - PERÚ

2016

ASESOR Dr. NELLY TERESA CÓNDR HEREDIA

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO

PRESIDENTE

Dr. BLANCA EMELI HUAYLLA PLASENCIA

SECRETARIO

Mgtr. SUSANA MARÍA MIRANDA VINCES DE SANCHEZ

MIEMBRO

AGRADECIMIENTO

A mi Padre celestial que me brinda su amor incondicional, le agradezco cada día de mi vida, por toda la fuerza que me brinda día tras día para superar las diferentes adversidades; con su bendición espero siempre ilumine mi camino.

A la universidad Los Ángeles De Chimbote, a la Escuela Profesional y a los Docentes de Enfermería por ser guías sabias para formar de mí a una profesional con bases sólidas y compromiso humano.

A mi asesora Dra. Nelly Teresa Córdor Heredia, por compartir su conocimiento y enseñanza en la elaboración de la presente investigación.

GRACIELA ELIZABETH

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios por darme la sabiduría y el entendimiento para poder terminar mi carrera profesional.

A mis padres que me dieron la vida ya que sin su apoyo no podría cumplir mis metas, ellos son mi motivación para seguir adelante y ser una mejor persona cada día.

A mis Docentes por encaminarme y brindarme sus conocimientos para así formar en mí una profesional con iniciativa y compromiso para el desenvolvimiento de mi carrera.

GRACIELA ELIZABETH

RESUMEN

La investigación tuvo por objetivo identificar los Determinantes de la Salud en la Persona Adulta Del Centro Poblado Santa Victoria- Querecotillo-Sullana, 2013. Fue de tipo cuantitativo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 243 personas adultas. El instrumento de recolección de datos fue el Cuestionario sobre determinantes de la salud. Concluyéndose: Según los determinantes biosocioeconómicos encontramos; la mayoría son de sexo femenino, más de la mitad son personas maduras; menos de la mitad tienen secundaria completa e incompleta, casi todos tienen un ingreso económico menor de 750 nuevos soles, la mayoría tiene ocupación eventual. En cuanto a la vivienda es de tipo unifamiliar, es propia, cuentan con techo Eternit (calamina), más de la mitad se abastece de agua conexión domiciliaria, la mayoría elimina sus excretas por letrina, utilizan leña y carbón para cocinar sus alimentos; entierran y queman la basura motivo que no pasa el carro recolector de basura. En lo que se refiere a los Determinantes de estilos de vida; la mayoría nunca ha consumido tabaco de forma habitual, menos de la mitad no consumen bebidas alcohólicas, más de la mitad se han realizado examen médico, la mayoría caminan como actividad física. En cuanto a su dieta más de la mitad consumen huevos diariamente. Según los Determinantes de redes sociales y comunitarias, la mayoría no recibió apoyo social natural, no reciben apoyo organizado, atendiéndose en puesto de salud en los últimos 12 meses, cuentan con seguro SIS, no existe el pandillaje

Palabras clave: Determinantes de la Salud, persona adulta.

ABSTRACT

The research had as objective to identify the determinants of health in the adult person of the town of Santa Victoria – Querecotillo- Sullana, 2013. This was quantitative and descriptive. The sample was confirmed by 243 adult persons. The data collection instrument was the questionnaire about determinants of health. To conclude: according biosocialeconomics we find the majority of people are female, they are mature persons less than half of persons have education secondary complete or incomplete, nearly all persons have economic incomes less than 750 soles, the majority of people have casual work according to housing, they live in single family dwelling, homeownership, calamine roof, they are sewed by home connection of water, they eliminate their excreta by latrine, they use firewood and charcoal to cook their food, they bury their waste and burn it because the collector truck does not pass. According determinants of lifestyle they have never done medical exam, they walk like a physical activity. According to diet mast than half consume eggs each day. About the determinants of social networks the majority of people do not receive social natural support, they do not receive organized support. They were attended the last 12 months, they have SIS insurance and there not exists delincuece.

Keywords: Determinants of Health, adult persons.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	10
2.1 Antecedentes.....	10
2.2 Bases Teóricas.....	13
III. METODOLOGÍA	20
3.1 Diseño de la Investigación.....	20
3.2 Población y Muestra.....	20
3.3 Definición y Operacionalización de Variables.....	21
3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	32
3.5 Plan de Análisis.....	35
3.6 Consideraciones Éticas.....	36
IV. RESULTADOS	37
4.1 Resultados.....	37
4.2 Análisis de Resultados.....	64
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	86
5.1 Conclusiones.....	86
5.2 Recomendaciones.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	98

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01:	37
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA- QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
TABLA N° 02:	41
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO- SULLANA, 2013	
TABLA N° 03:	49
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
TABLA N° 04:	55
DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
TABLA N° 05:	59
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO- SULLANA, 2013	
TABLA N° 06:	61
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 01	38
SEXO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 02	38
EDAD EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO- SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 03	39
GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA- QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 04	39
INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA- QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 05	40
OCUPACIÓN EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO- SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 06.1	43
TIPO DE VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA- QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 06.2	43
TENENCIA DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA- QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	

GRÁFICO N° 06.3.....	44
MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 06.4.....	44
MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 06.5.....	45
MATERIAL DE PAREDES DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 06.6.....	45
NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 07.....	46
ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 08.....	46
ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 09.....	47
COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	

GRÁFICO N° 10.....	47
ENERGÍA ELÉCTRICA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 11.....	48
DISPOSICIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N°12.....	48
ELIMINACIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 13.....	51
FUMA ACTUALMENTE LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N°14.....	51
FRECUENCIA QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 15.....	52
NÚMERO DE HORAS QUE DUERME LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 16.....	52
FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑA LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	

GRÁFICO N° 17.....	53
EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 18.....	53
ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 19.....	54
FRECUENCIA QUE CONSUME LOS ALIMENTOS LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 20.....	56
INSTITUCIÓN EN LA QUE SE ATENDIÓ EN LOS ÚLTIMOS MESES LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 21.....	56
CONSIDERACIÓN DE DISTANCIA DONDE SE ATENDIÓ LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 22.....	57
TIPO DE SEGURO QUE TIENE LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 23.....	57
TIEMPO QUE ESPERÓ PARA ATENDERSE LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	

GRÁFICO N° 24.....	58
CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 25.....	58
EXISTE PANDILLAJE CERCA DE LA CASA DE LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 26.....	60
RECIBE APOYO SOCIAL NATURAL LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N°27.1.....	62
RECIBE PENSIÓN 65 LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 27.2.....	62
RECIBE APOYO DEL COMEDOR POPULAR LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 27.3.....	63
RECIBE APOYO DEL VASO DE LECHE LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013	
GRÁFICO N° 27.4.....	63
RECIBE APOYO DE OTRAS ORGANIZACIONES LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013.	

I. INTRODUCCIÓN

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 las alternativas que están disponibles a las personas de acuerdo a su circunstancia socioeconómica a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones (1).

El presente trabajo de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de los Determinantes de la Salud, definiendo la Organización Mundial de la Salud (OMS) 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 (2).

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

En la conferencia de Alma Ata en 1976 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el perfecto estado físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona de estar, de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual. Por lo que, en definitiva la salud es algo más que la simple ausencia de enfermedad, es un equilibrio armónico entre la

dimensión física, mental y social; y está determinada por diversos factores, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud (4).

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

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

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

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

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

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

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo (8).

El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (8).

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (9).

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

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

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

desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (11).

Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la Organización Mundial de la Salud 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 (12).

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 (13).

En nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Por un lado, existen inequidades de acceso a los servicios. Por otro, hay inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en

salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (13).

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

A esta realidad no escapa el Centro Poblado de Santa Victoria, Ubicado al Distrito de Querecotillo Provincia de Sullana. Este Centro Poblado Limita al oeste con Centro Poblado "Jaguay de Poechos" al Este Con zonas agrícolas - Canal Miguel Checa. Por el Norte con el Centro Poblado "San Martín", por el sur con Centro Poblado "Santa Rosa"(14).

El Centro Poblado de Santa Victoria cuenta con una población de 979 habitantes, de los cuales 660 son adultos también cuenta con 01 Puesto de Salud, 01 Vaso de leche, 01 Comedor Popular , 01 Coliseo, 01 Parroquia, 01 centro educativo C.E.I. 14872 San Juan Bautista (Inicial, primaria y secundaria). Las construcciones de las casas en un 30% son de material noble y en un 70% son de material rustico (14).

Su población realiza diferentes ocupaciones dentro de las cuales encontramos: estudiantes, profesionales, agricultores, obreros, amas de casa, entre otros. Este Centro Poblado Cuenta con alumbrado eléctrico, con agua potable pero carece con los servicios de desagüe, tampoco llega a sus hogares el carro recolector de la

basura. Las enfermedades más predominantes de este Centro Poblado son: IRAS (Infecciones respiratorias agudas severas), Dermatitis, Hipertensión y Diabetes Mellitus (14).

Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación fue el siguiente: **¿Cuáles son los determinantes de la salud en la persona adulta del Centro Poblado Santa victoria–Querecotillo–Sullana, 2013?**

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

Identificar los determinantes de salud en la persona adulta del Centro Poblado Santa victoria–Querecotillo–Sullana, 2013

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

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

La justificación de la presente investigación fue:

Esta Investigación fue necesaria en el campo de la salud ya que permitió 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 realizó 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 permitió 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 ayudó 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 la Sub Región de Salud Luciano Castillo Colonna, ya que según los resultados se puede contribuir a elevar la eficiencia de los Programas Preventivo Promocionales de la salud en todos los ciclos de vida 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 de salud y municipios en el campo de la salud, así como para la población a nivel nacional; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen 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 favorecer la salud y el bienestar de los mismos.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Antecedentes

Investigación actual en el ámbito extranjero

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Gonçalves M, et al (15), en su investigación “Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil”. Los resultados obtenidos revelan, que los factores socioeconómicos, medidos por la escolaridad, influyen significativamente la condición de salud de los ancianos. Además, fueron observados diferenciales de género: las mujeres presentaron peores condiciones de salud en relación a los hombres. Respecto a las enfermedades crónicas este resultado no fue totalmente favorable a los hombres, una vez que en determinadas enfermedades éstos tuvieron un porcentaje superior, en relación a las mujeres.

Gonçalves (15), destaca que, aun cuando al proceso de envejecimiento poblacional fue iniciado más temprano en Buenos Aires y que, por lo tanto, su población estará más envejecida que la de San Pablo, las condiciones de salud de los ancianos de aquella ciudad fueron mejores que las de San Pablo.

Tovar C, García C. (16), en su investigación titulada “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”, concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.

Investigación actual en el ámbito nacional

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Rodríguez Q. (17), en su investigación titulada “Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo-Amazonas. 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.

Melgarejo E, et al (18), en su investigación titulada: Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local de Chimbote y Nuevo Chimbote. 2008. Concluye que en el contexto de la participación comunitaria de cada 10 comunidades 8 de ellas están en un contexto interdependiente y 2 en autogestión. Los factores personales (edad, sexo, grado instrucción, responsabilidad, antecedente de enfermedad y estado de salud) no tienen relación estadística significativa con el contexto de la participación comunitaria. Existe relación estadística significativa entre lugar de nacimiento y sobrecarga laboral.

A nivel local:

Cárdenas K, et al (19), Análisis de la situación de salud en el centro de salud Villa Primavera - Sullana, Piura. 2011. Los resultados fueron que el 25 % de mujeres tienen secundaria incompleta mientras los hombres tienen el 25,8 % en relación que las mujeres; también que el 63,8 % de la población tienen red pública de desagüe dentro de la vivienda y solo el 17% la población tiene pozo ciego o negro/ letrina; así mismo el 82,4% son viviendas con alumbrado eléctrico; finalmente el 51,8% de la población usa como combustible para cocinar el gas seguido del uso de carbón con un 31,7%. Con respecto al nivel de satisfacción del usuario con la atención recibida en el establecimiento de salud se obtuvo que es bueno con un 25 % no escapando del nivel malo que estuvo en un 22 %.

Neira C, Quiroga S. (20), en su tesis titulada “Análisis de los determinantes principales que explican la pobreza. Caso: Centro Poblado los Olivos, distrito de Sullana, 2010. Enfrenta bajos niveles de acceso a los servicios básicos, así como una pésima infraestructura de la vivienda. Según el método de la “Línea de pobreza”, nos arroja que el 56% de la población encuestada se encuentra

en condición de extrema pobreza, el 35% es pobre y el 9% está en situación de no pobre; es de indicar que el 43% de las viviendas presentan paredes de adobe, techo de calamina y no tienen piso, asimismo el 7% de las viviendas tienen las siguientes características: Paredes de quincha o de esteras, techo de caña o de esteras y no tienen piso. En cuanto al abastecimiento de “Agua” tenemos que el 92% de la población se abastece de agua a través de camión o cisterna, el 2% con pilón público, el 4% a través de pozo. En lo que respecta al servicio de “Energía”, el 4.5% de los encuestados cuenta con Energía Eléctrica, el 18% usa lámpara o mechero, el 6% usa petróleo o gas, 44.5% usa vela y el 21% usa generadores eléctricos; y por último, el 50% de los encuestados no posee Artefactos eléctricos, el 3% posee máquina de coser, el 11% solo tiene televisor, el 4% posee solo plancha, el 17% posee televisor y radio. Lo que nos da un panorama poco alentador para dicho centro poblado, dado que la pobreza está presente y con cifras alarmantes.

2.2 Bases Teóricas

El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (21).

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en 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. Destacó la

discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (22).

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 (23).

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. Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida.

Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (23).

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

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

a) Determinantes estructurales

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

b) Determinantes intermediarios.

Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario.

Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar.

c) Determinantes proximales.

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud.

El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones.

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (21).

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 (24).

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

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

Servicios de salud: Este ámbito se refiere a la red asistencial que agrupa las prácticas, la accesibilidad y la calidad de la red asistencial de salud, incluyendo prácticas de gestión, dotación y calidad del personal e infraestructura y equipo.

Educación: Este ámbito refleja la influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud.

Trabajo: Este ámbito expresa las condiciones laborales y las oportunidades de trabajo, incluyendo legislación laboral, ambientes laborales y seguridad social asociada y su impacto en la salud.

Territorio (ciudad): Este ámbito agrupa las condiciones de habitabilidad del entorno, la calidad de la vivienda y acceso a servicios sanitarios básicos y su impacto en la salud.

Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (24).

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la Investigación

Tipo y nivel de investigación:

La investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal (25, 26).

Diseño de la investigación:

El diseño de la investigación es una sola casilla (27, 28).

3.2. Población y Muestra

Población

La población estuvo conformada por 660 Personas adultas que habitan en el Centro Poblado Santa Victoria-Querecotillo-Sullana.

Muestra

El tamaño de muestra fue de 243 personas adultas y se utilizó el muestreo aleatorio simple (ANEXO 01).

Unidad de análisis

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

Criterios de Inclusión

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

Criterios de Exclusión

- Persona adulta que tenga algún trastorno mental.

3.3. Definición y Operacionalización de Variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONÓMICO

Son características biológicas, sociales, económicas y ambientales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud (29).

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 (29).

Definición Operacional

Escala de razón:

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

Sexo

Definición Conceptual.

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (30).

Definición Operacional

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (31).

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin instrucción
- Inicial/Primaria
- Secundaria: Completa / Incompleta
- Superior Universitaria
- Superior no Universitaria

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (32).

Definición Operacional

Escala de razón

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

Ocupación

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (33).

Definición Operacional

Escala Nominal

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

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 (34).

Definición operacional

Escala nominal

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

Tenencia

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

Material del piso:

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

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

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

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

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

- Otros

Combustible para cocinar

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

Energía Eléctrica

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

Disposición de basura

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

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

Eliminación de basura

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (35).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

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

- Ocasionalmente
- No consumo

Número de horas que duermen

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

Frecuencia en que se bañan

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

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

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

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

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad:

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

Alimentación

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (36).

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

III. 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 (37).

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) (38).

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

Escala nominal

Institución de salud atendida:

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

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- Sanidad
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

Si () No ()

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala ordinal

Familiares

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

Apoyo social organizado

Escala ordinal

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

Apoyo de organizaciones del estado

- Pensión 65
- Comedor popular
- Vaso de leche
- Otros

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnicas

En el presente trabajo de investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación del instrumento (39).

Instrumento

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

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

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

-Los determinantes del entorno socioeconómico (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).

-Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo, actividad física), alimentos que consumen las personas, morbilidad.

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

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es l rango de los valores posibles.

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

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (40).

3.5. Plan de Análisis

Procedimiento para la recolección de datos:

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

- Se informó y pidió consentimiento de la persona adulta de dicha comunidad, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación serían estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con la persona adulta su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación de los dos instrumentos.
- Se procedió a aplicar los instrumentos a cada participante.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de la escala y del cuestionario para llevar a cabo las respectivas entrevistas.
- Los instrumentos fueron aplicados en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

Análisis y Procesamiento de los datos

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

3.6. Consideraciones Éticas

Durante la aplicación de los instrumentos se respetaron y cumplieron los criterios éticos de (41):

Anonimato

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

Privacidad

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

Honestidad

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

Consentimiento

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

IV. RESULTADOS

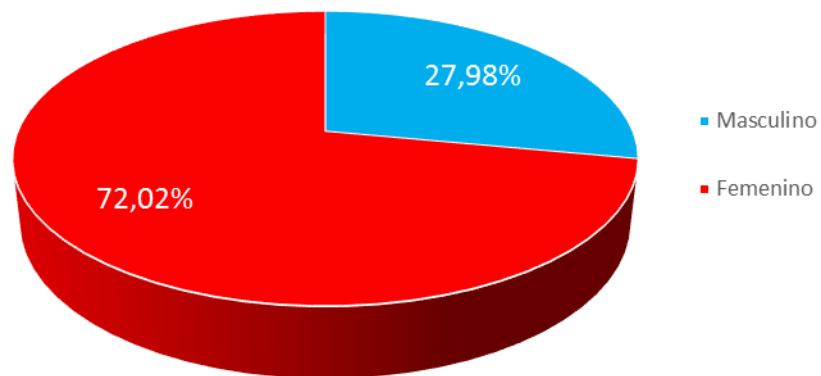
4.1 Resultados

TABLA N° 01: DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO DE SANTA VICTORIA QUERECOTILLO-SULLANA, 2013

Sexo	n	%
Masculino	68	27,98
Femenino	175	72,02
Total	243	100,00
Edad (años)	n	%
Adulto Joven (18 años a 29 años)	66	27,16
Adulto Maduro (De 30 a 59 años)	142	58,44
Adulto Mayor (60 a más años)	35	14,40
Total	243	100,00
Grado de Instrucción	n	%
Sin nivel instrucción	46	18,93
Inicial/Primaria	91	37,45
Secundaria Completa/Incompleta	94	38,68
Superior Universitaria	7	2,88
Superior/no universitaria	5	2,06
Total	243	100,00
Ingreso Económico familiar	n	%
Menor de 750	220	90,53
De 751 a 1000	23	9,47
De 1001 a 1400	00	0,00
De 1401 a 1800	00	0,00
De 1801 a más	00	0,00
Total	243	100,00
Ocupación	n	%
Trabajador estable	10	4,12
Eventual	211	86,83
Sin ocupación	6	2,47
Jubilado	10	4,12
Estudiante	6	2,47
Total	243	100,00

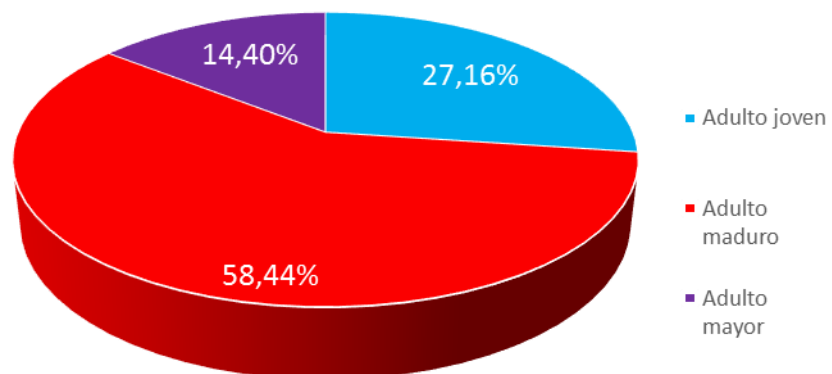
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vilchez, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 01: SEXO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



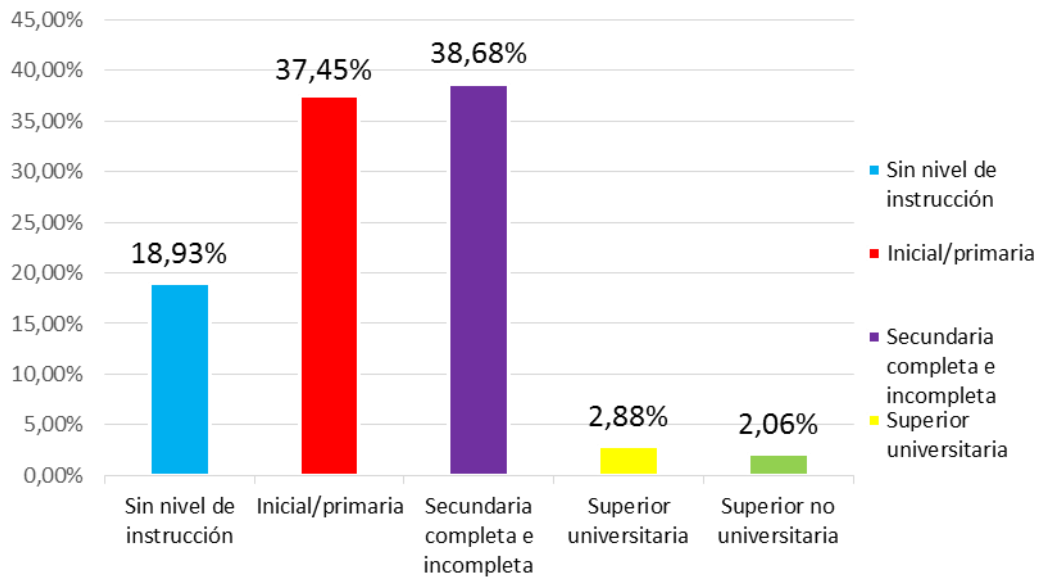
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 02: EDAD EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



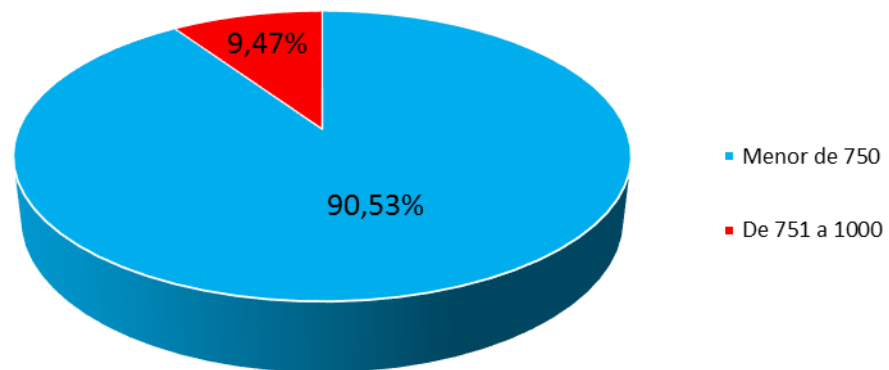
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 03: GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



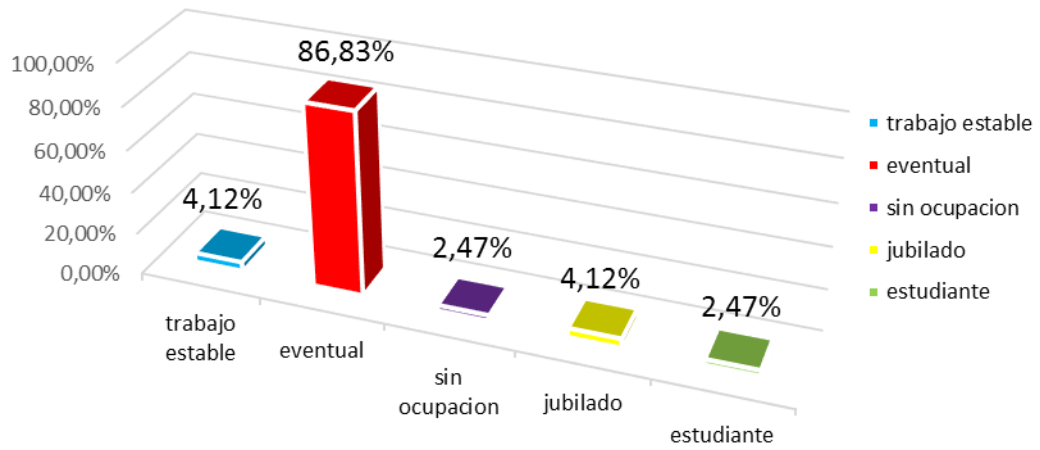
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 04: INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 05: OCUPACIÓN EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

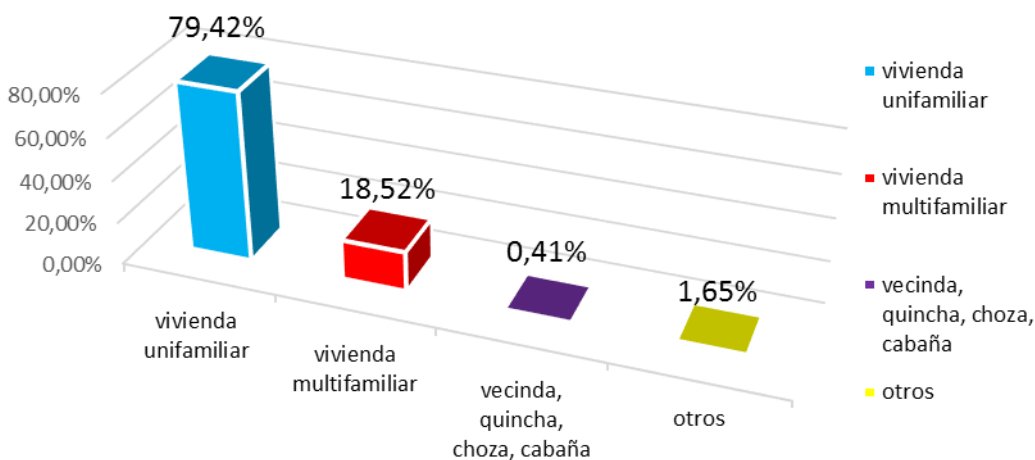
TABLA N° 02: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013

Tipo	n	%
Vivienda Unifamiliar	193	79,42
Vivienda multifamiliar	45	18,52
Vecindada, quinta choza, cabaña	1	0,41
Local no destinada para habitación humana	0	0,00
Otros	4	1,65
Total	243	100,00
Tenencia	n	%
Alquiler	12	4,94
Cuidador/alojado	10	4,12
Plan social (dan casa para vivir)	1	0,41
Alquiler venta	1	0,41
Propia	219	90,12
Total	243	100,00
Material de piso	n	%
Tierra	183	75,31
Entablado	00	0,00
Loseta, vinílicos o sin vinílicos	00	0,00
Láminas asfálticas	54	22,22
Parquet	6	2,47
Total	243	100,00
Material de Techo	n°	%
Madera, estera	00	0,00
Adobe	5	2,06
Estera y adobe	1	0,41
Material noble ladrillo y cemento	1	0,41
Eternit/Calaminas	236	97,12
Total	243	100,00
Material de las Paredes	n	%
Madera, estera	33	13,58
Adobe	122	50,21
Estera y adobe	40	16,46
Material noble ladrillo y cemento	48	19,75
Total	243	100,00
N° de Personas que Duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	26	10,70
2 a 3 miembros	134	55,14
Independiente	83	34,16
Total	243	100,00
Abastecimiento de Agua	n	%
Acequia	1	0,41
Cisterna	2	0,82
Pozo	39	16,05
Red pública	77	31,69
Conexión domiciliaria	124	51,03
Total	243	100,00

Eliminación de Excretas	n	%
Aire libre	00	0,00
Acequia , canal	1	0,41
Letrina	229	99,24
Baño público	3	1,23
Baño propio	10	4,12
Otros	00	0,00
Total	243	100,00
Combustible para Cocinar	n	%
Gas, Electricidad	54	22,22
Leña, Carbón	188	77,37
Bosta	1	0,41
Tuza (coronta de maíz)	00	0,00
Carca de vaca	00	0,00
Total	243	100,00
Energía Eléctrica	n	%
Sin energía	2	0,82
Lámpara (no eléctrica)	00	0,00
Grupo electrógeno	00	0,00
Energía eléctrica temporal	9	3,70
Energía eléctrica permanente	232	95,48
Vela	00	0,00
Total	243	100,00
Disposición de Basura	n	%
A campo abierto	80	32,92
Al río	00	0,00
En un pozo	1	0,41
Se entierra, quema, carro recolector	162	66,67
Total	243	100,00
Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa	n	%
Diariamente	00	0,00
Todas las semana pero no diariamente	00	0,00
Al menos 2 veces por semana	00	0,00
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas/Nunca	243	100,00
Total	243	100,00
Suelen eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	n	%
Carro recolector	4	1,65
Montículo o campo limpio	171	70,37
Contenedor específicos de recogida	2	0,82
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,00
Otros	66	27,16
Total	243	100,00

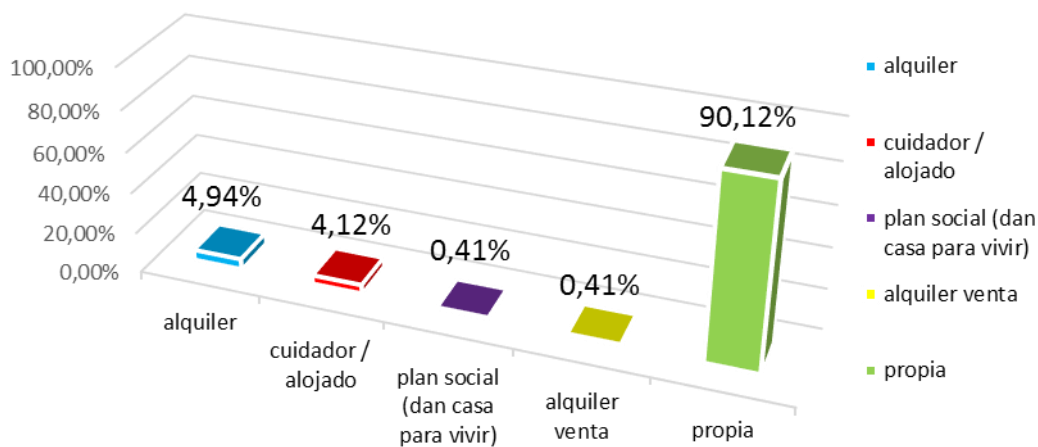
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 06.1: TIPO DE VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



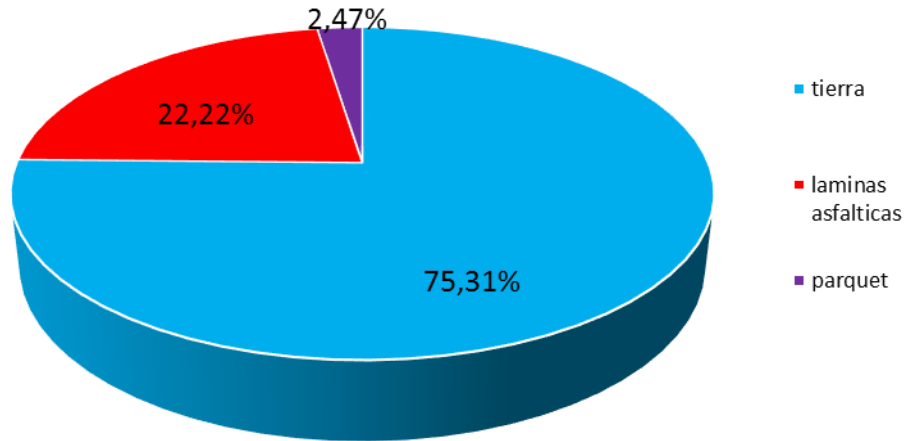
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 06.2: TENENCIA DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



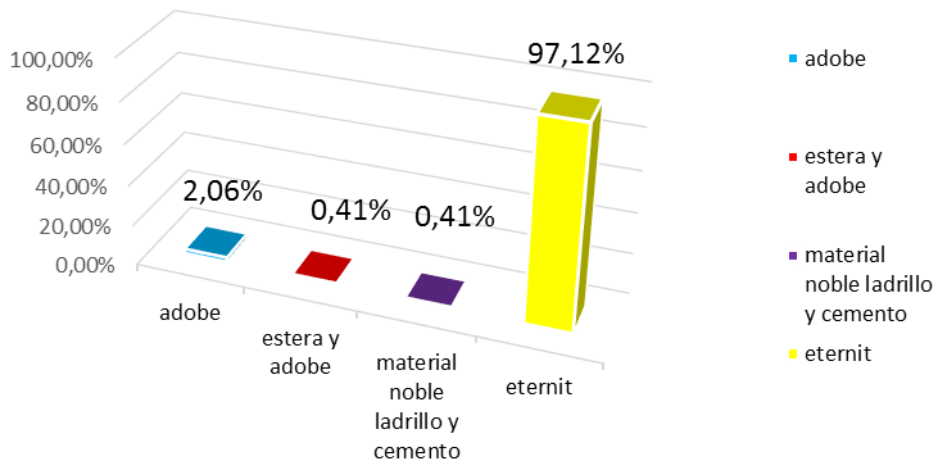
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 06.3: MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



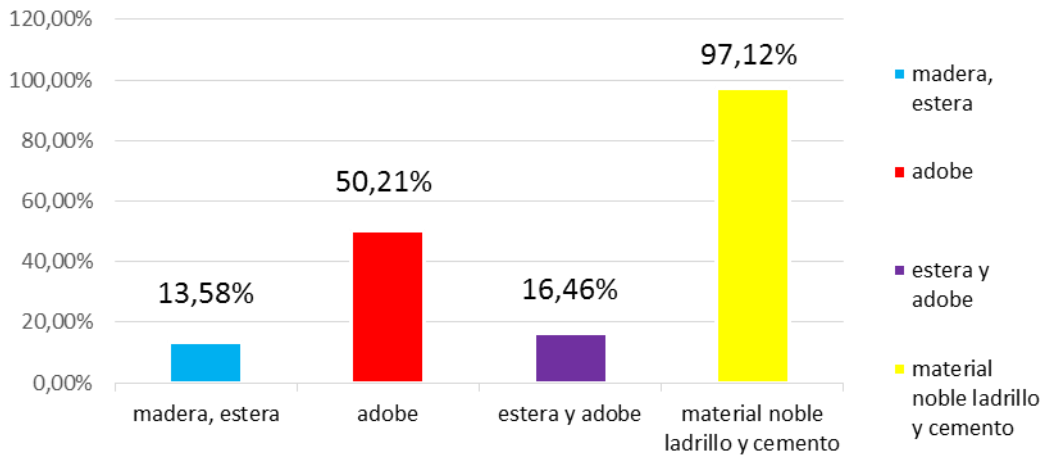
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 06.4: MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



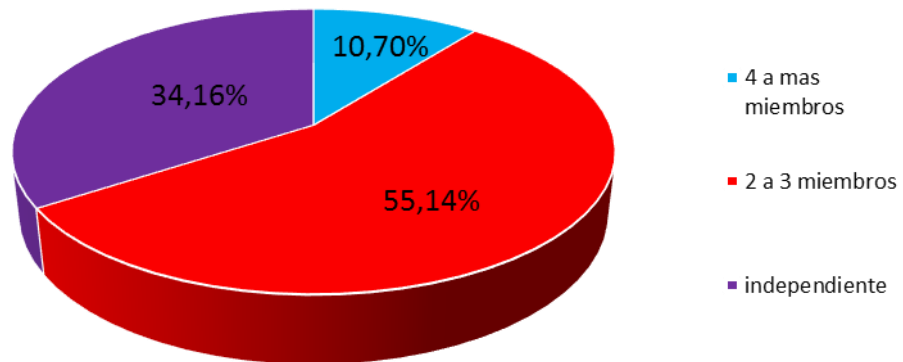
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 06.5: MATERIAL DE PAREDES DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



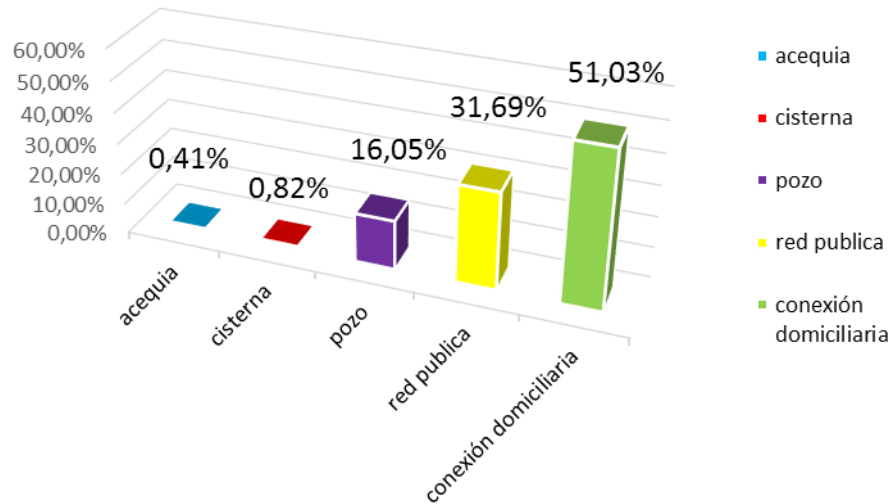
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 06.6: NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



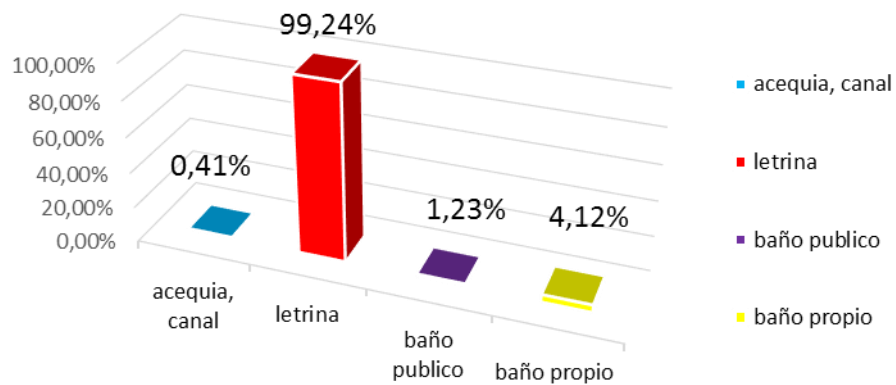
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 7: ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



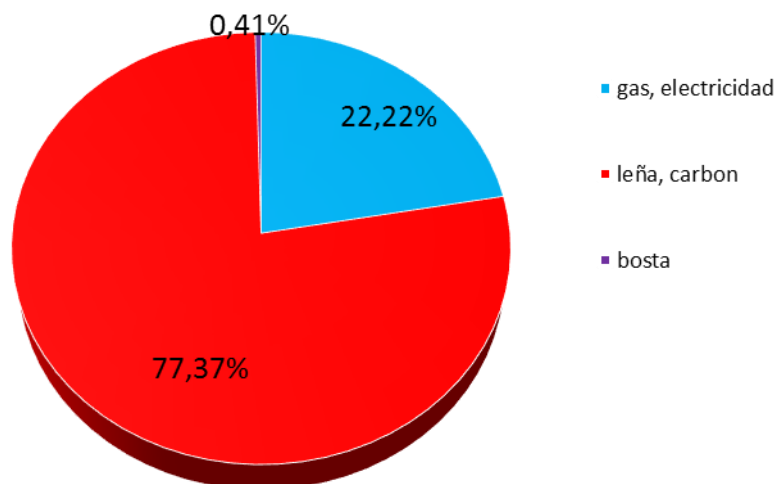
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 8: ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



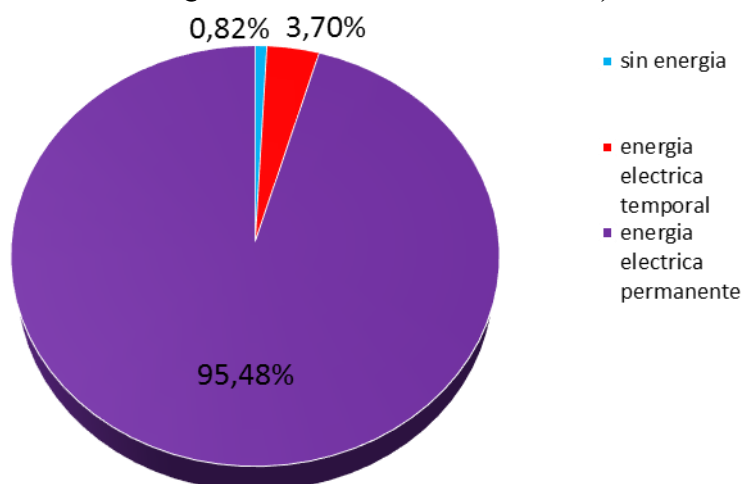
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 9: COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



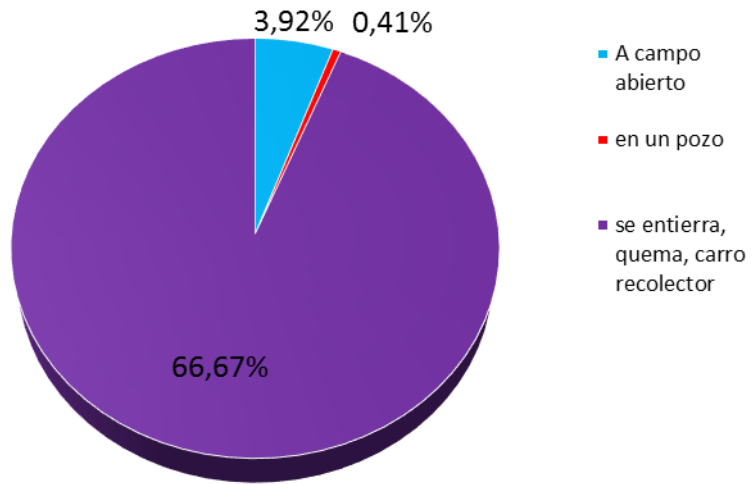
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 10: ENERGÍA ELÉCTRICA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



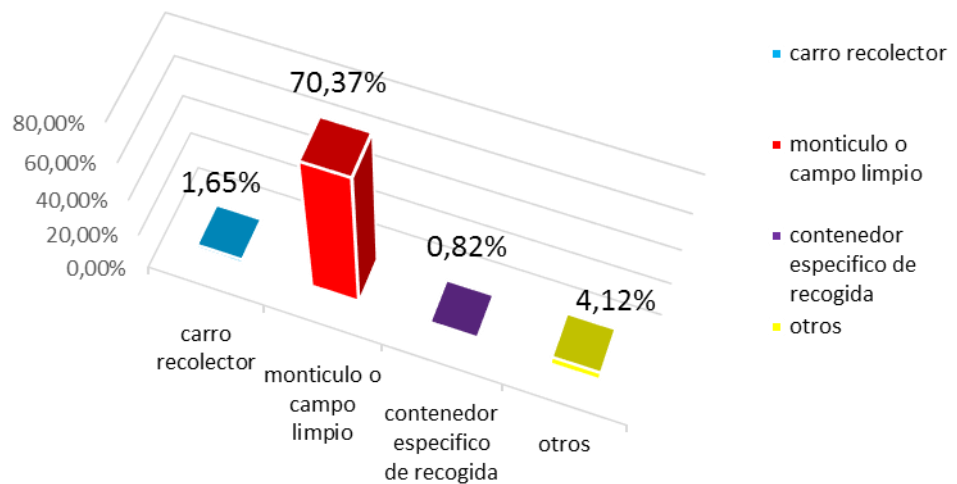
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 11: DISPOSICIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 12: ELIMINACIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 201

TABLA N° 03: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013

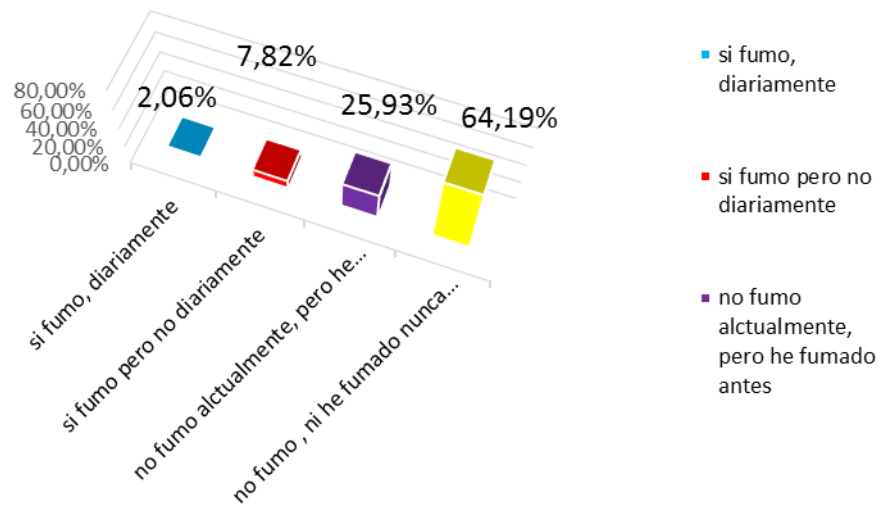
Fuma actualmente:	n	%
Si fumo, diariamente	5	2,06
Si fumo, pero no diariamente	19	7,82
No fumo actualmente, pero he fumado antes	63	25,93
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	156	64,19
Total	243	100,00
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n	%
Diario	3	1,23
Dos a tres veces por semana	8	3,29
Una vez a la semana	4	1,65
Una vez al mes	13	5,35
Ocasionalmente	107	44,03
No consumo	108	44,44
Total	243	100,00
N° de horas que duerme	n	%
6 a 8 horas	186	76,54
08 a 10 horas	54	22,22
10 a 12 horas	3	1,23
Total	243	100,00
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	239	98,35
4 veces a la semana	4	1,65
No se baña	00	0,00
Total	243	100,00
Se realiza Ud. Algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	n	%
Si	117	48,15
No	126	51,85
Total	243	100,00
Actividad física que realiza en su tiempo libre	n	%
Camina	176	72,43
Deporte	34	13,99
Gimnasia	00	0,00
No realizo	33	13,38
Total	243	100,00
En las dos últimas semanas que actividad física realizo durante más de 20 minutos	n	%
Caminar	169	69,55
Gimnasia suave	00	0,00
Juegos con poco esfuerzo	1	0,41
Correr	7	2,88
Deporte	16	6,58
Ninguna	50	20,58
Total	243	100,00

TABLA N° 03: ALIMENTACIÓN EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013

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	111	45,68	67	27,57	58	23,87	3	1,23	4	1,95	243	100,00
Carne	45	18,52	146	60,08	48	19,75	4	1,65	0	00	243	100,00
Huevos	125	51,44	55	22,63	35	14,40	24	9,88	4	1,95	243	100,00
Pescado	44	18,11	116	47,74	40	16,46	31	12,76	12	4,94	243	100,00
Fideos, arroz	114	46,91	82	33,74	36	14,81	9	3,70	2	0,83	243	100,00
Pan, cereales	18	7,41	49	20,16	70	28,81	78	32,10	28	12,14	243	100,00
Verduras, hortalizas	96	39,51	87	35,80	53	21,81	4	1,65	3	1,23	243	100,00
Legumbres	38	15,64	92	37,86	86	35,39	24	9,88	3	1,23	243	100,00
Embutidos y enlatados	4	1,65	11	5,53	51	20,99	78	32,10	99	40,74	243	100,00
Productos Lácteos	91	37,45	61	25,10	57	23,46	24	9,88	10	4,12	243	100,00
Dulces y gaseosa	2	0,82	24	9,88	43	17,70	108	44,44	66	27,16	243	100,00
Refrescos con azúcar	21	8,64	38	15,64	73	30,04	75	30,86	36	14,81	243	100,00
Frituras	29	11,93	82	33,74	80	32,92	43	17,70	9	3,70	243	100,00

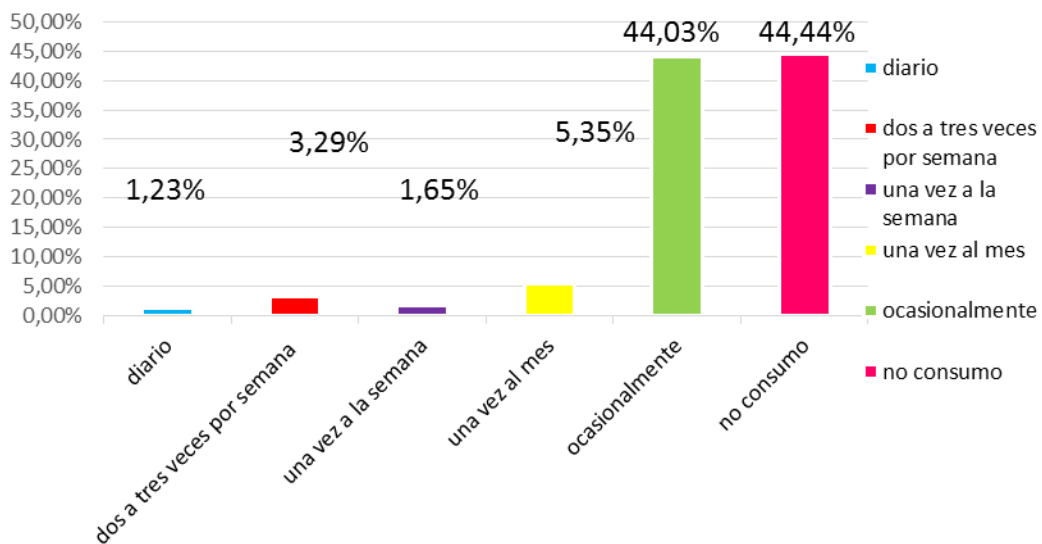
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria-Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 13: FUMA ACTUALMENTE LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



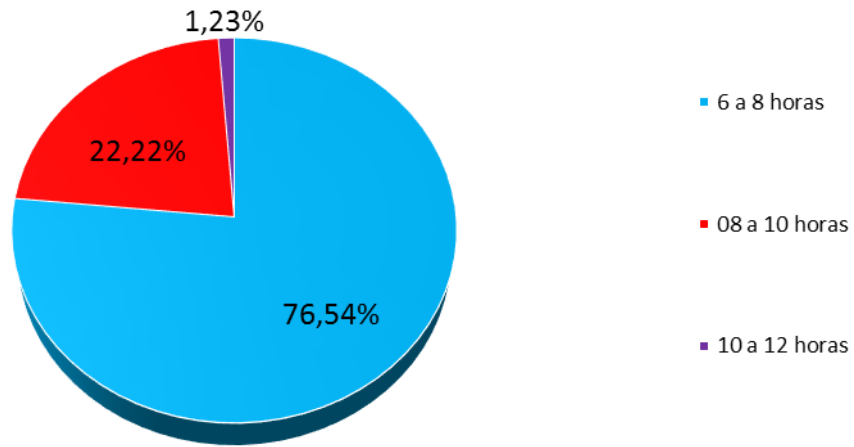
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 14: FRECUENCIA QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



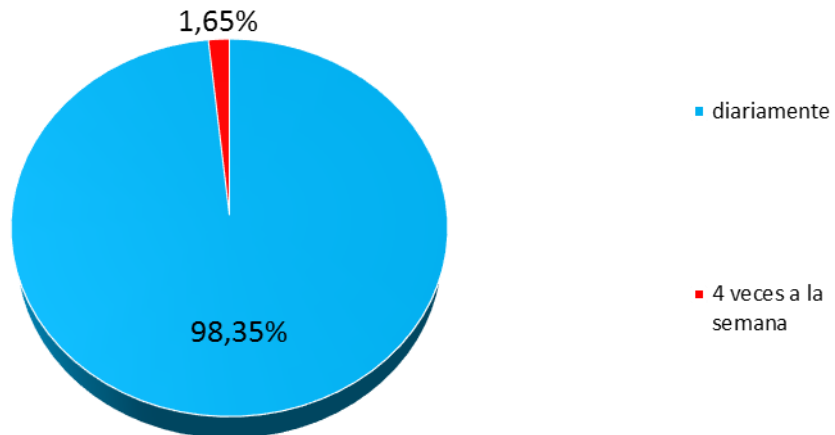
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 15: NÚMERO DE HORAS QUE DUERME LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



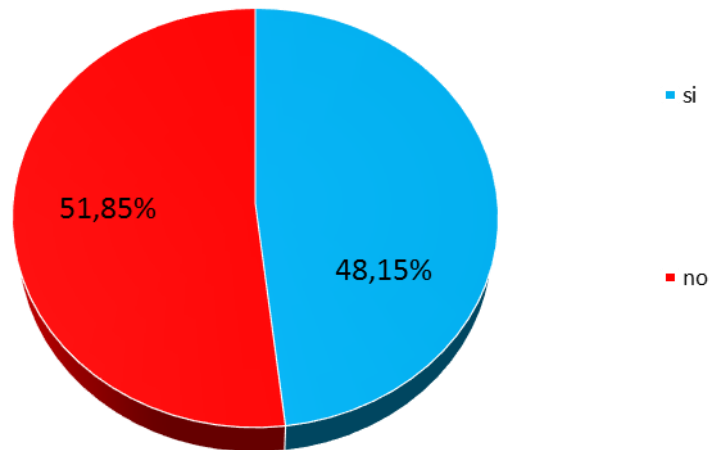
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 16: FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑA LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



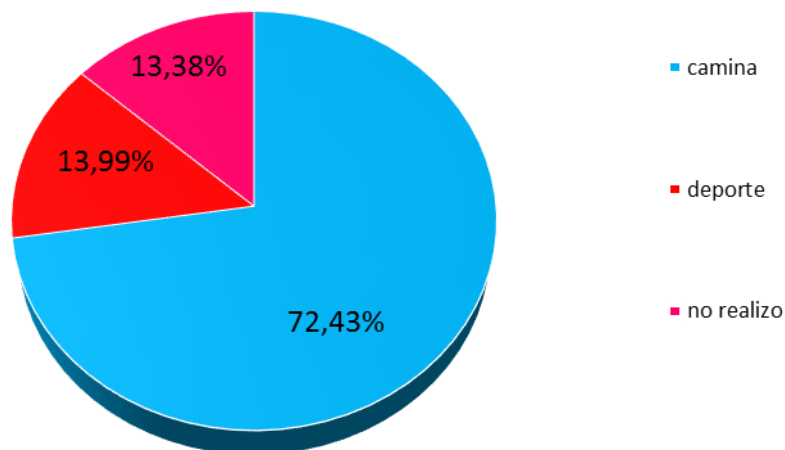
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 17: EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



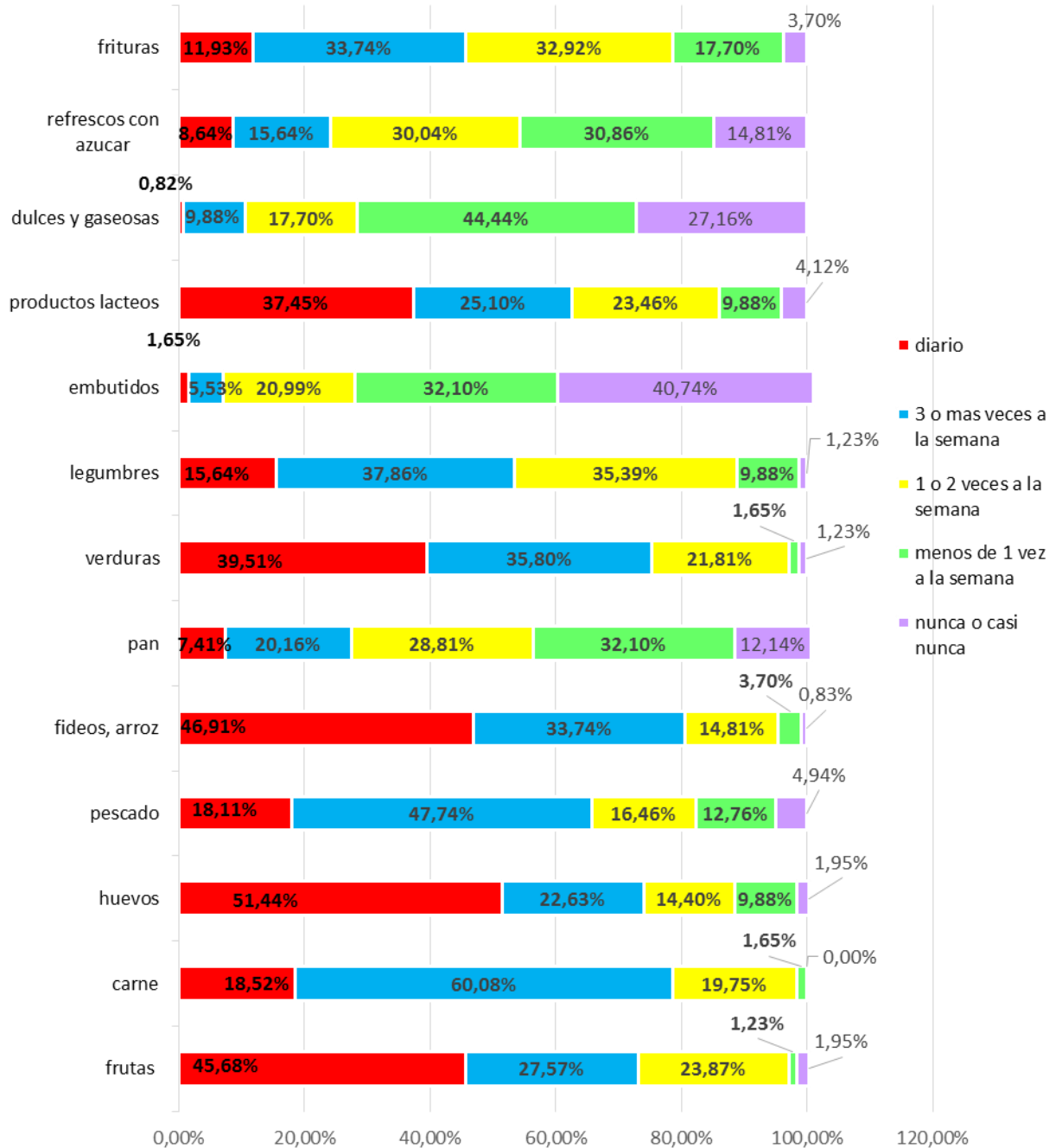
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 18: ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 19: FRECUENCIA QUE CONSUME LOS ALIMENTOS LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



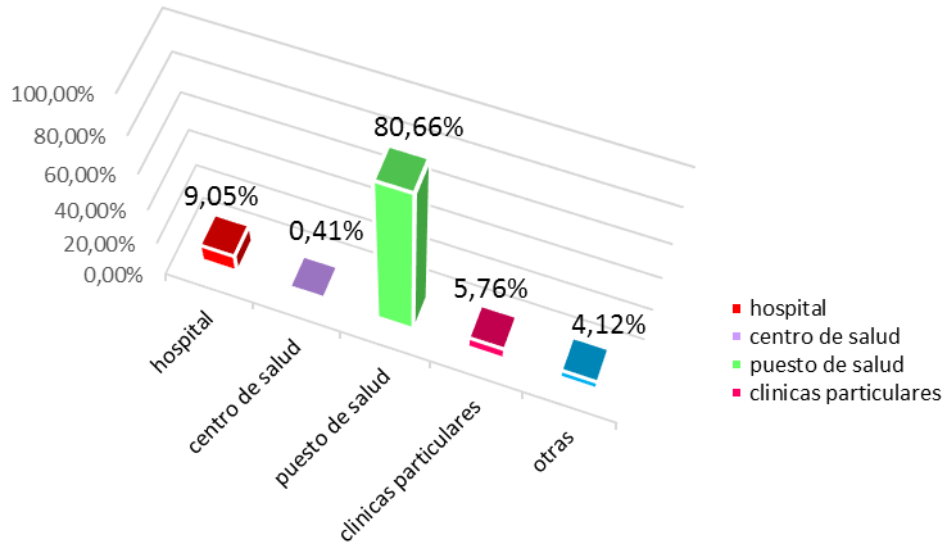
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria-Querecotillo-Sullana, 2013.

TABLA N° 04: DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses:	n	%
Hospital	22	9,05
Centro de salud	1	0,41
Puesto de salud	196	80,66
Clínicas particulares	14	5,76
Otros/no	10	4,12
Total	243	100,00
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n	%
Muy cerca de su casa	77	31,69
Regular	121	49,79
Lejos	18	7,41
Muy lejos de su casa	25	10,29
No sabe	2	0,82
Total	243	100,00
Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	8	3,29
SIS-MINSA	166	68,31
SANIDAD	1	0,41
Otros/No cuentan	68	27,98
Total	243	100,00
El tiempo que espero para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	9	3,70
Largo	37	15,23
Regular	121	49,79
Corto	69	28,40
Muy corto	4	1,65
No sabe	3	1,23
Total	243	100,00
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	n	%
Muy buena	13	5,35
Buena	132	54,32
Regular	91	37,45
Mala	4	1,65
Muy mala	3	1,23
No sabe	00	00,0
Total	243	100,00
Pandillaje o delincuencia cerca a su casa:	n	%
Si	4	1,65
No	239	98,35
Total	243	100,00

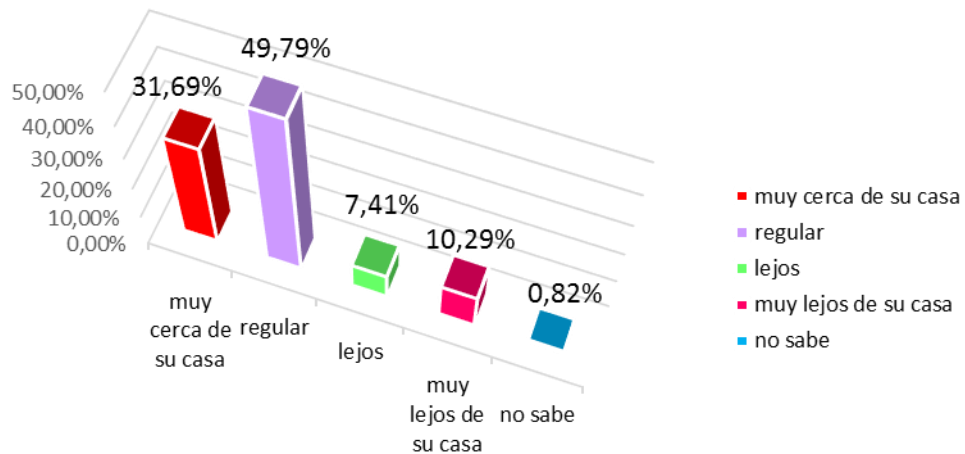
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 20: INSTITUCIÓN EN LA QUE SE ATENDIÓ EN LOS ÚLTIMOS MESES LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



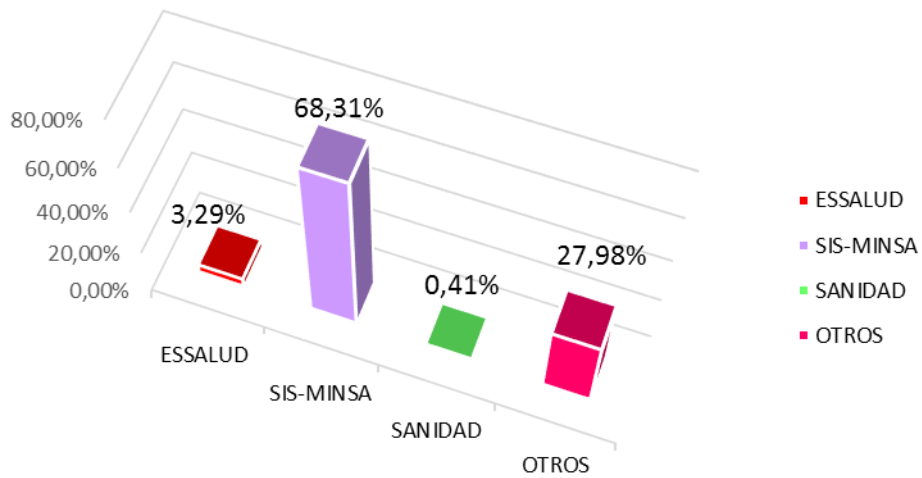
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 21: CONSIDERACIÓN DE DISTANCIA DONDE SE ATENDIÓ LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



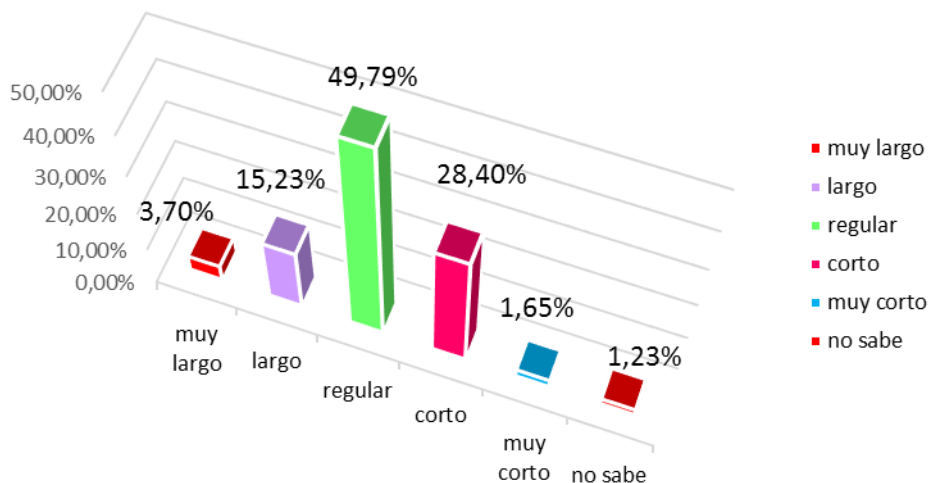
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013

GRÁFICO N° 22: TIPO DE SEGURO QUE TIENE LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



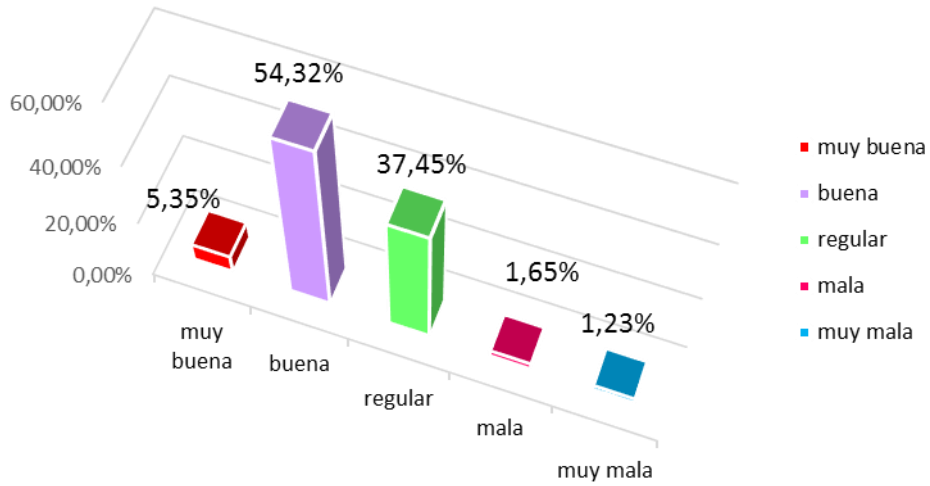
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 23: TIEMPO QUE ESPERO PARA ATENDERSE LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



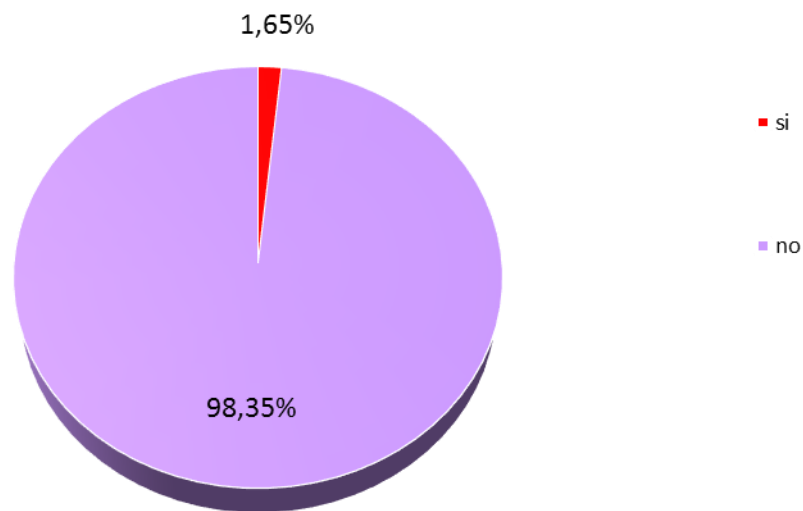
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 24: CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 25: EXISTE PANDILLAJE CERCA DE LA CASA DE LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



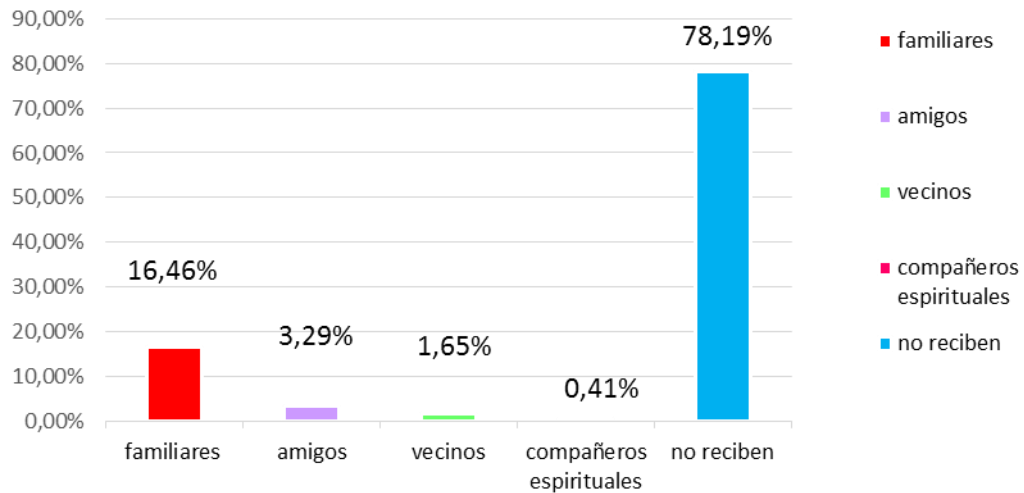
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

TABLA N° 05: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013

Recibe algún apoyo social natural:	n	%
Familiares	40	16,46
Amigos	8	3,29
Vecinos	4	1,65
Compañeros espirituales	1	0,41
Compañeros de trabajo	00	00,0
No recibo	190	78,19
Total	243	100,00
Recibe algún apoyo social organizado:	n	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	00,0
Seguridad social	0	00,0
Empresa para la que trabaja	0	00,0
Instituciones de acogida	0	00,0
Organizaciones de voluntariado	0	00,0
No recibo	243	100,0
Total	243	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 26: RECIBE APOYO SOCIAL NATURAL LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



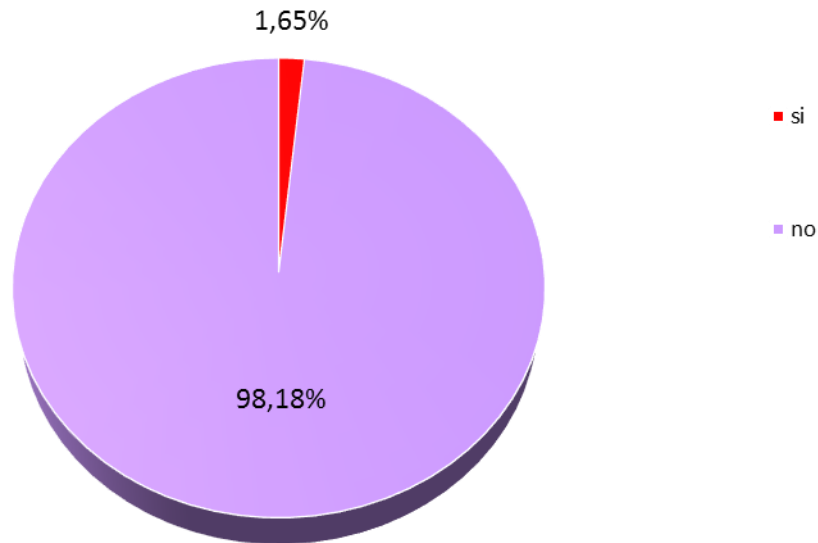
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria-Querecotillo-Sullana, 2013.

TABLA N° 06: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013

Apoyo social de las organizaciones	SI		NO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Pensión 65	4	1,65	239	98,18	243	100,00
Comedor popular	2	0,82	241	99,18	243	100,00
Vaso de leche	1	0,41	242	99,59	243	100,00
Otros	1	0,41	242	99,59	243	100,00

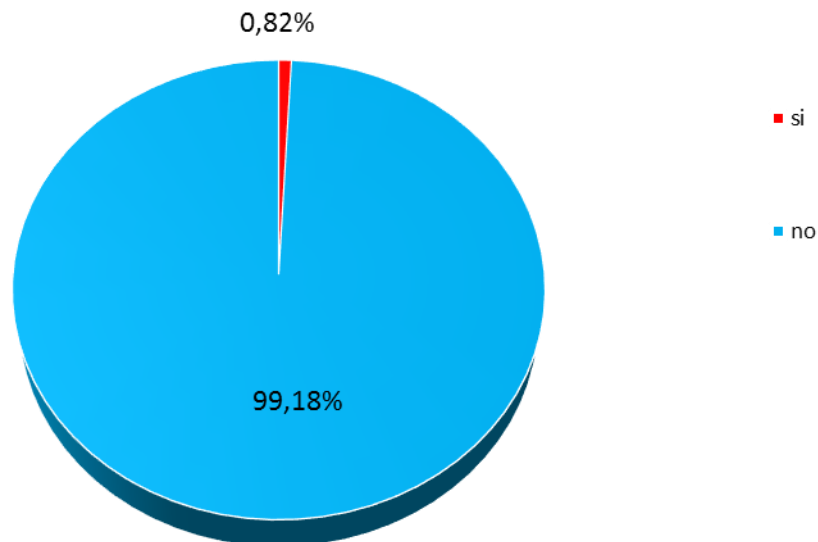
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 27.1: RECIBE PENSIÓN 65 LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



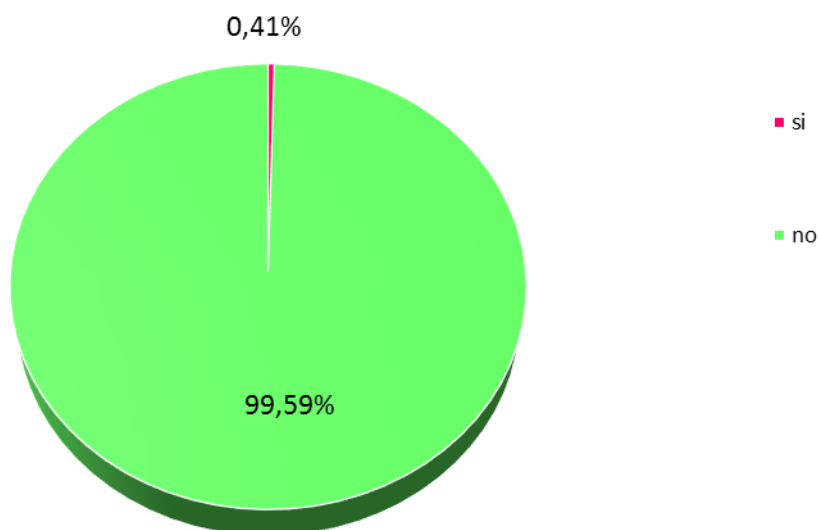
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 27.2: RECIBE APOYO DEL COMEDOR POPULAR LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



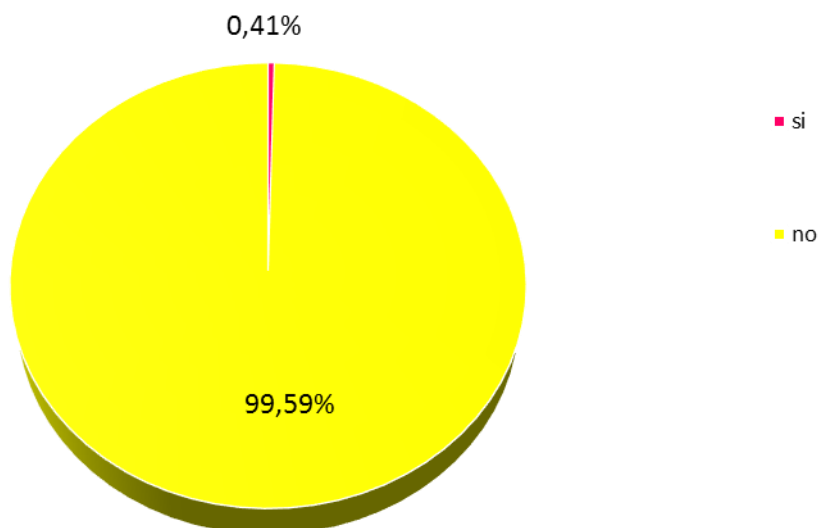
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 27.3: RECIBE APOYO DEL VASO DE LECHE LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

GRÁFICO N° 27.4: RECIBE APOYO DE OTRAS ORGANIZACIONES LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

4.2. Análisis de Resultados

A continuación se presenta el análisis de los resultados de las variables de las determinantes de la salud de la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013.

En la tabla N° 01: con respecto a los determinantes de la salud biosocioeconómicos podemos observar que en los Adultos del Centro Poblado Santa Victoria–Querecotillo-Sullana, 2013, el 72,02% son de sexo femenino, el 58,44% de las personas adultas son adultos maduros, respecto al grado de instrucción se observa que el 38,68% tienen grado de instrucción secundaria completa /incompleta, además el 90,53% tienen un ingreso económico menor de 750 soles mensuales y el 86,83% son trabajadores eventuales.

Los resultados de la presente investigación se asemejan por Luciano F, Reyes S. (42), quienes estudiaron sobre los estilos de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta en el Asentamiento Humano Tres Estrellas Chimbote - 2009. Encontrando con el 56,1% en la etapa adulto maduro, el 34,8% tiene secundaria completa/incompleta, el 73,6% son de sexo femenino excepto ingreso económico de 600 a 1000 nuevos soles.

Estos resultados difieren por Hadad, N. (43), en su estudio relacionados con Determinantes Sociales de la salud de la Madre, Lima 2010; en donde se destacó que el 13% tienen nivel secundario, el 83,3% de la población tiene ingresos económicos de 600 a 1000 nuevos soles, el 76,6% de la población tiene tenencia de trabajo estable.

En el campo de enfermería Florencia Nightingale, fue una de las precursoras en intervenir sobre los Determinantes Sociales de la Salud, ya que mejoro la salud de muchas personas cuidando el medio físico donde se encontraban, con limpieza, ventilación, aire. Y también fue pionera en el estudio epidemiológico sobre la población, informando acerca de las condiciones sanitarias en zonas rurales y utilizando la estadística para ver el resultado de las intervenciones. Finalmente, Nightingale destacó la importancia de la promoción (44).

Sexo es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina (conocidas como sexos). El sexo de un organismo se define por los gametos que produce: el sexo masculino produce espermatozoides mientras que los de sexo femenino producen óvulos (45).

En los resultados se observa que la mayoría son de sexo femenino, resultado que nos estaría indicando que el hecho de ser mujer por las características propias de edad reproductiva puede ser un periodo de riesgos para la salud que son más vulnerables a la depresión, ansiedad y enfermedades como las infecciones de transmisión sexual, problemas de salud asociados al embarazo y parto etc.

La edad, con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La noción de edad brinda la posibilidad, entonces, de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales (46).

Etapa adulta madura o madurez media: periodo entre los 40 y 65 años; según Erikson se caracteriza por el desarrollo de los demás, sean propios hijos o a las generaciones más jóvenes. Es aquel individuo, hombre o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, psicológicamente ha adquirido una conciencia, el desarrollo de su inteligencia y económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras en las personas adultas maduras. Para facilitar su estudio se divide la edad adulta en tres parte: 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 (47).

En los resultados se observa que más de la mitad son adultos maduros las cuales están involucrando diferentes cambios y adaptaciones. Por otro lado vulnerable a la sobrecarga de trabajo; asimismo pueden tener graves repercusiones en diversos aspectos de la salud física y mental.

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 (48).

Al analizar la variable grado de instrucción se encontró que menos de la mitad de personas adultas tienen secundaria Incompleta/Completa, esto puede deberse a que el adulto no tuvo la oportunidad de concluir sus estudios secundarios y emprender una carrera profesional por motivos de índole económico, lo cual puede condicionar a tener menor probabilidad de acceder a un posicionamiento social que le permita acceder con equidad en salud, también puede ser motivos de índole vocacional, sociocultural o porque decidió emprender en el ámbito comercial independiente y entendiendo que la educación desempeña un papel clave.

Ingreso económico son todas las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, ya sea pública o privada, individual o grupal. En términos más generales, los ingresos son los elementos tanto monetarios como no monetarios que se acumulan y que generan como consecuencia un círculo de consumo-ganancia (49).

El ingreso económico es la cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. Son fuentes de ingresos económicos, los sueldos, salarios, dividendos, ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás (50).

Según en la investigación se encontró que la mayoría tienen un ingreso menor de 750 soles, siendo este el resultado del esfuerzo físico que realiza el responsable del ingreso económico de la familia.

Ocupación: Por una parte se entiende la ocupación como un proceso (la acción y efecto de). Además el estudio de la ocupación, desde el punto de vista de su poder para promover el bienestar, conservar o recuperar la salud y propiciar la calidad de vida familiar, educativa, laboral y social. La ocupación se expresa en motivación, interés y compromiso de las actividades físicas y mentales, que puede llegar al grado en que la persona se desentiende del tiempo que pueda tomar la ejecución, “la ocupación cuando es revestida de significado resulta altamente potente para transformar la vida” (51).

En los resultados se observa la mayoría trabajo eventual son pocas las personas que cuentan con otro tipo de ingreso económico por que la mayoría de la población se dedica a la agricultura, obreros y comercialización de sus productos.

En la investigación realizada en el Centro Poblado Santa Victoria – Querecotillo-Sullana, se encontró que las población en su mayoría son migrantes de la provincia de Sullana y sus alrededores, tienen características socioeconómicas particulares, al ser de una zona rural costeña cercana a la ciudad de Sullana.

En la tabla N° 02: sobre los determinantes de la salud relacionados con la vivienda podemos observar que en los Adultos del Centro Poblado Santa Victoria-Querecotillo-Sullana, 2013, el 79,42% de ellos tienen una vivienda unifamiliar, el 90,12% de las personas adultas tienen una vivienda propia, el 75,31% de las viviendas tienen piso de tierra, además el 97,12% de las viviendas tienen techo de plancha de Eternit calamina, así también el 50,21% de las viviendas tienen sus paredes de adobe. En cuanto al número de personas que duermen en una habitación el 55,14% la utilizan de 2 a 3 miembros.

Además encontramos el 51,03% se abastece de agua conexión domiciliaria. Respecto a la eliminación de excretas se observa que el 99,24% utiliza las letrinas. En cuanto al combustible que se utiliza para cocinar los alimentos el 77,37% utiliza leña y carbón. El 95,48% cuenta con energía eléctrica permanente. Así mismo se observa que el 66,67% entierra, quemar su basura. También se observa que el 100,00% afirma que nunca pasan recogiendo la basura, así mismo se observa que el 70,37% elimina su basura en montículos o campo libre.

Los resultados de la presente investigación se asemejan por Garay, N. (52), en su estudio “Determinantes de la salud en la persona adulta de la asociación el Moro II. Tacna, 2013”, donde se destacó que el 70,3% tiene vivienda unifamiliar, el 89,4 % cuenta con casa propia, el 95% tiene Eternit/ calamina,

el 72% utilizan leña para cocinar; el 66,2% cuenta con material de las paredes de adobe, abastecimiento de agua el 78,6% cuenta con conexión domiciliaria y baño de letrina. En lo concerniente a la energía eléctrica el 85% cuenta con energía eléctrica permanente.

Los resultados se asemejan a lo investigado por Alzate E, Vélez M, López Y. (53), quienes investigaron sobre la Vivienda Nueva Rural enmarcada en la Estrategia de Vivienda Saludable: Copacabana, Antioquia (Colombia) –2011. Se encontró que el 93,1% de viviendas tiene cobertura de energía, el 70% utilizan leña y madera como combustible para la cocción de alimentos, el 58,3% de la población cuenta con vivienda propia, el 100% cuenta con techo de Eternit/calamina.

Vivienda, se denomina a la obra arquitectónica humana, que cumple las necesidades básicas del hombre actual, con un mínimo de confort, que asegura reparo contra el frío, mínimas necesidades de privacidad para el desarrollo de las personas y la familia. Donde deben brindar seguridad, protección, intimidad y contribuir al bienestar de todas las personas que la habitan (54).

Según en la investigación se encontró que la mayoría cuenta con vivienda propia, unifamiliar; esto puede deberse que anteriormente en el Centro Poblado Santa Victoria-Querecotillo, se inició mediante invasiones aprovechando que era una zona descampada; conforme se fue habitando con el transcurrir del tiempo les facilitaron para que logren adquirir su título de propiedad.

Los pisos de la vivienda, se refiere al material de construcción de la mayor parte de los pisos de las habitaciones de la vivienda, como: tierra, cemento; losetas, terrazos, cerámicos o similares; parquet o madera pulida; madera (pona, tornillo, etc.); laminas asfálticas, vinílicos o similares u otro material (55).

La mayoría de viviendas cuenta con piso de tierra, ya que son zonas rurales donde carecen de recursos económicos para realizar viviendas de material noble donde debe brindar seguridad, protección, intimidad y contribuir al bienestar de cada una de las personas que lo habitan.

No todas las viviendas son diseñadas de la misma manera, pues algunas son de material precario como las esteras, cartón, etc. también de la exposición en la vivienda a ácaros de polvo, humo ambiental de tabaco, monóxido de carbono, crecimiento de hongos, seguridad y efectos del plomo las cuales no son beneficiosas si hay ancianos en casa, pueden también causar enfermedades respiratorias, cefaleas, depresión, ansiedad lo que puede conllevar a enfermedades mayores en las personas más vulnerables. Una vivienda saludable y adecuada, es una condición que influye de manera favorable a la salud física y emocional del adulto mayor, que a su vez se contaba con los servicios básicos funcionales (como luz, agua, drenaje, gas, transporte etc.) necesarios para proteger y generar un bienestar en la salud de los adultos (56).

Los techos, deben proporcionar protección y seguridad para evitar el ingreso del agua de lluvia y de animales tales como ratas o murciélagos que generan enfermedades como la leptospirosis y la rabia. Su diseño debe permitir el ingreso del sol, luz, iluminación y ventilación para evitar ambientes húmedos y poco ventilados. La humedad propicia enfermedades respiratorias (56).

Los resultados obtenidos en la investigación la mayoría cuentan con techo de eternit/calamina y más de la mitad las paredes son de adobe, el número de personas que duermen en una habitación son 2 a 3 miembro lo cual las personas de dicho lugar deben tener conocimiento de la importancia que cada miembro debe tener su habitación especialmente los padres.

Abastecimiento de agua viene a ser el conjunto de tuberías, instalaciones y accesorios destinados a conducir las aguas requeridas a una población determinada para satisfacer sus necesidades. El sistema de abastecimiento de agua se clasifica dependiendo del tipo de usuario, urbano o rural. Los sistemas de abastecimientos rurales suelen ser sencillos y no cuentan en su mayoría con red de distribución sino que utilizan “Piletas Publicas” o llaves para uso común como las aguas subterráneas captadas mediante una bomba manual o hidráulica. Los sistemas de abastecimiento urbano son sistemas complejos que cuentan con una serie de componentes: Fuente, línea matriz, Red de distribución etc. (57).

Los resultados obtenidos en la presente investigación relacionados con el abastecimiento del agua, se observó que más de la mitad de las personas adultas cuentan con agua mediante conexión domiciliaria, que les permite hacer uso de mayores volúmenes de agua dentro de la vivienda, superando la falta de acceso básico debido a las distancias y al tiempo de recolección del agua que si se dan en algunas viviendas, dando lugar al uso de volúmenes inadecuados para la higiene básica personal y para el consumo humano.

El humo de los biomateriales contiene cantidades significativas de varios contaminantes para la salud como monóxido de carbono, partículas, hidrocarburos, y en mayor grado óxidos de nitrógeno (58).

Según en la investigación se encontró que la mayoría cocina a leña y a carbón. En la actualidad la mayoría de familias hacen uso del combustible como es el gas para la preparación de sus alimentos; ahorrando tiempo empleado en la cocina; Estos resultados nos estarían indicando que el factor económico no les permite obtener combustibles más saludables, o por razones culturales que incluyen creencias y costumbres. La inhalación de humo en el interior de las viviendas pueden generar un riesgo para la salud de población como el de contraer neumonía y otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores.

En los resultados obtenidos Centro Poblado Santa Victoria-Querecotillo-Sullana, se encontró que la mayoría de la población está expuesta a los desechos de basura por el motivo que el carro recolector no pasa con frecuencia (1 vez al mes o nunca) y es eliminada a campo abierto, la queman o en muchos casos la entierran, esto es un foco infeccioso, trae consigo la presencia de insectos y roedores, lo cual puede traer consigo la exposición a enfermedades tanto para los niños como adultos.

La prevención primaria requiere reducir el número de insectos y roedores vectores de enfermedades, a los que la basura orgánica y de otro tipo proporciona alimentos lugares para anidar y criaderos. Los aparatos, los vehículos, los somieres y las sustancias toxicas que se tiran sin las adecuadas precauciones aumentan el riesgo de accidentes mortales, envenenamientos, asfixia, cortes y otros traumatismos con las consiguientes infecciones, especialmente en el caso de los niños que ignoran el peligro.

En la tabla N° 03: Respecto a los determinantes de los estilos de vida podemos observar que en los Adultos del Centro Poblado Santa Victoria-Querecotillo-Sullana, 2013. El 64,19% no han fumado nunca de manera

habitual. Así como el 44,44% no consumen bebidas alcohólicas. El 76,54% de las personas adultas duerme de 6 a 8 horas diarias. El 98,35% se baña diariamente. Así también el 51,85% no se ha realizado ningún examen médico periódicamente. El 72,43% camina en su tiempo libre como actividad física. Así mismo el 69,55% en las 2 últimas semanas no ha realizado ninguna actividad física por más de 20 minutos.

Respecto a la dieta alimenticia que consumen se observa que diariamente el 45,68% frutas, el 51,44% huevos, el 46,91% fideos/arroz, el 39,51% verduras/hortalizas, el 37,45% productos lácteos, También se encontró el 60,08 % consume carne 3 o más veces a la semana al igual el 47,74% pescado, el 37,86 legumbres y el 33,75% consumen frituras, luego se encontró el 32,10% menos de 1 vez a la semana consumen pan/cereales, el 44,44 % dulces y gaseosas, el 30,86% refrescos con azúcar y el 40,74% casi nunca consumen embutidos enlatados.

Los resultados obtenidos se asemejan por Sánchez Guerrero G. (59), en su estudio denominado sobre los determinantes de la salud de la persona adulta del Caserío Somate Centro-Bellavista-Sullana, 2013. De donde destaco que el 79,71% de las personas adultas no ha fumado nunca de manera habitual. El 91,79% de las personas adultas duerme de 6 a 8 horas diarias. El 99,03% se baña diariamente. Así también el 55,07% no se ha realizado ningún examen médico, el 43,96% no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre de igual manera el 46,86% en las 2 últimas semanas no ha realizado ninguna actividad física por más de 20 minutos; Excepto el 55,07% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente.

Excepto con la dieta alimenticia donde observa que diariamente el 60,87% consume frutas, 41,55% consume carne, 47,83% consume huevos, 40,10%

consumen pescado, 88,89% consume fideos. También se encontró el 28,50% consume pan y cereales 1 o 2 veces a la semana, el 37,20% consume verduras y hortalizas diariamente, y el 33,82 nunca o casi nunca consumen otros alimentos.

Los resultados se asemejan a los encontrados por Balta Meza, G. (60), en su estudio Determinantes de la Salud. Puesto de Salud Nicolás Garatea –Nuevo. Chimbote 2012, en donde se destacó que el 81,4% duermen de 6 a 8 horas, el 60,4% no realizó actividad física durante más de 20 minutos en las 2 últimas semanas, excepto el 87,1% no consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 45,7% caminan en sus actividades físicas en su tiempo libre y el 90,0% consume fideos diario.

Los resultados obtenidos en el presente estudio difieren a los de Martínez E, Martínez L, Saldarriaga L. (61), estudiaron sobre el Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana en Medellín -Colombia 2011. Obteniendo que la proporción general del consumo de tabaco alcanza el 25,5%. El consumo es severo en el 9,6%, moderado en el 7,6% y leve en el 8,3%. El 17,2% fumaron alguna vez, pero abandonaron el hábito, y las personas que nunca han fumado representan el 57,3%. La edad y el nivel socioeconómico no se encontraron asociados al tabaquismo; en cambio, el sexo, la educación, el consumo de alcohol, el sedentarismo, la alimentación poco saludable se encontraron estadística y epidemiológicamente asociados con el hábito de fumar.

Los determinantes del estilo de vida relacionado con la salud son diversos y su estudio puede abordarse desde dos perspectivas bien distintas. La primera, en la que se valoran factores que podríamos denominar individuales y en la que los objetos de estudio son fundamentalmente aspectos biológicos,

factores genéticos y conductuales, así como características psicológicas individuales. La segunda perspectiva parte de aspectos sociodemográficos y culturales, y desde ella se estudia la influencia de factores como el contexto social, económico o el medio ambiente, es decir, diferentes elementos del entorno (62).

El estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales. Los estilos de vida de un grupo social comprenden una serie de pautas de conducta determinadas socialmente y de interpretaciones de situaciones sociales. Estas pautas son desarrolladas y utilizadas por el grupo como mecanismo para afrontar los problemas de la vida. El estilo de vida está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Dichas pautas de comportamiento son puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, están sujetas a modificaciones (63).

Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar o masticar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar (64).

Con respecto al hábito de fumar, se han identificado una serie de etapas. La primera de ellas es la etapa contemplativa, en la cual se forman actitudes y

creencias acerca del consumo de tabaco. La siguiente etapa es la de experimentación, en la cual se incluye el consumo repetido pero irregular de cigarrillo. La tercera etapa hace referencia al uso regular del mismo y por último se encuentra la de adicción, en la que se implica la necesidad fisiológica de consumir nicotina (65).

Examen médico periódico para adultos maduros debe ayudar a alcanzar y mantener un nivel óptimo de salud, identificar si estamos en mayor riesgo de discapacidad y/o vulnerabilidad (fragilidad); y detectar a tiempo riesgos, enfermedades crónicas y disfunciones (aún en etapas sin síntomas). Esto permite realizar intervenciones de salud para evitar la discapacidad, así como valorar la magnitud de la enfermedad y de su impacto en la familia (66).

Según en la investigación se encontró que la mayoría no fuma de manera habitual, duermen de 6 a 8 horas, diariamente se bañan y que menos de la mitad no toma bebidas alcohólicas, luego más de la mitad no se ha realizado examen médico periódicamente, debido a que no cuentan con los medios económicos suficientes para el acceso a un examen preventivo, motivos de limitada organización de tiempo o por creencias y costumbres.

La actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos y que requiere de un “gasto de energía”. Cuando esta actividad es planeada, estructurada y repetida para mantener una buena salud. El ejercicio es necesario para la conservación y el mantenimiento de la salud. La práctica regular del ejercicio, mejora la digestión, el sistema óseo, el sistema circulatorio y por ende, el funcionamiento del corazón y el aporte de energía y nutrientes a todo el organismo (67).

En cuanto a la variable actividad física la mayoría de las personas adultas caminan en su tiempo libre como actividad física y han realizado actividad física más de 20 minutos, estos resultados pueden deberse al interés, de estar físicamente saludables asiendo un deporte sanamente sin ocasionarles algún daño en su salud por la avanzada edad que tienen los habitantes.

La alimentación saludable, hace referencia a la disponibilidad de alimentos, el acceso de las personas a ellos y el aprovechamiento biológico de los mismos. Se considera que un hogar está en una situación de seguridad alimentaria cuando todos sus miembros tienen acceso y disponen de manera sostenida alimentos suficientes en cantidad y calidad según las necesidades biológicas. La seguridad alimentaria existe cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social, y económico a alimentos suficientes, seguros y nutritivos para cubrir sus necesidades nutricionales y las preferencias culturales para una vida sana, activa y saludable (68).

Las proteínas son compuestos orgánicos formados por carbono, hidrógeno, oxígeno y nitrógeno, las encontramos en carnes, huevos, leche y leguminosas principalmente. Son componentes irremplazables dentro de la dieta del hombre ya que éstas contienen aminoácidos esenciales que el organismo no sintetiza. Junto con el agua, son el principal componente de todos los órganos y estructuras del cuerpo (69).

Los carbohidratos o azúcares: son los encargados de aportar la energía necesaria para realizar las actividades diarias, permiten mantener la temperatura corporal y ayudan a la renovación de los tejidos (69).

Los lípidos se encuentran en las grasas y los aceites, los cuales proporcionan energía en gran cantidad, se deben consumir mesuradamente ya que son difíciles de digerir, son una fuente de reserva energética, siendo importantes en la regulación de la absorción de las vitaminas liposolubles (69).

En relación a los alimentos que consumen las personas se evidencia que menos de la mitad consumen frutas, fideos, verduras hortalizas, lácteos diariamente, la mayoría come: carne 3 o más veces a la semana, menos de la mitad consumen pescado, legumbres, frituras 3 o más veces a la semana, menos de una vez a la semana consumen pan cereales, dulces gaseosas/ refrescos, nunca casi nunca consumen embutidos.

Resultado que nos estaría indicando que hábito de consumir alimentos ricos en energía y pobres en nutrientes puede ser consecuencia de la falta de medios económicos que no permite obtener alimentos más saludables.

En la tabla N°04: Según los Determinantes de las redes sociales y comunitarias, podemos observar que en los Adultos del Centro Poblado Santa Victoria- Sullana, 2013. El 80,66% se ha atendido en los 12 últimos meses en un puesto de salud, así también se observa que el 49,79% consideran la distancia del lugar donde lo atendieron fue regular, el 68,31% está asegurado en el SIS-MINSA, el 49,79% espero regular tiempo para que lo atendieran en la institución de salud y el 54,32% considera buena la calidad de atención. El 98,35% refiere que no existe delincuencia y pandillaje en la zona.

Los resultados encontrados se asemejan por Gamarra, C. (70), determinantes de la salud en la persona Adulta en el Asentamiento Humano Santa Teresita-Sullana, 2013. Se observa que el 45,77% considera regular el lugar donde lo

atendieron, 73,13% tiene seguro SIS- MINSA, el 46,27% espera un tiempo regular para que lo atendieran, el 49,75% la calidad con que lo atendieron fue buena, el 89,05% si existe pandillaje cerca de su casa, el 42,79% se atendió en un centro de salud los 12 últimos meses.

Los resultados encontrados se asemejan por Maldonado, E. (71), determinantes de la salud en las personas adultas del Pueblo Joven San Martín- Tacna, 2013. Se observa más de la mitad 54,4% la atención en la Institución de salud en estos 12 últimos meses ha sido en el centro de salud, en su mayoría 63,2% considera que el lugar donde lo atendieron está regular cerca de su casa, más de la mitad 57,8% tiene SIS como tipo de seguro, la mayoría 69,6% refiere que el tiempo de espera fue regular, en su mayoría 66,2% manifiesta calidad de atención es regular.

La promoción de la salud y la educación para la salud tienen como propósito mejorar el acceso a la información y a los servicios relacionados con la salud, con el fin de que la gente obtenga un mayor control sobre su propia salud y su propio bienestar. Los conocimientos a los que se hace referencia aquí no sólo se refieren a la difusión de datos sencillos sobre la salud, sino también a la difusión de otros tipos de información y habilidades (72).

La Red Comunitaria. Sólo la participación activa de los integrantes de una comunidad (barrio, municipio) junto al equipo de salud, posibilita la construcción de mapas que identifiquen a la totalidad de los destinatarios de la atención. El equipo de salud puede contar con recursos adecuados para lograr mayor efectividad en el armado de estos mapas (73).

El MINSA tiene la mayor cobertura de servicios de salud a nivel nacional y administra el 84,7% del total de establecimientos entre hospitales, centros de salud y puestos de salud ubicados en zonas urbanas, urbano marginales y rurales dispersas. Atiende a la población predominantemente pobre que no cuenta con seguro social de salud. Por otra parte, ESSALUD atiende a trabajadores del sector formal y a sus familias. Sus establecimientos están ubicados principalmente en áreas urbanas. Finalmente, los servicios de las Fuerzas Armadas y Policiales sólo atienden a sus trabajadores y familiares directos. El sub sector privado, conformado por clínicas, consultorios y organismos no gubernamentales, otorga sus servicios en las principales ciudades del país (74).

El seguro integral de salud lo brinda el ministerio de salud del Perú para los ciudadanos, ciudadanas y familias peruanas que no cuentan con un seguro de salud, sobre todo para aquellas personas más necesitadas en situación de pobreza y extrema pobreza. Su finalidad es proteger la salud de los peruanos sin seguro de salud, priorizando poblacionales vulnerables en situación de pobreza y pobreza extrema. Resolver el limitado acceso a los servicios de salud por barreras económicas, así como culturales y geográficas. Mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil (75).

En la investigación realizada a la Persona Adulta del Centro Poblado Santa Victoria-Querecotillo-Sullana, se encontró que la mayoría se han atendido en los últimos 12 meses en un Puesto de Salud cuentan con el seguro del SIS; porque sabemos que el seguro integral cubre con todos los beneficios más importantes para las personas; Además se encuentra alejada de la ciudad donde por falta de economía prefieren atenderse en el puesto de salud más cercano de su población; esto quiere decir que no estarían tan lejos se sus

hogares y de sus centros de trabajos, así podrán cumplir con trabajos que todos los días realizan.

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios (76).

Los resultados obtenidos de esta investigación menos de la mitad considera que el lugar donde lo atendieron está regular, el tiempo para que lo atendieran le pareció regular; más de la mitad recibió la calidad de atención buena, pero el puesto de salud no ofrece todos los servicios médicos necesarios para las personas debido a esto en algunas ocasiones se trasladan a Sullana para atenderse, esto puede ser por los tiempos de espera, deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico. Esto debe comprometer al personal de salud tener una atención de calidad con un trato cordial para todos los pobladores de este centro poblado.

Estas pandillas están conformadas por grupos de adolescentes y jóvenes de un mismo barrio, que se agrupan para cometer agresiones físicas contra otros grupos aledaños, produciendo una denominada “batalla”, en donde es común ver a jóvenes con cuchillos y piedras persiguiendo a otros, guiados por su mero instinto, sólo por ganar el respeto de los otros grupos de barrio sin importar las consecuencias, que en algunos casos han llegado a ser fatales (77).

Se puede observar que todas las personas encuestadas refieren que no existe delincuencia en la zona, esto puede deberse a la educación implantada en el núcleo de la sociedad (familia) y también a que es un Centro Poblado pequeño y alejado de la ciudad de Sullana.

En la tabla N° 05: Según los Determinantes de las redes sociales y comunitarias, podemos observar que en los Adultos del Centro Poblado Santa Victoria-Querecotillo-Sullana. El 78,19% no recibió recibido apoyo social natural, el 100% no ha recibido apoyo social organizado.

Los resultados se asemejan con la investigación hecha por Jiménez, L. (78), determinantes de la salud de la vivienda de la persona adulta madura del Asentamiento Humano Los Paisajes- Chimbote, 2014. Sobre determinantes de la salud de redes sociales y comunitarias de la persona adulta madura se encontró que el 90 % no recibe algún apoyo social natural; el 92,5 % no recibe apoyo social organizado.

Así mismo los resultados de la investigación difieren con la investigación hecha Neyra, S. (79), determinantes de la salud en gestantes adultas con desnutrición del puesto de salud La Unión. Chimbote-2012, Podemos evidenciar que del 100% de encuestadas, el 52,5% no reciben apoyo social natural y apoyo social organizado el 81,25% no reciben.

El apoyo social se definido en términos cognitivos, tomando en consideración la dimensión subjetiva del mismo apoyo percibido, ya que es esta percepción precisamente, la que se considera promotora de la salud. La importancia de esta distinción, radica en que algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, y en ausencia de percepción de un apoyo disponible, éste no podrá ser utilizado (80).

En la investigación realizada a la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria-Querecotillo-Sullana, sobre Determinantes de redes sociales y comunitarias se encontró que la mayoría refiere que no recibió apoyo social natural, mientras que todos refieren que no reciben apoyo social organizado. Resultado que nos estaría indicando que el apoyo social en la población no se da de manera frecuente probablemente por factores biopsicosociales, en tal sentido el apoyo social puede asociarse a mejores estados de salud porque ayudarían a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que a mantener un sentido de dominio y control sobre las circunstancias de la vida.

Desde la dimensión de la acción social, se valora la participación social como proceso subjetivo de interacción social, en el que los individuos reconocen sus disposiciones de necesidad, dentro del contexto grupal, incorporando, desde la autonomía, las normas estructuradas y homogéneas por lo que actúan conscientemente en correspondencia con su libertad individual (81).

En la tabla N° 06: En los Determinantes de las redes sociales según la organización de quien recibió apoyo, podemos observar que en los Adultos del Centro Poblado Santa Victoria-Querecotillo-Sullana, En lo que respecta al apoyo social por parte de organizaciones del estado, tenemos que el 98,18% no recibe apoyo por parte del programa Pensión 65, así también el 99,18% no recibe apoyo por parte del comedor popular, así mismo el 99,59% no recibe apoyo del programa vaso de leche y el 99,59% no recibe ningún apoyo por parte de otras instituciones o programas del estado.

Los resultados encontrados se asemejan por Correa, B. (82), determinantes de la salud en la Persona Adulta del Asentamiento Humano 4 de Noviembre-Sullana, 2013. Así mismo el 98,30% no han recibido apoyo de comedor

popular, así también el 98,86% no han recibido apoyo de otras organizaciones; el 89,77% no recibe pensión 65, el 88,64% no han recibido apoyo de vaso de leche.

El presente estudio se asemeja por Gamarra, C. (70). Determinantes de redes sociales según la organización de quien recibe apoyo la persona adulta del Asentamiento Humano Santa Teresita-Sullana, 2013 Se observa que el 95,02% no recibe pensión 65, que el 100% no recibe apoyo del comedor popular, que el 97,51% no recibe apoyo del vaso de leche, que el 92,54% no recibe algún otro apoyo.

El Programa del Vaso de Leche (PVL), es un programa social creado para ofrecer una ración alimenticia diaria principalmente a la población vulnerable, es decir, niños de 0 a 6 años, madres gestantes y en periodo de lactancia, Mediante la Ley N° 24059 del año 1985, se convierte en un Programa de Asistencia Alimentaria Materno Infantil en todos los municipios provinciales del país. En 1996, mediante la Ley N° 26637, se transfiere su ejecución a los consejos, municipios distritales y provinciales (83).

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 (84).

Los comedores populares son organizaciones sociales de base conformadas por mujeres, cuya actividad principal es la preparación de alimentos y el apoyo social. Están ubicados en zonas de pobreza y extrema pobreza. Pueden

tener la denominación de: Comedor Popular, Club de Madres, Comedor Parroquial, Cocina Familiar y otros afines (85)

En la investigación realizada a la persona adulta del Centro Poblado Santa Victoria-Querecotillo-Sullana, en relación a los Determinantes de las redes sociales según la organización de quien recibió apoyo, se encontró que casi todos refiere no recibir apoyo del Programa Pensión 65, no recibir apoyo comedor popular del programa vaso de leche, ni de otra institución. Esto puede deberse que los pobladores prefieren realizar el consumo de alimentos en casa, en ocasiones algunos pobladores consumen de dicho comedor por el gasto interdiario por vivir independientes. Ya que se encuentra en una zona alejada de la ciudad de Sullana.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

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

- En cuanto a los Determinantes Biosocioeconómicos, encontramos que la mayoría de personas adulta son de sexo femenino, tiene un ingreso económico menor de 750 soles mensuales con trabajo eventual; más de la mitad son adultos maduros, menos de la mitad tienen grado de instrucción secundaria incompleta/completa.
- Los Determinantes de la Salud relacionados con la vivienda, la mayoría tienen una vivienda unifamiliar, es propia, el material de piso es de tierra, casi todos tiene techo de calamina o Eternit, la mitad tiene sus paredes de adobe, más de la mitad en una habitación duermen de 2 a tres miembros, se abastecen de agua conexión domiciliaria, casi todos utilizan letrinas para la eliminación de excretas, tienen energía eléctrica permanente. la mayoría utilizan leña y carbón para cocinar sus alimentos, suelen quemar y enterrar su basura, la mayoría eliminan su basura en montículos o campo limpio y todos coinciden que no pasa el carro recolector de basura.
- En lo que se refiere a los Determinantes de Estilos de Vida, la mayoría nunca ha consumido tabaco de forma habitual, menos de la mitad no consume bebidas alcohólicas, la mayoría duermen de 6 a 8 horas, casi

todos se bañan diariamente, más de la mitad no se ha realizado ningún examen médico periódicamente, la mayoría caminan en su tiempo libre como actividad física, han caminado como actividad física durante más de 20 minutos. En cuanto a su dieta alimenticia menos de la mitad consumen frutas, fideos, verduras hortalizas, lácteos diariamente, la mayoría come: carne 3 o más veces a la semana, menos de la mitad consumen pescado, legumbres, frituras 3 o más veces a la semana, menos de una vez a la semana consumen pan cereales, dulces gaseosas/ refrescos, nunca casi nunca consumen embutidos.

- En cuanto los determinantes de redes sociales, la mayoría se ha atendido en un Puesto de Salud los 12 últimos meses cuentan seguro del SIS-MINSA; menos de la mitad consideran la distancia del lugar donde lo atendieron es regular, el tiempo de espera les pareció regular, más de la mitad consideran buena la calidad de atención que recibieron y casi todos refieren que no existe delincuencia o pandillaje en la zona. En los determinantes de apoyo comunitario la mayoría no recibió apoyo social natural, todos no ha recibido apoyo social organizado. En relación a los determinantes de redes sociales según la organización de quien recibe apoyo, casi todos no recibe apoyo del Programa Pensión 65, no reciben apoyo del Comedor Popular, no recibe apoyo del Programa Vaso De Leche, no reciben apoyo de ninguna otra organización.

5.2. Recomendaciones

- Informar los resultados y recomendaciones de la presente investigación a las diferentes autoridades de la comunidad del Centro Poblado Santa Victoria-Querecotillo-Sullana, 2013, con la finalidad de que mejoren en conjunto en la implementación de estrategias encaminadas a la mejora de estilos de vida.
- Dar a conocer a la comunidad y al personal de salud del establecimiento la importancia de mejorar el desarrollo de actividades preventivas y promocionales tales como: Programas, sesiones educativas, entre otras las cuales logran la sensibilización de la persona, familia y comunidad, para que así puedan tener un bienestar respecto a los estilos de vida saludable.
- Que las autoridades involucradas enfatizen los programas preventivos respecto a los servicios básicos de saneamiento como: desagüe y la recolección de basura con el apoyo de la población para poder mejorar los estilos de vida de las personas que habitan en dicho lugar.
- Promover la realización de investigaciones en el área de los Determinantes Sociales de la Salud, que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maya L. Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida. Colombia: 2006. [Serie Internet] [Citado el 2011 setiembre 18]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. [Serie Internet] [Citado el 2013 Abril 26]. Disponible desde el URL: http://www.who.int/social_determinants/es
3. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista. Cubana. Salud Pública 2004; 30 (3): 13-16.
4. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
5. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
6. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 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, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.
9. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile ;1994; 23:18-22
10. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302.

11. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; 1998.
12. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar, editorial; 2008.
13. Ministerio de Salud. Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
14. Municipalidad, La Huaca, Oficina de estadísticas, Censo Realizado en el mes de mayo en el año 2012 en el Centro Poblado de Nomara-La Huaca-Paita-Peru-2013.
15. Gonçalves M, Barbosa A, Silva J. 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.
16. Tovar L, García G. La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003. Colombia. Agosto 2006. Nro. 027. 2004.
17. Rodríguez M. Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.
18. Melgarejo E, Rodríguez Y, Ponce M. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. 2008. Universidad Nacional del Santa- Chimbote, Artículo científico.
19. Cárdenas K, Costa F, Curay J, Gallosa M, Gonzales D, Huertas C, More Z, Rimarachin D, Valle J, Yañez M. Análisis de la situación de salud en el Centro de Salud Villa Primavera – Sullana, Piura 2011.
20. Neira C, Quiroga S. Análisis de los determinantes principales que explican la pobreza. Caso: Centro Poblado los Olivos, distrito de Sullana, 2010.
21. 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. Edición, editorial
22. Selig J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud.OPS: Washington; 2009.

23. Dalhigren G. Whitehead M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006.
24. 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.
25. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
26. 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>.
27. 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>.
28. Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
29. Pérez J. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas. CSIC. 2009 disponible en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>
30. OPS, OMS, 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>
31. Eusko J. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID.
32. Ballares M. 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/economia/ecogen42.pdf>

33. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>

34. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en url: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf

35. Dávila E. Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001.

36. Martínez R. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf

37. Martos E. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>.

38. Sánchez L. Satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos [Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en url: <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>.

39. 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.shtml>

40. Hernández et al. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.

41. 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

42. Luciano, F. y Reyes, S. Estilos de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta en el A.H. Tres Estrellas Chimbote, 2009. [tesis para optar el título de enfermería]. Chimbote, Perú: Universidad católica los Ángeles de Chimbote; 2011.
43. Hadad N. Determinantes Sociales de la Salud de la Madre. Lima 2010[Serie Internet] [Citado el 2013 Julio 28]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: http://www.cop.org.pe/bib/tesis/NATALIELUZGABRIELAHADADARRAS_CUE.pdf Organización mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud 2005. Ginebra: Organización mundial de la Salud; 2005.
44. Organización mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud 2005. Ginebra: Organización mundial de la Salud; 2005 Definición. de. definición de edad. : [Diccionario en Internet]. 2011 [citado 2013 jun. 19]. Disponible en URL: <http://definicion.de/edad/>
45. Moiso A. Determinantes de la salud en Fundamentos de Salud Pública. Argentina: Edulp; 2007.
46. Definición. de. definición de edad. : [Diccionario en Internet]. 2011 [citado 2013 jun. 19]. Disponible en URL: <http://definicion.de/edad/> Atkinson A, Stiglitz J. Lectures work in public economics. Singapur, McGraw-Hill, international edition, 1980.
47. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. [Serie Internet] [Citado el 2013 Abril 26]. Disponible desde el URL: http://www.who.int/social_determinants/es/
48. Ministerio de Salud. Definiciones y conceptos en estadísticas vitales 2012. Argentina: Ministerio de Salud; 2012.
49. Marriner E. Administración en enfermería. México: Editorial Interamericana; 2005
50. Carrasco K. Definición De Ingresos. [Artículo en internet]. 2011 [Citado 2013 Jun. 19]. Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/economia/ingresos.php>
51. Marriner E. Administración en enfermería. México: Editorial Interamericana; 2005.

52. Garay N. Determinantes de la salud de la asociación el Moro II. Tacna, 2013. [Página de Internet]. Perú. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000032856>
53. Alzate E, Vélez M, López Y. Vivienda nueva rural enmarcada en la estrategia de vivienda saludable: copacabana, antioquia (colombia), 2011. Revista Hacia la Promoción de la Salud 2012; 1740-59. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126826004>. Consultado el 3 de octubre de 2013.
54. Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento: Definición de vivienda. [Serie Internet] [Citado el 2014 setiembre 18] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: www.mtc.gob.pe Ministerio, Perú
55. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.
56. Censo Nacional De Población Y Vivienda Ceba. Ministerio de Economía. Secretaría de Programación Económica Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas. Buenos Aires. 2000. Ministerio de Salud. Hacinamiento. [Serie Internet] [Citado el 2014 setiembre 18] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: http://www.indeci.gob.pe/planes_proy_prg/p_estrategicos/nivel_nac/psc_pad/pspad_minsa.pdf
57. 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.
58. Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales; Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados a las Enfermedades Crónicas Degenerativas. Lima: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición INS; 2006.
59. Sánchez G. Determinantes de la Salud en la persona adulta del Caserío de Somate Centro- Bellavista, Sullana, 2013. [Informe de Tesis]
60. Balta M. Determinantes de la salud. Puesto de Salud Nicolás Garatea. Nuevo. Chimbote, 2012 [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Nuevo. Chimbote, 2012. Disponible en url: http://uladech_biblioteca_virtual.

61. Martínez E, Martínez L, Saldarriaga L. Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana en Medellín Colombia. *Redalyc* 2011; 29(2): 163-
62. Moreno M. *Modelo de Promoción de la Salud*. España: Ediciones Marrier Tomey Ann; 2003.
63. Organización Panamericana de la Salud. *Declaración de Promoción de la Salud*. [Conferencia Internacional] Santa Fe de Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 1922.
64. Organización Mundial de la salud. *Tabaquismo 2013*. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2013.
65. Fernández L, Salas R. *Estilo de vida y Alimentación de la persona adulta A.A. H.H. Tres Estrellas Chimbote, 2009*. [trabajo para optar el título de Licenciada en enfermería]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote Privada; 2009. Organización Panamericana de la Salud. *Alcohol y Salud pública en las Américas*. Washington, D.C: OPS; 2007.
66. Pérez J. *Examen médico*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2002.
67. Segura L. *Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida*. [Documento en internet]. Colombia; 2001. [Citado 2010 Ago. 12]. [alrededor de 3 pantallas]. Disponible en URL: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
68. *Red de agricultura ecológica. Guía para consumo para una alimentación saludable 2011*. Perú: Red de agricultura ecológica; 2011
69. Montoya R. *Nutrición y Alimentación balanceada*. [folleto] Perú: Doyma; 2013.
70. Gamarra C. *Determinantes de la salud en la persona Adulta en el Asentamiento Humano Santa Teresita-Sullana, 2013*. [tesis para optar el título de enfermería].
71. Maldonado, E. *Determinantes de la salud en las personas adultas del Pueblo Joven San Martín- Tacna, 2013*. [tesis para optar el título de enfermería].

72. Valadez I, Villaseñor M, Alfaro N. Educación para la Salud: la importancia del concepto. [Serie en Internet]. Rev. Ed. y Des. México. 2004. [Citada en 2012 Julio 21]. 47: 42, 44-48. [Alrededor de cinco páginas]. Disponible desde URL: http://www.biomedicina.org.ve/portal/images/stories/2010/EPS/EPS_Red_Valadez.pdf
73. Seclén- Palacin J. Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2005. [artículo de internet]. 2005. [Citado 2013 Ago. 1]. Disponible URL:<http://www.buenas tareas. com.pe>
74. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud 2005. Perú: Ministerio de Salud; 2005.
75. Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud 2012. Perú: Ministerio de Salud; 2012.
76. Solís R, Sixto E, Sánchez M Carrión. Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública. 2009; 26 (2): 7-12.
77. Definición de Pandillas Juveniles. [Artículo en internet]. 2013 [Citado 2015 Enero. 11]. Disponible en el URL: http://www.significados.com/t/Pandillas_Juveniles./
78. Jiménez L. Determinantes de la salud de la vivienda de la persona adulta madura del A.H Los Paisajes- Chimbote, 2014. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.
79. Neyra S. Determinantes de la salud en gestantes adultas con desnutrición del puesto de salud La Unión. Chimbote-2012, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.
80. Fernández R. Redes sociales, apoyo social y salud. *periférie*. 2005; 149 (3): 1-16.
81. Matud P, Carballeira M, López M, Marrero R, Ibáñez I. Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental* 2002; 2532-37. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222505>. Consultado el 19 de octubre de 2013.
82. Correa B. Determinantes de la salud en la Persona Adulta del Asentamiento Humano 4 de Noviembre-Sullana, 2013.

83. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Boletín electrónico [serie en internet] citada Abril 2013. [Alrededor de 12 pantallas] Disponible en url: <http://www.pension65.gob.pe/2013/03/>
84. Municipalidad de Huancavelica. Programa vaso de leche [página en internet] citada y actualizada en Mayo 2013. Disponible en el url: http://www.munihuancavelica.gob.pe/es/muni.php/paginas/id/2011050948_programa_de_vaso_de_leche_pvl/
85. Municipalidad de Jaén. Dirección de desarrollo social. Comedor popular. [artículo en internet] citada y actualizada en Mayo 2013. Disponible en el url: <http://www.munijaen.gob.pe/dsocial/comedorespopulares.php?contenido=7>

ANEXOS



ANEXO N° 01

CÁLCULO DE LA MUESTRA

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

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

Dónde:

n: Tamaño de muestra

N: Tamaño de población (N = 660)

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

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

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

E: Margen de error (E = 0.05)

Calculo del Tamaño de Muestra:

$$n = \frac{1.96^2 (0.50) (0.50) 660}{1.96^2 (0.50) (0.50) + (0.05)^2 (660-1)}$$

n= 243 Personas adultas



ANEXO 02

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA ADULTA DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA.

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona

.....

Dirección.....

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

• DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO:

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

2. Edad:
 Adulta joven de 18 – 29 años ()1
 Adulta Madura de 30 – 59 años ()2
 Adulta mayor DE 60 a más ()3

3. Grado de instrucción:
 Sin nivel instrucción ()1
 Inicial/Primaria ()2
 Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()3

- | | |
|---|------|
| Superior universitaria | ()4 |
| Superior no universitaria | ()5 |
| 4. Ingreso económico familiar en nuevos soles | |
| Menor de 750 | ()1 |
| De 751 a 1000 | ()2 |
| De 1001 a 1400 | ()3 |
| De 1401 a 1800 | ()4 |
| De 1801 a más | ()5 |
| 5. Ocupación del jefe de familia | |
| Trabajador estable | ()1 |
| Eventual | ()2 |
| Sin ocupación | ()3 |
| Jubilado | ()4 |
| Estudiante | ()5 |
| 6. Vivienda | |
| 6.1. Tipo: | |
| Vivienda Unifamiliar | ()1 |
| Vivienda multifamiliar | ()2 |
| Vecindada, quinta choza, cabaña | ()3 |
| Local no destinada para habitación humana | ()4 |
| Otros | ()5 |
| 6.2. Tenencia | |
| Alquiler | ()1 |
| Cuidado / alojado | ()2 |
| Plan social (dan casa para vivir) | ()3 |
| Alquiler venta | ()4 |
| Propia | ()5 |

6.3. Material del piso:

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

6.4. Material del techo:

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

6.5. Material de las paredes:

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

6.6. Cuantas personas duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua:

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

8. Eliminación de excretas:

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

9. Combustible para cocinar:

- Gas, electricidad ()1
- Leña, carbón ()2
- Bosta ()3
- Tuza (coronta de maíz) ()4
- Carca de vaca ()5

10. Energía eléctrica:

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

11. Disposición de basura:

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

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

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

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

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

• **DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA**

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

- 10 a 12 horas ()3
17. ¿Con qué frecuencia se baña?
- Diariamente ()1
- 4 veces a la semana ()2
- No se baña ()3
18. ¿Se realiza Ud. Algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud?
- SI ()1
- NO ()2
19. ¿En su tiempo libre, realiza alguna actividad física?
- Camina ()1
- Deporte ()2
- Gimnasia ()3
- No realizo ()4
20. ¿En las dos últimas semanas que actividad física realizo durante más de 20 minutos?
- Caminar ()1
- Gimnasia suave ()2
- Juegos con poco esfuerzo ()3
- Correr ()4
- Deporte ()5
- Ninguna ()6

21. DIETA:

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

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
1. Fruta					
2. Carne (pollo, res, cerdo, etc.)					
3. Huevos					
4. Pescado					
5. Fideos, arroz, papas...					
6. Pan , cereales					
7. Verduras y Hortalizas					
8. Legumbres					
9. Embutidos, enlatados					
10. Lácteos					
11. Dulces, gaseosas					
12. Refrescos con azúcar					
13. Frituras					

• DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

- Organizaciones de ayuda al enfermo ()1
- Seguro social ()2

- Empresa para la que trabaja ()3
- Instituciones de acogida ()4
- Organizaciones de voluntariado ()5
- No recibo ()6

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

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

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

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

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

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

27. ¿Qué tipo de seguro tiene usted?

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

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

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

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

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

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa

- | | |
|----|------|
| SI | ()1 |
| NO | ()2 |

Muchas gracias por su colaboración

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

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

Tabla

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

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

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

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador:

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

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



ANEXOS N°3

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

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
Coefficiente de validez del instrumento														0,998



ANEXOS N°4

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO: _____

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE: _____

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA ¿La habilidad o conocimiento medido por este reactivo es....?			ADECUACIÓN (*) ¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P4								
Comentario:								
P5								
Comentario:								
P6								
Comentario:								

P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
Comentario:									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									

Comentario:								
P12								
Comentario:								
P13								
Comentario:								
DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA								
P14								
Comentario:								
P15								
Comentario:								
P16								
Comentario:								
P17								
Comentarios								
P18								
Comentario								
P19								
Comentario								
P20								

Comentario								
P21								
Comentario								
DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS								
P22								
Comentario:								
P23								
Comentario:								
P24								
Comentario:								
P25								
Comentario:								
P26								
Comentario:								
P27								
Comentario:								
P28								
Comentario								

P29								
Comentario								
P30								
Comentario								

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

Gracias por su colaboración.



ANEXO N°05

UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA ADULTA DEL
CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA-QUERECOTILLO-SULLANA,
2013**

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

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

FIRMA

.....

ANEXO N°06

**“AÑO DE LA PROMOCION DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL
COMPROMISO CLIMATICO”**

SOLICITO: Permiso para realizar una
investigación dentro de su localidad.

Sullana 31 de Enero del 2014.

SR. (A):
**TENIENTE GOBERNADOR DEL CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA –
QUERECOTILLO – SULLANA**

Quien dirige esta solicitud es **GRACIELA ELIZABETH ASTUDILLO FLORES**, identificada con DNI N° 73006620, con el carnet Universitario N° 2712110020, de la **UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE – SULLANA**; con el debido respeto que merece su persona expongo que por motivos de estudios necesito realizar una investigación dentro de su localidad, ya que dichos datos serán de mucha importancia para el desarrollo de la misma.

Debido a lo expuesto suplico a Usted la aprobación de mi solicitud.

Agradeciendo su pronta respuesta, me despido.

Atentamente.



[Handwritten signature]
Dña. Graciela Córdoba
TENIENTE GOBERNADOR
SANTA VICTORIA QUERECOTILLO

[Handwritten signature]
DNI: 73006620

**GRACIELA ELIZABETH
ASTUDILLO FLORES**

ANEXO N°07

MAPA DE CENTRO POBLADO SANTA VICTORIA- QUERECOTILLO.

