



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DE LA
COMUNIDAD DE SHILLA SECTOR YANARUMI-ANCASH, 2013

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

AUTORA:

GREIZY LIZBET ILDEFONSO YAURI

ASESORA:

Dra. ROCÍO BELÚ VÁSQUEZ VERA

HUARAZ – PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Dra. MARIA ELENA URQUIAGA ALVA
PRESIDENTE

Mgtr. LEDA MARÍA GUILLÉN SALAZAR
MIEMBRO

Mgtr. FANNY ROCÍO ÑIQUE TAPIA
MIEMBRO

DEDICATORIA

A Dios porque sé que nunca me dejará, porque es mi fortaleza y guía, quien conduce mi vida hacia el bien.

A mis padres Rubén y Hermelinda por apoyarme e instruirme cada día. Porque siempre demostraron su gran amor y cuidado, inculcando valores en mí. Por enseñarme a ser fuerte ante cualquier obstáculo y motivarme a lograr mi propósito.

A mis queridos hijos por ayudarme a tener éxito en mi vida y hacerme fuerte para enfrentar las adversidades.

GREIZY

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Católica los
Ángeles de Chimbote, Escuela
Profesional de Enfermería por
impartirme conocimientos y
actitudes para poder
desenvolverme en cada campo
laborar de manera competente.

A todos mis docentes por inculcar y
cultivar en mi valores y
conocimientos que serán de apoyo
para mi vida porque formaron en mí
una persona diferente y una futura
profesional.

Agradezco también a todos los
pobladores de la comunidad de
Shilla Sector Yanarumi por
colaborar conmigo y hacer
posible este estudio de
investigación.

GREIZY

RESUMEN

Trabajo de investigación cuantitativo, descriptivo, diseño de una sola casilla. Objetivo fue describir los determinantes de salud de adultos de la Comunidad de Shilla Sector Yanarumi- Ancash, 2013. Muestra conformada por 151 adultos, a quienes se aplicó cuestionario sobre los determinantes de salud. Análisis y procesamiento de datos en el Software SPSS versión 20.0 las conclusiones fueron: Determinantes biosocioeconomicos: más de la mitad son de sexo masculino, adultos maduros, tienen secundaria incompleta, todos perciben menos de 750 soles y tienen trabajo eventual. Determinantes del entorno físico: más de la mitad tienen la casa propia, techo de adobe, la mayoría tienen vivienda unifamiliar, duermen de 2 a 3 personas / habitación, cuentan con conexión domiciliaria de agua, letrinas, cocinan con leña, tienen energía eléctrica permanente, disponen y eliminan su basura en carro recolector, todos tienen piso de tierra, paredes de adobe, recolector de basura no pasa diariamente. Determinantes del estilo de vida: más de la mitad consume carne, 1 o 2 veces/semana, huevo y fideos 3 o más veces a la semana, la mayoría consume bebidas ocasionalmente, no se realiza examen médico periódico, la actividad física que realiza es caminar, consume frutas una o dos veces/semana, pescado menos de una vez/semana, pan y cereales/diario, casi todos no fuman, caminan por más de 20 minutos, alimentos que consumieron como otros nunca o casi nunca, todos duermen de 06 a 08 horas, se bañan cuatro veces/semana, consumen verduras diariamente. Determinantes de las redes sociales: la mitad se atendió en un puesto de salud, más de la mitad no recibe ningún apoyo social natural, el tiempo de espera fue largo, la calidad de atención de salud fue regular, casi todos refieren que la distancia del lugar de atención es muy lejos, si hay pandillaje cerca de su casa, todos no reciben apoyo social organizado, cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS). MINSA.

Palabras claves: Adultos, Determinantes de la Salud.

ABSTRAC

Quantitative research work, descriptive, single-box design. Objective was to describe the determinants of health of adults of the Community of Shilla Sector Yanarumi-Ancash, 2013. Sample consists of 151 adults, who were questioned about the determinants of health. Analysis and data processing in the Software SPSS version 20.0 the conclusions were: Biosocioeconomic determinants: more than half are male, mature adults, have incomplete secondary, all receive less than 750 soles and have temporary work. Determinants of the physical environment: more than half have their own house, adobe roof, most have single-family housing, sleep 2 to 3 people / room, have home water connection, latrines, cook with firewood, have permanent electric power, they dispose and dispose of their garbage in a collector car, they all have a dirt floor, adobe walls, a garbage collector does not pass daily. Determinants of lifestyle: more than half consume meat, 1 or 2 times / week, egg and noodles 3 or more times a week, most consume drinks occasionally, do not perform periodic medical examination, the physical activity performed is walk, eat fruit once or twice a week, fish less than once / week, bread and cereals / daily, almost all do not smoke, walk for more than 20 minutes, foods that were consumed like others never or almost never, everyone sleeps 06 to 08 hours, they bathe four times a week, consume vegetables daily. Determinants of social networks: half of them attended a health post, more than half did not receive any natural social support, the waiting time was long, the quality of health care was regular, almost all reported that the distance from the place of attention is very far, if there is gangs near your home, all do not receive organized social support, have Comprehensive Health Insurance (SIS). MINSA

Keywords: Adults, Determinants of Health.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	16
2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación.....	21
III. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y nivel de investigación.....	28
3.2. Diseño de investigación.....	28
3.3. Población y muestral.....	28
3.4. Definición y operacionalización de variables.....	29
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	40
3.6. Procedimientos y análisis de datos.....	43
3.7.- Principios éticos.....	44
IV. RESULTADOS	
4.1. Resultado.....	46
4.2. Discusión análisis de resultado.....	56
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones.....	119
5.2 Recomendaciones.....	121
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122
ANEXOS	149

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1.....	46
DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIECONOMICOS DE LOS ADULTOS DE LA COMUNIDAD DE SHILLA SECTOR– YANARUMI–ANCASH, 2013.	
TABLA 2.....	47
DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO DE LOS ADULTOS DE LA COMUNIDAD DE SHILLA–SECTOR YANARUMI–ANCASH, 2013.	
TABLA 3.....	50
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE LA COMUNIDAD DE SHILLA –SECTOR YANARUMI–ANCASH, 2013.	
TABLA 4,5,6.....	52-55
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DE LA COMUNIDAD DE SHILLA– SECTOR YANARUMI–ANCASH, 2013.	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1	170
DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIECONOMICOS DE LOS ADULTOS DE LA COMUNIDAD DE SHILLA SECTOR– YANARUMI–ANCASH, 2013.	
GRÁFICO 2	172
DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO DE LOS ADULTOS DE LA COMUNIDAD DE SHILLA–SECTOR YANARUMI–ANCASH, 2013.	
GRÁFICO 3	179
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE LA COMUNIDAD DE SHILLA –SECTOR YANARUMI–ANCASH, 2013.	
GRÁFICO 4, 5,6	184-187
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DE LA COMUNIDAD DE SHILLA– SECTOR YANARUMI–ANCASH, 2013.	

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación se realizó con el propósito de Identificar los determinantes de salud de los adultos de la Comunidad de Shilla, Sector Yanarumi-Ancash, 2013. Dado que, la mayoría de los problemas sanitarios se debe a las condiciones a las que está expuesta la persona, a factores que actúan en su entorno, los mismos que pueden garantizar o perjudicar su salud. Ya que son distintos determinantes que se deberían vivir correctamente para que la persona pueda tener buena salud como es los determinantes biosocioeconomico, el entorno físico, los estilos de vida, redes sociales. De la cual se planteara distintas soluciones para garantizar una mejor calidad de vida y salud de las personas.

Para tener mayor comprensión, la tesis se ha estructurado en Capítulo I: Introducción; Capítulo II: Revisión de Literatura; Capítulo III: Metodología; Capítulo IV: Discusión y el Capítulo V: Conclusión y Recomendaciones. Finalmente las referencias bibliográficas y anexos. El presente trabajo de investigación contiene hallazgos importantes que contribuirán, al enriquecimiento del sistema de conocimientos teóricos. El desarrollo de la siguiente investigación formativa empieza con la caracterización del problema:

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

“Los determinantes de la salud suponen una íntima unión y relación con el

estilo de vida, que es el conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de la alternativas que están disponibles a las personas de acuerdo a su circunstancia socioeconómicos a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones (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 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 (1).”

“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 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 dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. La salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales (6).”

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

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

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

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

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

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

“Equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia Social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas y evitables irremediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente,

económicamente, demográficamente o geográficamente. (10).”

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

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

“Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud (11).”

“En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión,

publicado en agosto de 2008 (11).”

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

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

“Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus

familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (14).”

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

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

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

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

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

“Referente a las redes sociales, en el informe de pobreza del Perú del banco mundial (2010), el sector agua y saneamiento registra bajas coberturas y mala calidad del servicio, así como precariedad en la situación financiera por parte de los prestatarios de los servicios., indican que el 30% de la población urbana y el 60% de la población rural no tiene acceso a agua y saneamiento. Factores medio ambientales como la contaminación del aire y del agua perjudican la salud de la población. En la zona rural sólo el 28,9% de los hogares tiene electricidad (92,5% en área urbana), 35% tiene red pública de agua potable dentro de la vivienda (77,7% en área urbana), 51,4% no tiene ningún servicio de eliminación de excretas (8,2% en área urbana) (17).”

“Según el INEI, el número de personas en extrema pobreza se situó el año pasado en 1 millón 197 mil, con una reducción de 70 mil frente al año 2015. Eso

significa que la población nacional en esa situación pasó del 4.1% al 3.8% del total. El INEI publicó el documento titulado, “Evolución de la Pobreza Monetaria 2007-2016”. Debemos tener claro lo siguiente: en primer lugar, se trata de la pobreza monetaria, definida como aquella condición de personas cuyo gasto diario es menor que el costo (o línea de la pobreza) de una canasta básica de alimentos y no alimentos. Es un indicador unidimensional de la pobreza, pues solo usa al gasto como indicador del bienestar (17).”

“En segundo lugar, la línea de la pobreza es de 328 soles; aquellos que gastan menos al mes son pobres y los que gastan más, son no pobres. Desde luego que la línea varía en función del dominio geográfico; por ejemplo, el menor valor se encuentra en la sierra rural y asciende a 245 soles por persona al mes, mientras que el valor más alto se ubica en Lima Metropolitana: 416 soles. En tercer lugar, la pobreza monetaria se redujo de 42.4% en 2007 a 20.7% en 2016. Sin embargo, de esa caída, la mayor (14.6 puntos porcentuales) ocurrió entre 2007 y 2011. Entre 2012 y 2016 la reducción adicional fue de 5.1 puntos porcentuales. La lectura correcta es la siguiente: en los períodos de mayor crecimiento se reduce más la pobreza que en aquellos de menor crecimiento (17).”

“En cuarto lugar, a nivel regional, los departamentos más pobres son Cajamarca y Huancavelica, mientras que el menos pobre es Ica. En general se observa un patrón que no se revierte desde 2007: costa con menor pobreza, sierra con mayor pobreza. Es clave que la sierra crezca más para financiar los programas sociales. Aquellos departamentos con recursos naturales, deben usar sus fuentes de crecimiento como la minería ambientalmente responsable si desean reducir pobreza. Los programas sociales no alcanzan (17).”

“El Ministerio de Salud, dice que si bien la atención primaria ha mejorado, todavía hoy un tanto por ciento elevado de la población (un 25%) no tiene acceso a la atención de la salud. La población indígena tiene menos acceso a los servicios sanitarios debido, principalmente a barreras lingüísticas y culturales. Si nos referimos a los afiliados al SIS en Ancash, en el primer semestre del 2011, se han afiliado 540,289 personas, el 339,132 afiliadas hace el 62,77 %. Que corresponde a la población de las zonas rurales; 201,157 afiliadas corresponde a las zonas urbanas marginales y el 37,23% corresponde a las zonas urbanas (18, 19).”

Esta realidad no es ajena a los adultos de la Comunidad de Shilla-Sector Yanarumi, que se encuentra ubicado dentro de la jurisdicción del Puesto de Salud Shilla, Distrito de Shilla, Provincia de Carhuaz, Departamento de Ancash, en la Sierra Sur del Perú. Este Sector limita por el este: con el Centro Poblado de Catay (Huallpan), por el oeste: con el Centro Poblado de Congar, por el norte: con el Centro Poblado de Llipta, y por el sur: con el Centro Poblado de Paltay (20).

Cuenta con autoridades que se encargan de mantener el orden dentro de la comunidad. Cuenta con un Teniente Gobernador el cual se encarga de ver las quejas o incomodidades que tiene la población, Presidente de la comunidad el cual está a cargo de toda la comunidad y de las decisiones finales e importantes que se tomaran para beneficio de la comunidad, cuenta con su equipo de trabajo que es una tesorera que se encarga de administrar los ingresos y egresos económicos para beneficio de la comunidad, dos vocales los cuales también dan a conocer las inquietudes que hay dentro de la población, presidente de riego el cual se encarga de distribuir el agua a cada agricultor de acuerdo a la necesidad de riego que tenga (20).

Actualmente esta comunidad, cuenta con el servicio de electricidad en todas las

viviendas de manera permanente, cuentan con conexión de agua domiciliaria, pero el agua es procedente de puquiales que la misma población se encarga de purificar con ayuda del ministerio de agricultura. Además de ello la mayoría tiene sus letrinas, ubicadas al espaldar de sus viviendas, en cuanto a la recolección de la basura refieren que solamente pasa el carro recolector una vez o dos veces por semana. La mayoría de la población no cuenta con televisión por cable, teléfono ni tampoco internet, ya que la línea de internet no llega con facilidad a sus hogares pero si cuentan con teléfono celular aunque refieren que por momentos la señal telefónica no tiene buena señal. También tienen su radio y televisor para estar informados y entretenidos en casa. El tipo de vivienda que predomina es de material rústico, las calles son trocha (carreteras de tierra sin pavimentación) (20).

En la relación a las instituciones existe un colegio solamente de nivel primario, “San Juan Bautista” N°86291 esta institución es pública, la infraestructura es de material noble, los jóvenes y señoritas para poder realizar sus estudios de nivel secundario tienen que dirigirse al centro poblado de shilla el cual si cuenta con colegios de nivel secundario el cual les tomara 30 a 40 minutos caminando o alguno de ellos vienen a estudiar a la ciudad de Huaraz, de igual manera para llevar a sus niños a estudiar en jardines o estudios de nivel inicial ya que en la comunidad no hay jardines ni PRONOEI. Cuentan con una iglesia católica, una iglesia evangélica e Israelita (20).

En esta comunidad predomina la religión católica, cuenta con una pequeña capilla donde todos los feligreses acuden siempre a rezar y confesarse, también celebran las fiestas patronales en honor a la “Virgen de las Mercedes” en el mes de octubre de cada año, la festividad dura 2 días, se realizan, misa, baile, además se

quema castillos (fuegos artificiales). En algunas oportunidades se ha realizado corrida de toros, los mayordomos son los encargados de realizar las fiestas cada año y cada año se cambia de mayordomo (20).

Se acostumbra a servir los siguientes platos típicos en cada fiesta: caldo de cabeza de carnero más menudencia de res, llunca (sopa a base de trigo partido y verduras), picantes de cuy (cuy frito, con papa sancochada, Aderezo de ají rojo) puchero (col sancochada, carne de chanco, papa sancochada) y como bebida se acostumbra tomar chicha de jora (a base de maíz) además de ello algunas de las señoras en su mayoría aprovechan en vender en cada actividad o fiesta que se realiza en la comunidad. Realizan la venta de alimentos como ensalada de chocho, anticuchos, golosinas, cerveza, para así poder contribuir con su ingreso económico (20).

Esta comunidad se atiende en el Puesto de Salud de Shilla, la distancia de Yanarumi al puesto de salud de Shilla es de 30 a 40 minutos de caminata, el cual cuenta con una infraestructura adecuada ya que la construcción es de material noble, cuenta con servicios higiénicos, cuenta con agua potable y desagüe, todos los servicios tienen espacios separados y no compartidos bien distribuidos, cuentan con internet, televisión, teléfono, un área de espera. Los recursos humanos con los que cuenta son: Existe un profesional médico, una Lic. En enfermería, una obstetra, técnica en enfermería, laboratorista y odontólogo (20).

La cartera de servicios de salud del puesto de salud de Yanarumi es de categoría I- 1, el puesto de Salud brinda los servicios de: consulta externa (consulta ambulatoria, atención de urgencias, emergencias), servicio de medicina (tres veces a la semana), servicio de atención dental (Curación y extracción dental)

Gineco_obstetricia (control prenatal, planificación familiar, Papanicolaou, promoción y prevención de enfermedades de transmisión sexual) Lic. En enfermería (CRED, inmunizaciones, consejería nutricional, suplementación con multimicronutrientes, examen HB, HTO, parasitosis, prevención en cuanto a las enfermedades más comunes IRA, EDA) (20).

Atención al adulto (evaluación integral, consejería nutricional, planificación familiar, consejería sobre enfermedades de transmisión sexual, toma de Papanicolaou, visita domiciliaria, HB, HTO), servicio de atención del adulto mayor (evaluación integral, nutricional, consejería integral, inmunización, atención a la salud según prioridad, visita domiciliaria, HB, HTO), atención a la salud según prioridades (salud familiar y comunitaria) visitas domiciliarias, identificación de riesgos, seguimiento a personas y familias sanas , con morbilidad y riesgo de morbilidad). Otros servicios de farmacia y laboratorio. Realizan estrategias de salud, referencia y contra referencia. Ellos se encuentran asegurados y se atienden por el Seguro Integral de Salud (SIS) (20).

Las enfermedades más frecuentes son: en niñas y niños resfriados, (IRAS) 74%, Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) parasitosis y anemia 69%, personas adultas (mujeres / varones) Enfermedades de infecciones urinarias (ITS), personas adultas mayores gastritis 21%, Hipertensión 15%, obstrucción intestinal 23% (20). Algunas personas no acuden al puesto de salud por lo que utilizan la medicina tradicional o alternativa para los males que los aquejan. (20)

Frente a lo expuesto se considera pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema:

¿Cuáles son los determinantes de salud de los adultos de la Comunidad de

Shilla Sector Yanarumi-Ancash, 2013?

Los objetivos de la presente investigación son:

Objetivo General:

Identificar los determinantes de salud de los adultos Comunidad de Shilla Sector Yanarumi- Ancash.

Para poder conseguir el objetivo general, se planeó los siguientes.

Objetivos específicos:

Identificar los determinantes de salud biosocioeconómico: (sexo, edad grado de instrucción, ingreso económico, condición de trabajo) entorno físico: (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), de los adultos de la Comunidad de Shilla Sector Yanarumi- Ancash.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), enfermedades crónicas (Obesidad, diabetes, hipertensión arterial en las personas) morbilidad de los adultos de la Comunidad de Shilla Sector Yanarumi- Ancash.

Identificar los determinantes de redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social de los adultos de la Comunidad de Shilla Sector Yanarumi- Ancash.

Finalmente esta Investigación se justifica en el campo de la salud de los adultos de la Comunidad de Shilla Sector Yanarumi- Ancash. Ya que permite conocer los determinantes de salud que contribuyen o mejorar o afectar la salud de la población y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. Para ello es importante realizar una buena investigación ya que es esencial para lograr reducir los problemas de salud, mediante la promoción y prevención, controlando cada uno de los problemas

encontrados, 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.

Es importante también dar a conocer a los pobladores los determinantes de la salud y a partir de ello, cada uno pueda identificar cuáles son esos determinantes de los cuales ellos están viviendo de la manera correcta y cuáles son los que están afectando su salud y la de su familia, para que puedan corregir esas deficiencias juntamente con sus autoridades y el puesto de salud para así mejorar la calidad de vida y su salud y prevenir posibles enfermedades y la de su familia a causa de esas deficiencias.

El presente estudio permitirá instar a los estudiantes de la salud, a investigar más sobre los determinantes de la salud, a su vez poder conocer las distintas estrategias para poder aplicarlo y trabajar con la población, autoridades, puesto de salud y entidades públicas y así poder crear un conjunto que permita mejorar la salud y la manera de vivir de cada persona y así llevarlos a construir un Perú más saludable.

De esta forma, el presente trabajo aporta elementos sobre los determinantes de salud y brinda información valiosa para que los diferentes actores del sistema de salud, en conjunto con sus autoridades provinciales y regionales de la Dirección Regional de Salud de Ancash y el municipio de Carhuaz y puedan enfocar sus acciones de manera más específica hacia esta población, mejorando la calidad de atención de salud, mediante programas preventivos promocionales, motivándose a empezar cambios positivos en sus determinantes de la salud.

II. REVISIÓN DE LITERATURA:

2.1. Antecedentes:

Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

“Padrón H, (14). En su investigación titulada: Los Determinantes Sociales, las Desigualdades en Salud y las Políticas, como Temas de Investigación, Tabasco_ México, 2012, concluye que la duración y la calidad de vida de los seres humanos, no dependían exclusivamente de los procesos biológicos, sino que estaba atada a factores sociales y económicos que condicionaban o facilitaban, la conservación de la buena salud y la prolongación de la vida. Es innegable que una política amplia y general que influya en la educación, el empleo y la aceptación social tiene un impacto significativo en la condición sanitaria de los latinoamericanos, en lo general y de los mexicanos.”

“Villegas M, (21). En su investigación: La Calidad de Atención Brindada por el Profesional de Salud a los Usuarios Externos en el área de Emergencia del Hospital San Vicente de Paul de Colombia, durante el periodo noviembre 2010 a agosto 2012, utilizando el método de estudio de tipo observacional, descriptivo y prospectivo no experimental en 300 usuarios, llegó a la siguiente conclusión: La eficacia e impacto del servicio en la satisfacción de su necesidad de atención es cuestionable ya que un 41% manifiesta que debe regresar nuevamente para ser atendido, sin embargo

ello la falta de recursos económicos por parte de la población hace que regrese nuevamente por un "mal servicio", pero el 57 % restante admite que la calidad de atención es rápida y oportuna la atención los profesionales de salud lo hacen con la mayor calidad y calidez humana.”

“Heredia N, (22). En su investigación titulada: Determinantes Sociales Relacionados con el Tratamiento de Tuberculosis en Yucatán, México 2014. Es un estudio cuantitativo, no experimental, transeccional descriptivo, de un grupo de 31 pacientes del Estado de Yucatán, a quienes se aplicaron encuestas basadas en el formato de la escala de Likert, para medir determinantes sociales y adherencia al tratamiento. Resultados. El 83,8% de los entrevistados pertenece a un nivel socioeconómico bajo. El 61,3% se encuentra en pobreza extrema. El 83,4% acudió a centros de salud cercanos a su domicilio y refirieron que las instrucciones del personal médico fueron confusas y los procedimientos diagnósticos incómodos y molestos. El 54,8% sabía muy poco o nada sobre la enfermedad y temía al rechazo de su familia o comunidad. Los fármacos causaron malestar en 80,6% de los pacientes y el 16,1% abandonó el tratamiento.”

A nivel Nacional

“Gonzales C, (23). En su investigación sobre: Determinantes de Salud de los Adultos jóvenes del casco urbano santa- Chimbote, 2015. Se obtuvo que 54.3% son del sexo masculino, 100% son adultos jóvenes; 38,4% tienen grado de instrucción Superior. 61% tiene el material de su piso de (Cemento); 58,5% ha fabricado su techo de material noble, 92,7% tiene también tiene paredes fabricadas de material noble, 54,3% tiene habitaciones donde duermen de 2 a 3 miembros; 100% cuenta con abastecimiento de agua de una red pública, 100% eliminan su excretas en baño

propio; 99,4% usan gas como combustible para cocinar, 100% cuenta con energía eléctrica permanente; 100% dispone su basura a carros recolectores que pasan todas las semanas pero no de forma diaria. 56,7% consume bebidas alcohólicas ocasionalmente; 75% de las personas no se realiza ningún examen médico periódico, el 43,3% realiza deporte en su tiempo libre y el 49,4% no ha realizado ninguna actividad física durante más de 20 minutos; en los alimentos el 42% consume frutas de forma diaria. El 85,5% si cuenta con apoyo social, el 63,5% si se realiza examen médico periódico, 85,6% si existe pandillaje, 56% cuenta con seguro integral de salud.”

“Garay N, (24). En su investigación sobre: “Determinantes de la salud en la persona Adulta de la asociación el Morro II. Tacna, 2015. el 71.6% de la población encuestada están en la etapa adulto joven 62,7% son de sexo femenino, 56,4% tiene grado de instrucción secundaria completa e incompleta, 57,2% cuenta con ingreso menor de 750 soles, el 66,1% presenta un trabajo eventual,70,3% de la población tiene vivienda unifamiliar, 89,4 % cuenta con casa propia, 66,9% cuenta con piso sin vinílico, 64,8% es de material noble, ladrillo y cemento.

96,2% cuenta con material de las paredes de material noble, ladrillo y cemento, 72,9% de la población duerme con 2 a 3 miembros en una habitación. 100% cuenta con conexión domiciliaria y baño propio, 98,3% cuenta con gas para cocinar, 100% cuenta con energía eléctrica permanente, 59,3% quema, o utiliza el carro recolector, la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa es diariamente con el 100% y el 86.9% suele eliminar su basura en el carro recolector. 55,5% si cuenta con apoyo social, el 58,1% si se realiza examen médico periódico, 78,6% cuenta con seguro integral de salud, 49,9% no existe pandillaje.”

“Romero E, (25). En su investigación titulada: Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta de la Asociación Provivienda - Barrio Sur Urbanización los Titanes I etapa -Piura, 2015. Se observa que un 70% de las mujeres encuestadas son adultas maduras de 30 a 59 años, el 70% tienen grado de instrucción superior universitario, el 53% tienen ingreso económico familiar de 751 a 1000 soles y el 59% un trabajo estable. 92% tienen vivienda unifamiliar, 89% vivienda propia, 100% cuenta con un piso de loseta.

94% tiene una habitación independiente, 100% se abastece de agua por conexión domiciliaria, 100% cuenta con baño propio, 100% utiliza el gas o la electricidad para cocinar, 100% cuenta con energía eléctrica permanente, el 100% entierra, quema o dispone su basura en carro recolector, 80% elimina su basura diariamente y 100% lo realiza en el carro recolector de basura. 55,5% si cuenta con apoyo social, 58,1% si se realiza examen médico periódico, 78,6% cuenta con seguro integral de salud, 71,8% no cuenta con apoyo social, 72,7% si se realiza examen médico periódico, 69,2% cuenta con seguro integral de salud, 76,5% si existe pandillaje.”

“Ulloa M, (26). En su investigación sobre: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta Madura. Miramar Sector 3, Moche - Trujillo, 2015. Se observa que el 58% son de sexo femenino, el 45% tienen secundaria c/ secundaria incompleta, 39% tienen ingresos de 751 a 1000 nuevos soles; y el 50% tienen ocupación eventual. 72% de las vivienda son de tipo unifamiliar, 91% son de tenencia propia, 51,4% tienen como material de piso tierra, con el 53,1% tiene material noble su techo, 52% tiene de material noble sus paredes, 60% tienen habitaciones independientes, 100% tienen abastecimiento de agua domiciliaria, 100% tienen baño

propio, 95% utilizan gas como combustible para cocinar, 100 % tiene energía eléctrica, 100% eliminan la basura en carro recolector, 100% afirman que pasan recogiendo la basura todas las semanas, no fuma, 32% ha consumido bebidas alcohólicas ocasionalmente, 80% duerme de 6 a 8 horas, 82% se baña diariamente; el 29% no se realiza algún examen médico; 50% en su tiempo libre no realiza alguna actividad física, 54,3% cuenta con seguro integral de salud, 87,5% si existe pandillaje, 48,7% si cuenta con apoyo social, 53,8% cuenta con seguro integral de salud.”

A nivel Local.

“Santillán Y, (27). En su investigación titulada: Determinantes de Salud de los Adultos del Centro Poblado de Paltay Sector “C” Lucma Taricá -2016. Se observa que el mayor porcentaje de los adultos en un 53,9% son de sexo masculino, 43,4% son adulto maduro, 44,7% tiene secundaria completa/incompleta, 84,2% su ingresos económico es menor de 750 soles, 72,4% tienen ocupación eventual. 68,4% tienen vivienda unifamiliar, 100%, cuentan con vivienda propia, piso de tierra, 56,6%, tiene techo de adobe, pared adobe, 90,1% dormían en una habitación de 2 a 3 miembros, 100%, tienen conexión domiciliaria de agua, cuentan con baño propio, 67,8%, cocinan con leña, carbón, 71,1%, tienen energía eléctrica permanente, 100%, eliminan la basura enterrando, quemando y en carro recolector, 100% afirmaron que la frecuencia con que recogen la basura es diariamente, 100%, suelen eliminar su basura en el carro recolector.”

“Ayala J, (28). En su investigación titulada: Determinantes de salud de los Adultos del Caserío Chua, Bajo Sector S, Huaraz- 2016. 52,5% son de sexo masculino, 56,3% son adultos jóvenes, 46,3 tiene secundaria completa/ incompleta,

37,5% perciben un ingreso económico de 751 a 1000 nuevos soles, 43,2% tienen como ocupación trabajo eventual. 96,9% cuentan con vivienda unifamiliar, 84,4% tienen casa propia, 50,6% tienen piso de tierra, 60% tienen como techo material noble ladrillo cemento, 84,4% de las viviendas tienen paredes de cemento / ladrillos, 45,6% refieren que duermen 2 a 3 miembros en una sola habitación, 96,8% tienen conexión de agua domiciliaria, 73,2% cuentan con baño propio 67,5% utilizan gas para cocinar, 93,7% cuentan con energía eléctrica permanente, así mismo 72,5%, disponen la basura en carro recolector, 85,6% refieren que recogen la basura todas las semanas pero no diariamente, 72,5% eliminan la basura en carro recolector.”

“Villanueva C, (29). En su investigación titulada: Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de “Lloclla-Huaraz, ,2016. Se muestra que del 100% de personas adultas que participaron en el estudio 51,1 % son de sexo femenino, 38,3% tiene entre 30 – 59 años, el 58,6% tienen grado de instrucción inicial/primaria, 100% tiene un ingreso económico menor a 750 soles, 74,4% tienen trabajo eventual. 57,1% tienen vivienda unifamiliar, 100% tienen casa propia, 100% piso de tierra, 80,5% techo de adobe, 100% tienen paredes de adobe, 77,4 % comparten 2 a 3 más miembros el dormitorio, 100% tienen conexión de agua domiciliaria, 100 % poseen letrinas, 92,5 % cocinan con leña, 100 % tienen energía eléctrica permanente, 47,3 % queman la basura, 100 % eliminan la basura a campo limpio.”

2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación

“El presente proyecto de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead, presenta

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 (30).”



“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. (25). Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (31).”

“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 (31).”

“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 (31).”

“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 (31).”



**Fuente: Frenz P. (24) Desafíos en Salud Pública de la Reforma:
Equidad y Determinantes Sociales de la Salud**

“Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad (31).”

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

a) Determinantes estructurales

“Según el modelo, los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, se entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubican también las relaciones de género y de etnia. Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios (31).”

b) Determinantes intermediarios.

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

c) Determinantes proximales.

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

El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones (31).”

“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 (31).”

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

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

activo y responsable con la propia salud (31).”

“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 (32).”

“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 (31).”

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

“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 (32).”

“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 (33).”

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y nivel de investigación

“Cuantitativo: Son aquellas que pueden ser medidas o cuantificadas en términos numéricos (33).”

“Descriptivo: Especificaciones, propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Implica describir a un grupo o población (33).”

3.2. Diseño de la investigación

“Diseño de una sola casilla: Utilizan un solo grupo con el objeto de obtener un informe aislado de lo que existe en el momento del estudio, sirve para resolver problemas de identificación (34,35).”

3.3. Universo o Población

3.3.1 Población

La población estuvo conformada por el número de 249 personas adultas de ambos sexos que residen en la Comunidad de Shilla– Sector Yanarumi- Ancash, 2013.

3.3.2. Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico con un nivel de confianza de 95% y un margen de error posible del 5% en la cual mediante la aplicación de la técnica de muestreo aleatorio obtenemos una muestra de 151 números de personas de ambos sexos que residen en la Comunidad de Shilla– Sector Yanarumi- Ancash, 2013. (Anexo 1).

Unidad de análisis

Los adultos en sus diferentes grupos etarios, que forma parte de la muestra y responde a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Persona que vive más de 3 a años de la Comunidad de Shilla-Sector Yanarumi- Ancash, 2013.
- Personas sanas o enfermas
- Persona que acepta participar en el estudio.
- Tener la disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Persona que tenga algún trastorno mental.

3.4. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONÓMICO

Sexo

Definición Conceptual.

“Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (36).”

Definición Operacional

Escala nominal

Masculino

Femenino

Edad

Definición Conceptual.

“Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el número de años cumplidos de la persona en el momento del estudio (37).”

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

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

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

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin nivel instrucción
- Inicial/Primaria
- Secundaria Completa / Secundaria 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 (39).”

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 (41,42).”

Definición Operacional

Escala Nominal

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

II. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO

FISICO

Vivienda

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las

Personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (42).

Definición operacional

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
- Láminas 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
- Individual / 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

III. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

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

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

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

Examen Médico periódico en establecimiento de salud

- Si
- No

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

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 (44).”

Definición Operacional

Escala ordinal Dieta:

Frecuencia de consumo de alimentos

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

IV. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

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

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala ordinal

- Familia
- 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

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) (47).”

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
- Otros

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 ()

3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

En el presente trabajo de investigación se utilizará 1 instrumento para la recolección de datos que se detallan a continuación:

Instrumento N° 01

El instrumento utilizado fue elaborado por Vílchez A. Cuestionario sobre los determinantes de los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi–Ancash. Que está constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO 02)

- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno Biosocioeconómico de los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi–Ancash, 2013 (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, Vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales de los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi–Ancash, 2013 (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), Alimentos

que consumen las personas.

- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias, de los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi–Ancash, 2013 Apoyo social natural, organizado, Acceso a los servicios de salud.

Control de Calidad de los datos:

La validez externa:

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

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

n_e = número de expertos que indican "esencial".

N = número total de expertos.

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

“De acuerdo con Lawshe si más de la mitad de los expertos indica que una pregunta es esencial, esa pregunta tiene al menos alguna validez de contenido (48).”

Calculo del Coeficiente de Validez Total:

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

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

Coeficiente de validez total = 0,75.

“Este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta del Perú (48).”

Confiabilidad (44)

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

“A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad inter evaluador (44).” (Anexo 4).

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas. (Ver anexo N° 04)

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

Validez de contenido: Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, nueve en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación al constructo evaluado por dimensiones. Para efectos de este análisis, se utilizó para la

evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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

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 (44).” (Ver anexo N° 05).

3.6. Procesamiento y Análisis de Datos:

Procedimientos de la recolección de datos:

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

- Se informó y pedirá consentimiento de las personas de dicha comunidad,

haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.

- Se coordinó con las personas adultas su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada participante
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.
- El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas serán marcadas de manera personal y directa.

3.7 Análisis y Procesamiento de los datos:

Principios éticos

“En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (47).”

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a las personas adultas de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi–Ancash, que la investigación será anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitara ser expuesto respetando la intimidad de las personas adultas de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi–Ancash. Siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó a las personas adultas de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi–Ancash. Los fines de la investigación, cuyos resultados se encontraran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con las personas adultas de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi–Ancash. Que acepten voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 06).

VI. RESULTADOS:

3.1 Análisis de Resultados:

TABLA 1
DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DE LA COMUNIDAD
DE SHILLA SECTOR YANARUMI-ANCASH, 2013

Sexo	N	%
Masculino	92	61,9%
Femenino	59	38,1%
Total	151	100,0%
Edad	N	%
Adulto Joven	18	11,9%
Adulto Maduro	96	63,6%
Adulto Mayor	37	24,5%
Total	151	100,0%
Grado de instrucción	N	%
Sin nivel e instrucción	20	13,2%
Inicial/Primaria	41	27,2%
Secundaria Completa / Secundaria	88	58,3%
Superior universitaria	0	0,0%
Superior no universitaria	2	1,3%
Total	151	100,0%
Ingreso económico (Soles)	N	%
Menor de 750	151	100%
De 751 a 1000	0	0,0%
De 1001 a 1400	0	0,0%
De 1401 a 1800	0	0,0%
De 1801 a más	0	0,0%
Total	151	100,0%
Ocupación	N	%
Trabajador estable	10	6,6%
Eventual	108	71,5%
Sin ocupación	33	21,9%
Jubilado	0	0,0%
Estudiante	0	0,0%
Total	151	100,0%

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

TABLA 2

DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FÍSICO DE LOS ADULTOS DE LA COMUNIDAD DE SHILLA SECTOR YANARUMI – ANCASH, 2013.

Tipo	N	%
Vivienda unifamiliar	113	74,8%
Vivienda multifamiliar	38	25,2%
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0%
Local no destinada para habitación humana	0	0,0%
Otros	0	0,0%
Total	151	100,0%
Tenencia	N	%
Alquiler	0	0,0%
Cuidador/alojado	57	37,7%
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0%
Alquiler venta	0	0,0%
Propia	94	62,3%
Total	151	100,0%
Material del piso	N	%
Tierra	151	100%
Entablado	0	0,0%
Loseta, vinílicos o sin vinílico	0	0,0%
Láminas asfálticas	0	0,0%
Parquet	0	0,0%
Total	151	100,0%
Material del techo	N	%
Madera, esfera	0	0,0%
Adobe	94	62,3%
Estera y adobe	0	0,0%
Material noble, ladrillo y cemento	0	0,0%
Eternit	57	37,7%
Total	151	100,0%
Material de las paredes	N	%
Madera, estera	0	0,0%
Adobe	151	100%
Estera y adobe	0	0,0%
Material noble ladrillo y cemento	0	0,0%
Total	151	100,0%
N° de personas que duermen en una habitación	N	%
4 a más miembros	0	0,0%
2 a 3 miembros	141	93,4%
Independiente	10	6,6%

Total	151	100,0%
Abastecimiento de agua		
	N	%
Acequia	28	18,5%
Cisterna	0	0,0%
Pozo	0	0,0%
Red pública	0	0,0%
Conexión domiciliaria	123	81,5%
Total	151	100,0%
Eliminación de excretas		
	N	%
Aire libre	17	11,3%
Acequia, canal	0	0,0%
Letrina	134	88,7%
Baño público	0	0,0%
Baño propio	0	0,0%
Otros	0	0,0%
Total	151	100,0%
Combustible para cocinar		
	N	%
Gas, Electricidad	0	0,0%
Leña, carbón	123	81,5%
Bosta	0	0,0%
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0%
Carca de vaca	28	18,5%
Total	151	100,0%
Energía eléctrica		
	N	%
Sin energía	0	0,0%
Lámpara (no eléctrica)	123	0,0%
Grupo electrógeno	0	0,0%
Energía eléctrica temporal	0	0,0%
Energía eléctrica permanente	140	92,7%
Vela	11	7,3%
Total	151	100,0%
Disposición de basura		
	N	%
A campo abierto	5	3,3%
Al río	16	10,6%
En un pozo	0	0,0%
Se entierra, quema, carro recolector	130	86,1%
Total	151	100,0%
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa		
	N	%
Diariamente	0	0,0%
Todas las semana pero no diariamente	151	100%
Al menos 2 veces por semana	0	0,0%
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0,0%
Total	151	100,0%

Continúa...

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	N	%
Carro recolector	151	100%
Montículo o campo limpio	0	0,0%
Contenedor específico de recogida	0	0,0%
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0%
Otros	0	0,0%
Total	151	100,0%

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

TABLA 3

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE LA COMUNIDAD DE SHILLA SECTOR YANARUMI - ANCASH, 2013

Fuma actualmente:	N	%
Si fumo, diariamente	0	0,0%
Si fumo, pero no diariamente	0	0,0%
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	3	2,0%
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	148	98,0%
Total	151	100,0%
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	N	%
Diario	0	0,0%
Dos a tres veces por semana	0	0,0%
Una vez a la semana	2	1,3%
Una vez al mes	7	4,6%
Ocasionalmente	127	84,1%
No consumo	15	9,9%
Total	151	100,0%
Nº de horas que duerme	N	%
06 a 08	151	100%
08 a 10	0	0,0%
10 a 12	0	0,0%
Total	151	100,0%
Frecuencia con que se baña	N	%
Diariamente	0	0,0%
4 veces a la semana	151	100%
No se baña	0	0,0%
Total	151	100,0%
Se realiza algún examen médico periódico, en	N	%
Si	15	9,9%
No	136	90,1%
Total	151	100,0%
Actividad física que realiza en su tiempo libre	N	%
Caminar	143	94,7%
Deporte	8	5,3%
Gimnasia	0	0,0%
No realizo	0	0,0%
Total	151	100,0%
En las dos últimas semanas que actividad física	N	%
Caminar	148	98,0%
Gimnasia suave	0	0,0%
Juegos con poco esfuerzo	0	0,0%
Correr	0	0,0%
Deporte	3	2,0%
Ninguna	0	0,0%
Total	151	100,0%

Continúa...

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Frutas	0	0,0	5	3,3%	121	80,1	17	11,3	8	5,3	151
Carne	0	0,0	18	11,9	103	68,2	25	16,6	5	3,3	151
Huevos	92	60,9	51	33,8	8	5,3	0	0,0	0	0,0	151
Pescado	0	0,0	0	0,0	22	14,6	126	83,4	3	2,0	151
Fideos	24	15,9	107	70,9	16	10,6	4	2,6	0	0,0	151
Pan, cereales	0	0,0	9	6,0	110	72,8	18	11,9	14	9,3	151
Verduras, hortalizas	151	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	151
Otras	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,3	149	98,7	151

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

TABLA 4

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE
LOS ADULTOS DE LA COMUNIDAD DE SHILLA SECTOR
YANARUMI – ANCASH, 2013**

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N	%
Hospital	53	35,1%
Centro de salud	0	0,0%
Puesto de salud	88	58,3%
Clínicas particulares	0	0,0%
Otras	10	6,6%
Total	151	100,0%
Distancia del lugar de atención de salud	N	%
Muy cerca de su casa	0	0,0%
Regular	5	3,3%
Lejos	10	6,6%
Muy lejos de su casa	85	90,1%
No sabe	0	0,0%
Total	151	100,0%
Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	0	0,0%
SIS-MINSA	151	100%
sanidad	0	0,0%
Otros	0	0,0%
Total	151	100,0%
Tiempo que espero para que lo atendieran	N	%
Muy largo	0	0,0%
Largo	97	64,2%
Regular	54	35,8%
Corto	0	0,0%
Muy corto	0	0,0%
No sabe	0	0,0%
Total	151	100,0%
Calidad de atención que recibió	N	%
Muy buena	0	0,0%
Buena	15	9,9%
Regular	92	60,9%
Mala	44	29,1%
Muy mala	0	0,0%
No sabe	0	0,0%
Total	151	100,0%

Continúa...

Pandillaje cerca de la vivienda	N	%
Si	144	95,4%
No	7	4,6%
Total	151	100,0%

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado la Dra. Vilchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

TABLA 5
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL
NATURAL Y ORGANIZADO EN ADULTOS DE LA COMUNIDAD DE
SHILLA SECTOR YANARUMI – ANCASH, 2013

Recibe algún apoyo social natural:	N	%
Familiares	35	23,2%
Amigos	0	0,0%
Vecinos	15	9,9%
Compañeros espirituales	0	0,0%
Compañeros de trabajo	0	0,0%
No recibo	101	66,9%
Total	151	100%
Recibe algún apoyo social organizado:	N	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0%
Seguridad social	0	0,0%
Empresa para la que trabaja	0	0,0%
Instituciones de acogida	0	0,0%
Organizaciones de voluntariado	0	0,0%
No recibo	151	100%
Total	151	100%

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado la Dra. Vílchez Aplicado en los adulto de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

TABLA 6
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA
ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO LOS ADULTOS DE LA
COMUNIDAD DE SHILLA SECTOR YANARUMI – ANCASH, 2013

Recibe algún apoyo social de las organizaciones:	SI		NO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pensión 65	0	0,0%	151	100,0%	151	100,0%
Comedor popular	0	0,0%	151	100,0%	151	100,0%
Vaso de leche	0	0,0%	151	100,0%	151	100,0%
Otros	0	0,0%	151	100,0%	151	100,0%

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado la Dra. Vilchez Aplicado en los adulto de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

4.2 Análisis de resultados:

TABLA 1

La presente tabla representa los resultados sobre los determinantes de la salud biosocioeconómico de los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi, de los participantes en la presente investigación se observa que en cuanto al sexo de los adultos se evidencia que el 61% son de sexo masculino, son adultos maduros en un 63,6%, 58,3% tienen un grado de instrucción de secundaria completa/secundaria incompleta, 100% recibe un ingreso económico mensual, menor de 750 soles y 71,5% tienen trabajo eventual.

“Al buscar resultados similares a la investigación realizada, se encontró la tesis de Pinedo P, (50). En su estudio: Determinantes de la Salud en Adultos Maduros. Asentamiento Humano Nuevo Moro - 2015. Donde concluye que el 57% (68) son del sexo masculino; el 60% (52) secundaria completa/secundaria incompleta; el 77 % (72) tiene un ingreso económico menor de 750,00 nuevos soles y el 50% (60) trabajan eventual.”

“Similares resultados también es lo presentado por Valdez N, (51). En su estudio: Determinantes de la Salud en Adultos Mayores Con Hipertensión. Anexo La Capilla-Samanco.2017. Donde concluye que el 71% (57) la mayoría son de sexo masculino, el 100% tienen un ingreso menor de 750 soles; la mayoría 72% (58) tienen trabajo eventual; una variable que difiere es que más de la mitad no tiene nivel de instrucción 56% (45).”

“Semejanza también presenta la investigación de Lino H, (52). En su estudio: Determinantes de la Salud en Adultos Con Tuberculosis, Centro De Salud Yugoslavo Nuevo Chimbote, 2015. Se observa que 56 % (18) son adultos maduros, el 59 % (19) tienen un ingreso económico menor de 750 soles; el 62%

(20) su ocupación es eventual. Pero difiere en que el 56% (18) son de sexo femenino, el 59% (19) tienen grado de instrucción superior no universitaria.”

“Otras investigaciones han mostrado resultados opuestos como es el caso de Hipólito R, (53). En su investigación titulada: Determinantes de la Salud en los Adultos Mayores del Asentamiento Humano Los Cedros- Nuevo Chimbote, 2016. El cual muestra que el 67% (67) son de sexo femenino; el 49% (49), tienen un grado de instrucción Inicial /primaria; el 65% (65), tiene un ingreso menor de 750 soles mensual, sin embargo similar resultado se obtuvo en la ocupación donde el 65% (65) son trabajadores eventuales.”

“Diferentes resultados también muestra la investigación de Sánchez R, (54). En su estudio titulado: Determinantes de la Salud en Madres. Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres – Chimbote, 2015. Donde concluye que el 100 % (82) son de sexo femenino, y el 77% (63) son adultas jóvenes, el 45 % (37) tiene el grado de instrucción inicial/primaria. Las variables que se asemejan son que el 75% (60) tienen un ingreso menor de 750 soles mensual y que el 43% (35), son trabajadores eventuales.”

“Finalmente otro estudio diferente revisado es el Laguna K, (55). En su estudio titulado: Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes Miraflores Alto – Chimbote, 2016. Donde obtuvo que el 100% de la población encuestada es adulto joven; el 50% (90) tienen nivel de instrucción secundaria completa, el 12,5% (19) superior universitaria; el ingreso económico el 98,7% (172) perciben 900 a 1500 soles, 96, 8% (44) tienen trabajo estable, pero se asemeja en la variable sexo donde el 62,5% (106) son de sexo masculino.”

“Examinando definiciones sobre las variables de la presente tabla esta la

del sexo que es considerada como la diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción. Esta diferencia es lo que llamamos y existen hembras y machos (56).”

“Otro autor define el sexo como: un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos, dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina (conocidas como sexo), es una característica heredable determinada genéticamente por una pareja de cromosomas, que conlleva diferentes cambios biológicos en ambos sexos (57).”

“En la actualidad se afirma que la tecnología actual, puede determinar el sexo de una criatura cuando es concebida. Los términos “macho” y “hembra” a veces se emplean para distinguir el sexo de los niños. Pero también existe otra categoría y es la intersexualidad; lo cual no es otra cosa que una persona que nace con una anatomía sexual o reproductiva diferente la una de la otra (58).”

“En la justificación biológica de los cromosomas se expresa que se diferencian científicamente a hombres y mujeres, como por ejemplo; ser capaz de quedar embarazada, tener senos, útero, cromosomas XX o XY, tener los huesos más grandes (como en es el caso de los hombres) Todos estos factores se toman en cuenta para diferenciar a un hombre de una mujer o para determinar el sexo (59).”

“Concerniente a la edad es considerada como tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad, dentro de la vida humana reconocemos la edad de la niñez, de la juventud, de la adultez o de la vejez, que comprenden grupos de edades (60).”

“Para el autor Manco S, (61). Manifiesta que la edad se establece en la base del grado de expresión de determinados indicadores biológicos. Se establece

comparando el nivel de desarrollo de estos indicadores en cada edad cronológica. El grado de desarrollo de los huesos es un importante indicador de la maduración esquelética del individuo. Se refiere a la cantidad de años que va acumulando la persona (61).”

“Concepto también expresivo es la de comentar que la edad se refiere a una cualidad del organismo entero o al menos una relación intrínseca de subproceso, es considerado como un reloj biológico, es el tiempo como ritmo biológico que sigue siendo entendido como un tiempo cronométrico (62).”

“El grado de instrucción se denomina al grado más alto completado dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, esto es considerado de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario (63).”

“Analizando otras literaturas expresan que el grado de instrucción es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales, económicos, como colectivos (64).”

“Para otro autor es considerado como el grado más elevado de estudios que una persona alcanza o que está en proceso en curso, para los que no han estudiado se les considera analfabetos, para los que no completaron pueden llegar a tener solo estudios primarios, otros que avanzaron un poco más es estudios secundarios y otros medio superiores, profesionales para los más avanzados (65).”

“Se comprende como ingresos económicos a todas las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, ya sea pública o privada, individual o grupal. Los ingresos son los considerados a los monetarios que se acumulan.

También trata de reflejar el nivel o estatus personal en la dimensión social como en la economía (66).”

“Conceptualizando sobre ingreso familiar se designa a aquellos ingresos económicos con los que cuenta una familia, considerándose al sueldo, salario, de todos aquellos miembros de la misma que trabajan y que por ello perciben un sueldo y todos esos otros ingresos que puede considerarse extras (67).”

“El ingreso del hogar es la suma de los ingresos de todos sus miembros y los que se captan de manera conjunta, tanto en efectivo como en especie. En este marco, los dos principales conceptos de ingreso familiar son el ingreso total del hogar y el ingreso disponible del hogar, el ingreso total del hogar es igual a la suma de los ingresos formados por: los sueldos y salarios (68).”

“Teniendo en cuenta al trabajo u ocupación un autor refiere que proviene del latín occupation. La ocupación se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo, La ocupación es sinónimo de trabajo, labor o que hacer (69).”

“De la misma manera ocupación es considerada como trabajo, tarea que se tiene que hacer, y que en retribución se le puede pagar, es un conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeñan una persona o individuo en su trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo (70).”

“La palabra ocupación es una faceta que surge como respuesta a las necesidades vitales de un individuo, así como el quehacer a través del cual el ser humano es compensado. La ocupación puede constituir un vehículo o forma de dar sentido, significado a la existencia, incidiendo, por tanto ofrece un bienestar psicológico y

espiritual al ser humano (71).”

En los determinantes biosocioeconomicos de los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi- Ancash, 2013 , se obtuvo que más de la mitad son de sexo masculino este resultado es diferente a lo que las estadísticas muestran donde el predominio del sexo femenino es mayor pero se ve que la curva de predominio de nacimientos de los varones ha incrementado y en datos estadísticos muestran en el año 2016 que era ligeramente superior el nacimiento de los varones que las mujeres, puede ser esto una explicación del porqué predominan los varones en el lugar de estudio.

Otro motivo puede ser porque en la zona existe grandes extensiones de terreno y la población se dedica a la agricultura como actividad principal haciendo que para estas labores se use mayormente a los varones en labores agrícolas , haciendo que las mujeres se ubiquen en sus hogares que no están muy cerca de estos campos de cultivo, algunos explican que por cultura las familias se esfuerzan porque frente a problemas de salud de sus hijos las familias hacen todo lo posible porque los varones sobrevivan mientras que a las mujeres no le dan el mismo trato , puede ser esto una explicación porque en la zona predomina el sexo masculino.

“De acuerdo al instituto nacional de estadística e informática INEI dio como resultado en la década de los años cincuenta estaba compuesta básicamente por niños/ as, en el año 2017 son menores de 15 años 27 de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,1% en el año 2017 (72).”

En cuanto a la edad la gran mayoría es adulto maduro esto se debe a que los adultos maduros se encuentran en casa con mayor frecuencia en compañía de sus

esposas y algunos de los adultos mayores, este comportamiento se da porque los adultos jóvenes tienden a emigrar fuera del lugar por cuestiones educativas, actualmente la mentalidad de los pobladores ha evolucionado y ya no piensan solo tener hijos para que sean peones y los ayuden en el cuidado de sus animales, ahora creen que al brindar educación a sus hijos posteriormente los ayudaran para mejorar sus condiciones económicas y de vida, esto podría explicar la existencia de población adulto maduro.

“La encuesta realizada en el 2016 del adulto maduro, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que al 2017, la población adulto maduro (40-64 años) en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas que representan 9,7% de la población. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%) (73).”

Referente a la variable grado de instrucción un gran porcentaje tienen como grado de instrucción secundaria completa/ secundaria incompleta, debido a que anteriormente no consideraban importante la educación de los niños ya que se creía que solamente los varones tenían el derecho o privilegio de estudiar a diferencia del sexo femenino que en su mayoría se dedicaban a los quehaceres del hogar o al cuidado de sus hijos porque en su mayoría se casaban o convivían a temprana edad. Muchos de ellos no concluyeron sus estudios secundarios y muy pocos sus estudios universitarios o técnicos ya que se presentaban muchos casos de embarazos en adolescentes motivo por el cual tanto la mujer y el varón se dedicaban a dejar sus estudios y construir su hogar y una vida en pareja.

Otra de las razones puede estar relacionada con la baja economía que tienen ya que no cuentan con lo suficiente para poder costear la educación completa,

lamentablemente la comunidad cuenta con una institución de nivel primario y muchos de ellos ya no concluyen sus estudios por la distancia que les llevaría transitar todos los días de clases o ir hasta la ciudad de Huaraz. Lamentablemente esto trae grandes consecuencias ya que el grado de instrucción con el que cuenta no les permite tener mejores oportunidades laborales, ingresos económicos bajos, pueden ser fácilmente engañados, problemas en su salud.

“Según el INEI en el 2016 la población en situación de pobreza, para el año 2016, el 51,9% de los pobres de 15 años y más de edad, solamente lograron estudiar algún año de educación primaria o no tenían nivel alguno de educación, mientras que los no pobres el 24,2% ha alcanzado ese mínimo nivel de educación (74).”

“En relación con cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2014, en el Perú la población económicamente activa (PEA) supera los 16.1 millones de personas. De ese total, el 10.49% no terminó la primaria, el 10.53% cuenta con primaria completa, el 16.11% no culminó la secundaria y un 27.55% concluyó su etapa escolar (75).”

En cuanto a la variable ingreso económico de los adultos de la Comunidad de Shilla Sector Yanarumi- Ancash, 2013. Tienen un ingreso económico menor de 750 soles esto causado por el bajo nivel educativo de la población que no les permite acceder a puestos de trabajo adecuados para tener ingresos económicos adecuados para solventar la canasta básica familiar. Una de las formas que utilizan los pobladores para solventar sus gastos es la compra y venta de productos o el intercambio antiguamente llamado trueque que consiste en intercambiar productos que producen en la zona a cambio de otros que no producen y que necesitan para su consumo diario, en ocasiones venden lo que producen en sus cosechas y con lo poco

que obtienen se abastecen de otros productos. Algo que los desmotiva es el bajo precio que paga la población por sus productos muchos de los cuales son baratos y no les permite mejorar su economía.

Lo que producen en exceso acostumbran guardarlo en lugares adecuados y frescos o lo secan para que no se malogren y puedan ser consumidos, los alimentos que producen son generalmente papa, olluco, maíz, algunas verduras y cereales, pocas frutas, algo resaltante del clima de la zona es que es seco lo cual permite que los alimentos se sequen y no sufran prontamente la putrefacción por ello facilita su mantenimiento. Importante mencionar también es que crían animales como cerdos, ganado vacuno, algunas aves, cuyes y conejos que lo consumen pero en poca cantidad, mayormente lo venden para obtener dinero y comprar otros alimentos. por consecuencia les trae muchas limitaciones ya sea para cubrir sus necesidades personales como de salud y limitarse a muchos aspectos ya sea alimenticios, vestimenta y materiales.

“De acuerdo a la INEI en el año 2016, dio como resultado que la pobreza afecta en mayor proporción a niñas, niños y adolescentes, principalmente a los residentes del área rural, donde más del 50% de niñas y niños menores de 15 años son pobres. En los otros grupos de edad, la incidencia de la pobreza fluctúa entre 32,2% y 46,2% aproximadamente (76).”

En cuanto a la variable ocupación de los adultos de la Comunidad de Shilla Sector Yanarumi- Ancash, 2013. Tienen una ocupación eventual podemos referir que se debe a que muchos no llegaron a terminar sus estudios académicos motivo por el cual no tienen un trabajo estable, además de ello se dedican por costumbre a la agricultura y a la ganadería. Muchos de los adultos en este caso maduros se quedan

en casa y los jóvenes emigran, son los adultos maduros los que con lo poco que obtienen de la agricultura los que mantienen el hogar. Todo esto en consecuencia al grado de instrucción que tienen cada uno ellos los cuales nos les permite tener puestos de trabajo estables con un mejor pago económico.

“En el trimestre móvil noviembre-diciembre 2017– enero 2018, se registraron 7 millones 649 mil 100 personas, la PET está compuesta por la Población Económicamente Activa (PEA), que representa el 68,4% (5 millones 235 mil 300 personas) y por la Población Económicamente No activa (No PEA) que representa el 31,6% (2 millones 413 mil 700 personas) (77).”

En conclusión referente a los determinantes de salud biosocioeconómicos se puede observar que algunas como el ingreso económico, la educación y el tipo de trabajo que realizan son factores de riesgo a futuro para la población en estudio que traerá como consecuencia alteraciones en su salud.

TABLA 2

En cuanto a los determinantes de la salud relacionados con la vivienda de los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi - Ancash el 74,8% tienen vivienda unifamiliar, 62,3% tienen tenencia propia, 100% tiene material de piso tierra, 62,3% el material de techo es de adobe y tejas, 100% de las paredes de las viviendas son de material de adobe, 93,4% duermen de 2 a 3 miembros, 81,5% tiene conexión domiciliaria, 88,7% tienen letrinas, 81,5% utiliza leña para cocinar, 92,7% tiene energía eléctrica permanente, 86,1% disponen su basura quemándolo en el carro recolector, 100% afirma que pasa todas las semanas pero no diariamente y el 100% afirma que lo elimina en el carro recolector.

“Al buscar resultados equivalentes a la investigación realizada, se encontró

tesis de Popayán E, (78). En investigación titulada: Determinantes de Salud de los Adultos del Centro Poblado de Vicos - Sector Punco-Corral-Marcará – Carhuaz, 2015. El 80,2% (146) cuentan con vivienda unifamiliar, 91,2% (166) tienen vivienda propia, 98,9 % (180) material de piso es de tierra, 95% (173) techo teja, 98% (175) paredes de adobe, 54% (98) duermen de 2 a 3 personas en una habitación, 85,1% (155) tienen conexión domiciliaria de agua, 68,1% (124) usan letrinas, 100% (182) utilizan leña para cocinar, 96,7% (176) cuentan con energía eléctrica permanente; pero difiere con las variables: 100% (182) disponen la basura a campo abierto 100% (182) refieren recoger la basura una vez al mes pero no todas las semanas; y 100% (182) suelen eliminar la basura en montículos o campo limpio.”

“Así mismo tiene afinidad con los resultados encontrados por Rodríguez S, (79), En su investigación titulada: Determinantes de salud de los Adultos del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo- Independencia- Huaraz 2015. El 90% (99) tienen vivienda unifamiliar, 98,2% (108) cuentan con vivienda propia, 69,1% (76) material de piso de tierra, 95,5% (104) tienen como techo eternit/tejas/calamina, 94,5% (104) material de las paredes son de adobe, 72,7% (80) duermen 2 a 3 miembros en una habitación, 98,2% (108) tienen como abastecimiento de agua conexión domiciliaria, 92,7% (102) tienen letrina, 97,3% (107) cocinan con leña, 99,1% (109) tienen energía eléctrica permanente, 62,7% (69) entierran y queman la basura; pero difieren con las variables, 100% (110) recogen la basura al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas, y 100% (110) suelen eliminar la basura en montículo a campo limpio.”

“Otra investigación con la cual tiene igualdad son los resultados encontrados por Jaramillo N, (80). En su investigación titulada: Determinantes de Salud de los

Adultos del Caserío De Pampamaca Sector “E” - Carhuaz, 2016. El 72% (108) de personas adultas tienen vivienda unifamiliar, 60% (90), tienen casa propia, 100% (150) tienen el material piso de tierra, 92% (138) tienen material de las paredes de adobe, 58% (87), duermen de 2 a 3 miembros en una habitación, 100% (150), tienen conexión de agua domiciliaria, 87% (131) cocinan con leña, carbón, 100% (150) cuentan con energía eléctrica permanente, 100% (150) disponen la basura en carro recolector, 100% (150), suelen eliminar la basura en carro recolector. Pero difiere en las variables: 87% (130) material de techo Eternit “calamina teja”, 97%(145), cuenta con baño propio, 100% (150) recogen la basura al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas.”

“Pero es contrario con los resultados obtenidos por Hipólito R, (81). En su investigación titulada: Determinantes de la Salud de los Adultos Mayores. Asentamiento Humano los Cedros – Nuevo Chimbote, 2016. El material de piso de 82% (82), es de loseta, vinílicos o sin vinílicos, el resultado del material de techo 60% (60) es de eternit, el material de las paredes 88% (88), son de material noble ladrillo y cemento, en relación al número de personas que duerme en una habitación 54% (54), duerme independientemente, en relación al abastecimiento de agua y eliminación de excretas 100% (100), cuenta con conexión domiciliaria, los resultados son iguales en combustible que utilizan para cocinar 100% (100), utiliza gas, 100% (100), tiene alumbrado público; mientras 100% (100), manifiesta que al menos dos veces por semana pasa el carro recolector de basura, pero se asemejan en las siguientes variables: 78% (78) tiene vivienda unifamiliar, 98% (98) de la población tiene casa propia, en relación a la disposición de basura 97% refiere que usa el carro recolector, de igual manera es el resultado de usar el carro recolector para eliminar la

basura.”

“De la misma manera difiere con los resultados obtenidos por Vega D, (82). En su investigación titulada: Determinantes de la Salud en Adultos del Asentamiento Humano Tres Estrellas Chimbote, 2017. El 74% (74) tiene piso de cemento, 41% (41) tiene un techo de eternit, 17% (17) tiene paredes de estera, 100% (100) baño propio, 98% (98) cocina a gas, pero se asemejan en las variables: 97% (97) tiene casa propia, 68% (68) cuentan con vivienda unifamiliar, 73% (73) duermen de 2 a 3 personas en una habitación, 100% (100) tiene conexión domiciliaria de agua, 100% (100) tiene energía eléctrica permanente, 96% (96) elimina su basura en el carro recolector, 80% (80) refiere que pasan recogiendo la basura por su casa al menos 2 veces por semana, 100% (100) eliminan su basura en el carro recolector.”

“Otra investigación distinta son los resultados encontrados por Maldonado A, (83). En su estudio: Determinantes de la Salud en Escolares de la Institución Educativa N° 89002. Chimbote, 2015. El 47,1% (115) tiene como material de piso laminas asfálticas, 68,9% (168) tiene techo de material noble, ladrillo y cemento, 93% (227) tiene paredes de material noble ladrillo y cemento, 54,9% (134) se abastecen de agua por red pública, 88,5% (216) tienen baño propio, 95,9% (234) usan como combustible para cocinar el gas y electricidad, 52,5% (128) refieren que diariamente pasan recogiendo la basura por su casa; pero se asemejan las variables: 56,1% (137) tienen una vivienda unifamiliar, 88,1% (215) tienen vivienda propia, 66,4% (162) tienen de 2 a 3 miembros que duermen en una habitación, 90,6% (221) tienen energía eléctrica permanente, 77,9% (190) elimina su basura enterrándola, quemándola o en un carro recolector, 67,2% (164) suelen eliminar su basura en el carro recolector.”

“Finalmente es opuesto a lo encontrado por Lecca N, (84). En su estudio titulado: Determinantes de la Salud en el Adulto Mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso - Nuevo Chimbote, 2016. El material de techo del 71,6% es de madera, estera, 73,9% de material de las paredes es de madera, estera, 42,8% de 4 a más miembros que duermen en una sola habitación, 100% cuentan con abastecimiento de agua de cisterna , 42,8% su eliminación de excretas es a aire libre, 100% cocinan con gas, electricidad, 35,3% no tienen energía eléctrica, 60,4% la disposición de la basura lo botan a campo abierto, 100% al menos 1 vez al mes pasa el carro de basura pero no todas las semanas, 100% la eliminación de basura en vertido, pero concuerda con la variable 100% del material de piso es tierra,100% tienen la tenencia propia de sus viviendas.”

“El tipo de vivienda es un conjunto de viviendas repetitivas organizadas en una unidad arquitectónica homogénea, unifamiliar o multifamiliar, en la cual la existencia y localización de bienes de propiedad y uso privado individual están subordinadas a la localización de áreas y bienes de propiedad y uso comunal (85).”

“La vivienda es una edificación cuyo espacio es cubierto y cerrado que sirve como refugio y para descanso. De esta manera, quienes la habitan encuentran en ellas un lugar para protegerse de las condiciones climáticas, desarrollar actividades cotidianas, guardar sus pertenencias y tener intimidad (86).”

“Vivienda unifamiliar es aquella en la que una única familia ocupa el edificio en su totalidad, a diferencia de las viviendas colectivas. Es una edificación desarrollada para ser ocupada en su totalidad por una sola familia, y pueden ser aisladas, pareadas o adosadas (87).”

“Tenencia de vivienda se refiere a la forma de posesión del espacio de la

vivienda que ocupa el hogar, son los casos en que uno o más miembros del hogar pagan en forma periódica (semanal, mensual, anual, etc.) por el derecho de habitar en esa vivienda o cuando la vivienda pertenece a alguno(s) de los miembros del hogar (88).”

“Se refiere a la relación que existe entre los residentes y la propiedad de la vivienda, sin referencia al terreno en el cual está ubicada la misma. Cuando el régimen de la vivienda es propiedad se entiende que el propietario de la vivienda es uno de los residentes en ella (89).”

“La tenencia de la vivienda es la forma en que el hogar principal ejerce la posesión de la vivienda. Esta sección, investiga el régimen de tenencia de la vivienda, como variable de interés social que, contribuye a un mejor conocimiento de la situación habitacional de los hogares y por ende el estatus de sus ocupantes (90).”

“El piso es la superficie inferior horizontal de un espacio arquitectónico, el "lugar que se pisa". Además en España se denomina piso a las viviendas. En arquitectura, los diferentes niveles se denominan plantas y los materiales que conforman la superficie superior de cada planta se llaman pavimentos, Tanto la palabra planta como piso, son términos homónimos (91).”

“Piso es un concepto con múltiples usos. Puede tratarse del suelo o pavimento que supone la base de una estructura (como una casa u otro tipo de construcción). La noción de piso también se utiliza para nombrar a las distintas plantas horizontales que forman un edificio (92).”

“También se conoce piso en lenguaje coloquial, los diferentes niveles de un edificio son llamados pisos. Además en España se denomina piso a las viviendas. En ocasiones se utiliza, erróneamente, piso en vez de forjado, que es el elemento

estructural horizontal de una planta (93).”

“En construcción se conoce por techo a la superficie interior, por encima de los límites superiores de las paredes de una habitación; aunque también se le conoce como cielo a la parte interior y techo a la parte exterior. Es un acabado de superficie que oculta la parte inferior del piso o del techo que existe por encima de la estructura (94).”

“La teja de barro es una pieza de este material hecha en forma de canal; usada para cubrir exteriormente los techos y no permitir la entrada de agua de lluvia a un espacio, dejándola escurrir. Las tejas son delgadas placas (planas o curvas) de tierra arcillosa mezcladas habitualmente con arena, que se endurecen por cocción (95).”

“El techo es la parte más esencial de una casa (una casa sin techo no puede ser considerada casa). Este es la parte que más cuesta, por el área y orientación es la parte más expuesta a los elementos y es la responsable principal del confort interior y de los daños ocasionados durante terremotos y huracanes (96).”

“La pared es el resultado de un trabajo de albañilería. Puede estar hecha de distintos materiales, como piedra, ladrillo, madera, yeso u otros. Su altura y su extensión longitudinal siempre superan al espesor. El concepto también se emplea para nombrar a los lados o costados de diferentes objetos (97).”

“Pared palabra originada en el latín “paries”, pared, alude a una estructura física, alta y plana, capaz de separar o dividir un espacio de otro. Las paredes son las obras de albañilería que se levantan a plomo, en sentido vertical, para dividir los distintos cuartos y mantener en ellos la privacidad, y para sostener toda la estructura edilicia y los techos. Antiguamente eran de barro (98).”

“En construcción la pared se suelen denominan muros si tienen función

estructural, y tabiques si se utilizan para compartimentar espacios arquitectónicos. Pueden construirse con diversos materiales, sin embargo, actualmente los materiales más empleados son el ladrillo y el cartón yeso, siendo menos frecuentes la madera y sus derivados (99).”

“Los métodos ancestrales para seleccionar la tierra como materia prima, su adición de arena, arcilla, o hierba son precisamente para mejorar sus cualidades de modo que resista mejor la intemperie, aumente su resistencia y facilite el manejo de los adobes; con fundaciones de piedra para impedir que suba por capilaridad la humedad del suelo, ya clásicas, de proteger y mejorar las construcciones de adobe (100).”

“Adobe es una palabra de origen árabe que significa “ladrillos de barro que se secaron con el sol”. De esta manera pasó a significar toda masa barrosa, (80%) arcilla (20%) y agua, que en algunos casos aparece mezclada con paja, para evitar las grietas, secada con el sol, dándole forma rectangular, con moldes especiales, que se emplea en albañilería para realizar la construcción de paredes y muros (101).”

“El adobe como material de construcción para uso habitacional ha sido utilizado por miles de años, tanto en el suroeste de los Estados Unidos como en Mesoamérica y la región andina en Sudamérica. Actualmente el 50 por ciento de las casas del mundo están construidos con este material. La utilización del adobe representa una casa autoconstruible de bajo costo (102).”

“Así, el adobe, ha sido "definido" de varias maneras, entre las más comunes: (1) "tierra a la que se desposee minuciosamente de todo tipo de impurezas"; (2) "masa de barro" moldeada en forma de ladrillo y secada al sol"; (3) "ladrillo formado por una masa de tierra arcillosa, agua y algún aditivo, secada al sol y al aire (103).”

“El dormitorio es conceptualizado como el espacio o habitación de una vivienda especialmente diseñada para el descanso de uno o más de sus habitantes. Debido a esto, cada persona decora, arma y ordena su dormitorio de acuerdo a sus preferencias personales, generación (104).”

“El dormitorio es una unidad de vivienda que forma parte de una casa o departamento, que dispone de un solo espacio para zona social y dormitorio; tiene acceso desde el exterior por pasillos, patios, zaguanes u otros espacios de circulación común. En general, carecen de servicios sanitarios y cocina en su interior, máximo dispone de uno de estos dos servicios (105).”

“La palabra habitación proviene en su etimología del latín “habitatio” que alude al efecto de la acción de habitar y al lugar en que se habita o se mora. En general usamos habitación para designar el cuarto donde se pernocta, o lo que conocemos como dormitorio, aunque también son habitaciones cada uno de los compartimentos de la vivienda (106).”

“El agua proviene (del latín agua) es una sustancia cuya molécula está formada por dos átomos de hidrógeno y uno de oxígeno (H₂O). Es esencial para la supervivencia de todos. La red de abastecimiento de agua potable es un sistema de obras de ingeniería, concatenadas que permiten llevar hasta la vivienda de los habitantes de una ciudad, pueblo o área rural (107).”

“De la misma manera es definida como agua potable o agua para consumo humano, al agua que puede ser consumida sin restricción debido a que, gracias a un proceso de purificación, no representa un riesgo para la salud. El término se aplica al agua que cumple con las normas de calidad promulgadas por las autoridades locales e internacionales (108).”

“El abastecimiento de agua se refiere a la fuente principal de donde proviene el agua para preparar los alimentos en el hogar, mientras que agua de hoyo cavado en la tierra que se construye para acumular y extraer el agua mediante un sistema de bombeo, el agua también se obtiene de surtidores comunitarios ubicados, en algún sitio del barrio, localidad o comunidad, fuera de la vivienda (109).”

“El agua conectada a una red domiciliaria son aquellas instalaciones exigidas por la urbanización conforme a la ley, inclusive los arranques de agua potable, operadas y administradas por el prestador del servicio público de distribución, a las que se conectan las instalaciones domiciliarias de agua potable (110).”

“La eliminación de excretas es definida como el lugar donde se arrojan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para así evitar que las bacterias patógenas que contienen puedan causar enfermedades. La falta de sistemas de saneamiento básico favorece la proliferación de vectores así como de agentes infecciosos. La epidemia de cólera de inicios de la década de 1990 fue un recordatorio del peligro que conlleva el saneamiento deficiente (111).”

“Así mismo es la disponibilidad de servicios sanitarios y el sistema utilizado por el hogar para la eliminación de excretas. Inodoro conectado al alcantarillado: se refiere al sistema del inodoro con descarga de agua a un sistema de alcantarillado, para eliminar las materias fecales (112).”

“Eliminación de excrementos humanos en forma higiénica es necesaria para asegurar un ambiente saludable y proteger a la población de enfermedades crónicas. Las viviendas que cuentan con sistemas de recolección y evacuación de excrementos humanos y aguas servidas que son arrastrados por corrientes de agua (alcantarillado o pozos con o sin tratamiento (113).”

“El combustible es conceptualizado como cualquier material capaz de liberar energía cuando se oxida de forma violenta con desprendimiento de calor poco a poco. Supone la liberación de una energía de su forma potencial (energía de enlace) a una forma utilizable sea directamente (energía térmica) dejando como residuo calor (energía térmica), dióxido de carbono y algún otro compuesto químico (114).”

“Combustible para cocinar es aquella que procede de la biomasa obtenida hace millones de años y que ha sufrido grandes procesos de transformación hasta la formación de sustancias de gran contenido energético como el carbón, leña, el petróleo, o el gas natural, etc. No es un tipo de energía renovable, por lo que no se considera como energía de la biomasa (115).”

“La leña es la madera utilizada para hacer fuego en estufas, chimeneas o cocinas. Es una de las formas más simple de biomasa usada mayormente para calentar y cocinar. Es extraída de los árboles. Es necesario que exista en el fogón un flujo de aire para generar la combustión y que se produzca el fuego, así como para evacuar el humo que esto produce. Para ello, el aire debe estar frío (116).”

“El sistema de iluminación representa, a gran escala, el consumo energético de diferentes lugares, tanto públicos como privados. Se calcula que aproximadamente se reduce el consumo de energía de entre un 15% y un 50% si los lugares e instalaciones cuentan con un sistema de iluminación adecuado (117).”

“Así mismo la iluminación refiere a la acción y efecto de iluminar. También, por medio de esta palabra se alude a aquellas luces dispuestas en un determinado lugar con el objetivo de alumbrar o dar luz a algo, existen dos tipos de luz el natural y artificial (118).”

“Iluminación eléctrica. Diversos procesos, sistemas, formas y/o equipo para suministrar iluminación artificial. También llamado alumbrado. Los primeros experimentos de iluminación eléctrica fueron realizados por el químico británico Humphry Davy, quien fabricó arcos eléctricos (119).”

“Disposición de la basura es definida como el proceso de aislar y confinar los residuos sólidos en especial los no aprovechables, en forma definitiva, en lugares especialmente seleccionados y diseñados o en su defecto en lugares no específicos como en el campo limpio, desagües, en carros recolectores para evitar la contaminación, y los daños o riesgos a la salud humana y al medio ambiente (120).”

“Un camión de recogida de desechos, o coloquialmente llamado camión de la basura o camión recolector de basura, es un camión diseñado especialmente para recoger pequeñas cantidades de desechos y transportarlos a vertederos y a centros de tratamiento y reciclaje (121).”

“La basura suele ser llamada domiciliaria, cuando es producto de actividades domésticas, e industrial, si son residuos producidos a consecuencia del avance técnico del hombre. Algunos de los elementos que constituyen la basura que no puedan seguir siendo utilizados para el fin que fueron creados, pueden ser utilizados con otro objetivo (122).”

“La función del recolector de basura es recoger y verter dentro del camión de aseo todos los materiales almacenados dentro de las bolsas o canecas que normalmente utilizan tanto las empresas como particulares para depositar la basura y llevarlo a una zona exclusivamente para el depósito y eliminación de los desechos (123).”

“Frecuencia con que recogen la basura es definida como el servicio de

disposición de residuos ordinarios que consiste en la recepción de residuos procedentes de los lugares, con el fin de ser aprovechados, recuperados, tratados y dispuestos adecuadamente, minimizando los impactos ambientales aplicando las tecnologías adecuadas disponibles (124).”

“Así mismo es la acción final de depositar o confinar permanentemente residuos en sitios e instalaciones cuyas características permitan prevenir su liberación al ambiente y las consecuentes afectaciones a la salud de la población y a los ecosistemas y sus elementos (125).”

“En relación al municipio los camiones cuentan con un programa de mantenimiento cada 6 meses, ya que por falta de pavimentación los camiones al estar cargados tienden a dañarse más circulando por estas calles. El siguiente paso será determinar el volumen promedio que será recolectado por turno para conocer si el vehículo podrá cubrir con toda la zona. (126).”

“Los recolectores de la basura y material reciclable conocidos también como recolectores de basura, desechos o material reciclable, manejan y operan camiones para llevar a estaciones de transferencia y basureros certificados o bien materiales reciclables para transportarlos a centros de reciclaje (127).”

En cuanto al tipo de vivienda de los adultos la mayoría tiene vivienda unifamiliar esto debido a que las parejas que contraen matrimonio o tienen hijos sus padres como herencia les obsequian u otorgan un pequeño terreno de sus chacras o terrenos que tienen, el cual viven con su cónyuge e hijos, de la misma manera sucede cuando sus hijos al cumplir la mayoría de edad forman su propia familia fuera de su hogar y buscan independizarse de sus padres y luchar esforzándose por su futuro familiar.

“Es evidenciado un estudio realizado por Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) a nivel nacional en 2015, donde el mayor porcentaje son viviendas unifamiliares con 75,9%, seguido de viviendas multifamiliares 12,5%, vivienda de uso mixto 3,6% (128).”

Se obtuvo que más de la mitad de los adultos tengan casa propia, esto se debe, a que los de las autoridades en conjunto con el ministerio de agricultura les otorgaron el título de sus viviendas como propietarios registrados, motivo por el cual al contraer sus hijos matrimonio o decidan formar su familia sus padres les obsequian una parte de sus extensos terrenos que tienen, siendo por costumbre que los familiares de cada cónyuge les ayuden en la construcción de sus viviendas y algunas veces obsequiarles los materiales (tablas, adobe, tejas) para que así en unión puedan vivir mejor e independientemente luchando en conjunto para mejorar cada día más sus viviendas.

“Los resultados estadísticos obtenidos tienen relación con los estudios realizados por el INEI en el año 2015 en Perú acerca de las viviendas particulares propias en un 74,8%. Incluye las 81 viviendas propias se adquirió mediante herencia u otra forma. También el departamento de Ancash tiene vivienda propia en un 78,9% (129).”

“En comparación con el Censo de 2016, en el departamento de Ancash, es importante destacar el incremento de las viviendas propias en 24 mil 882 viviendas, que representa un 16,8% durante el periodo intercensal, y un incremento anual de 1 mil 777 viviendas (130).”

Según el material del piso de las viviendas todos cuentan con material de tierra debido a que no cuentan con la economía suficiente para poder mejorar el material del piso de sus viviendas ya que cuentan con un ingreso económico muy bajo a esto

también se suma la distancia del lugar donde viven ya que si quisieran construir sus viviendas de otro material como es el cemento y ladrillo tienen que ingresar los materiales por una subida angosta con poca presencia vehicular lo cual es un gasto adicional.

Además de ello mucho de los pobladores nos refieren que prefieren el piso de tierra porque sienten más abrigadas sus viviendas debido a que a mucho de ellos les gusta sentarse en el piso porque refieren sentirse más cómodos al momento de iniciar alguna conversación con alguno de sus familiares o sentarse a descansar después del almuerzo. Pero esto les podría traer como consecuencia problemas de salud como parasitosis, problemas respiratorios.

“El censo del 2015 realizado por el INEI, del total de viviendas particulares, según material predominante en los pisos y área de residencia en la zona rural, el 71,8% el material predominante en sus pisos de tierra, el 17,2% de las viviendas tiene como material predominante cemento, el 9,4% de las viviendas tiene como material predominante madera y en porcentajes menores otro material (131).”

Sobre el material de techo de las viviendas más de la mitad son de adobe (teja) debido a que por la misma manera sus casas son de material de adobe y es por ello que el material de sus techos es de teja. A esto también se suma la distancia del lugar donde viven ya que si quieren construir sus techos de otro material como es el cemento y ladrillo, eternit, tienen que ingresar los materiales por una subida angosta y con poca presencia de vehículos a lo cual es un gasto adicional.

Además por mantener la costumbre de su población que hace muchos años techaban sus viviendas con tejas porque refieren que una casa de adobe con tejas se ve más bonito además de ello se suma que prefieren techar con tejas porque en

tiempo de invierno permite mantener la vivienda abrigada al igual que cuando llueva no ingrese agua de las lluvias a sus hogares mientras estén en buen estado las tejas además no haga mucho ruido cuando llueve, en tiempo de verano mantiene a la casa con menos temperatura de calor a diferencia de techar con calamina o eternit que haría que sus casas estén con la temperatura más alta y por ultimo otras de las razones es la economía que no le permite comprar o adquirir a la mayoría de los pobladores otro material de techo.

“De la misma manera los estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI 2015 viviendas particulares, según material predominante en los techos y área de residencia dio a conocer que el material de techo en la zona rural predominante es plancha de calamina 62,4%, seguido por tejas 21,5% (132).”

En cuanto al material de las paredes de las viviendas todos cuentan con el material de adobe esto debido que no cuentan con la economía suficiente para poder construirlo de material noble o de ladrillos lo cual es consecuencia del bajo ingreso económico con que cuentan cada mes. Otra de las razones es porque la distancia para llegar a la comunidad es muy lejana y es de subida y es complicado poder trasladar los materiales hacia la comunidad el cual es un presupuesto económico aparte.

Otras de las razones es porque la mayoría construye de adobe porque ellos mismos son los que elaboran muchas veces los adobes que no necesitan de mucho material además de ello no necesitan un equipo de construcción complejo que les genere mayor gasto económico y ellos mismos con ayuda de sus demás familiares construyen sus viviendas, muchos de ellos también refieren que contar con las paredes de adobe en sus viviendas permite mantener abrigado el hogar ya que es su

población hace mucho frío o las temperaturas son bajas motivo por el cual el adobe permite mantener fresco y seco el hogar los cuales son muy resistentes a la humedad.

“Según el INEI a nivel nacional en 2016, los hogares pobres cuentan con paredes de adobe o tapia, 57,2%, un 49,6% de hogares no pobres tienen paredes de ladrillo o bloque de cemento. Por ámbito geográfico, se delinea la tendencia observada a nivel nacional, Asimismo, se advierte mayor proporción de hogares pobres con paredes de adobe, y en el caso de los no pobres predomina el ladrillo (133).”

En cuanto al número de personas que duermen en una habitación el resultado es que la mayoría duermen de dos a tres miembros esto es porque la habitación es ocupada por los dos padres y el hijo menor o único. También porque duermen todos los hermanos y hermanas en una sola habitación y en otra habitación sus padres, todo ello debido ya que sus viviendas no cuentan con espacios suficientes para que cada uno de los miembros en especial los hijos puedan dormir en habitaciones personales.

Ya que sus viviendas son de adobe de un solo piso, cuentan con pocas distribuciones de espacios en sus viviendas pese a tener lotes de grandes magnitudes pero que por costumbre solamente construyen una casa pequeña de un solo piso, motivo por el cual la cantidad de personas para dormir son de dos a tres personas, los cuales pueden traer posibles problemas como: (trastornos en el desarrollo psicológico, violaciones, transmisión de enfermedades).

“El Departamento de Ancash de acuerdo a habitaciones con que cuenta la vivienda, se considera como hogar hacinado aquel donde habitan más de 3 personas por cuarto. Según las cifras del Censo de 2015, el 14% de los hogares estarían en tal condición. Según provincias, Asunción y Huari, tienen mayor porcentaje de hogares

hacinados, con 23,4% y 23,2%, respectivamente (134)”

En cuanto al abastecimiento del agua la mayoría cuenta con conexión domiciliaria ya que cuentan con un reservorio de agua el cual abastece de agua a todos los pobladores de dicho sector. Ya que hace pocos años se gestionó a la municipalidad para que cada domicilio cuente con conexión domiciliaria debido a que tiempos atrás no se contaba con servicios de conexión domiciliaria de agua y tenían que ir a puquiales a sacar agua para realizar sus distintas actividades es por ello que se gestionó y se realizó el tener agua de conexión domiciliaria juntamente con el trabajo de cada poblador y autoridades, los cuales mensualmente realizan el clorado del agua con ayuda de los especialistas del ministerio de agricultura y así poder disminuir EDA, enfermedades dermatológicas, parasitosis, etc. además de ello cabe destacar que la población cuenta con su canal de riego para mejorar su agricultura.

“Los resultados estadísticos obtenidos tienen relación con los estudios realizados por el INEI en el año 2015 formas de abastecimiento de agua de los hogares, según área de residencia en la zona rural es red pública dentro de la vivienda 62,5%, río, acequia, manantial o similar 23%, otra forma 5,5 % y pilón de uso público 1% (135).”

En cuanto a la eliminación de las excretas la mayoría elimina sus excretas a través de letrinas, esto debido a que los pobladores no cuentan con desagüe esto nos da de pensar que sus autoridades no gestionan para que puedan tener desagüe debido a que solamente gestionaron para la conexión domiciliaria de agua, la falta de gestión en lo que respecta saneamiento básico, cada vivienda tiene su letrina ubicado al espaldar de sus viviendas la cual es un peligro para su salud la de ellos y la de su

familia ya que la aparición de moscas y demás insectos y roedores está presente por no contar con desagüe y porque no están siendo tratadas correctamente es decir no se maneja la limpieza adecuada, no utilizan cal, y no están conectados a ningún canal de irrigación o alcantarilla lo cual es problema de salud ya que está expuesto a contaminación, parasitosis, EDA.

“En la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), los servicios de desagüe en trimestre enero, febrero y marzo del 2017 en el área urbana, el 90,9% de los hogares tienen sistema de eliminación de excretas por red pública, y en el área rural el 19,5%. Por otro lado, de cada 100 hogares rurales, 26 eliminan las excretas mediante pozo séptico (136).”

En cuanto al combustible para cocinar la mayoría cocina con leña debido a que los pobladores principalmente tienen la costumbre de cocinar con cocina a leña ya que refieren que la cocción de los alimentos es más rápida, saludable, es más rico el sabor, más económica ya que la mayoría no cuenta con la economía suficiente primero para comprar una cocina a gas y otro por comprar el balón de gas ya que tienen ingresos económicos bajos a diferencia de la leña que lo consiguen de las ramas de árboles secos, de coronta del maíz, etc. con la cual pueden cocinar sus alimentos o comidas. Otra de las razones que nos refirieron algunos pobladores fue que tenían temor a los accidentes que ocurren con los balones de gas o las cocinas a gas ya sea por la fuga de gas o la mala manipulación ya que muchos de ellos desconocen el uso tanto de la cocina a gas y de la instalación del gas además de ello que piensas que cocinar a gas les traerá enfermedades estomacales. Cabe recalcar que esto es preocupante debido a que no cuentan con espacios adecuados en sus viviendas y al contar con cocinas a leña la salida del humo no está siendo la

adecuada por lo tanto podemos pensar que están expuestos a desarrollar enfermedades respiratorias además porque no tienen una cocina a leña mejorada, el hecho de cocinar con leña y no tener espacios suficientes para la salida del humo trae como consecuencias problemas respiratorios IRAS, contaminación ambiental.

“El estudio realizado por el instituto del INEI nos muestran datos estadísticos realizados a nivel nacional en el año 2016, que el 87,1% de hogares de las zonas rurales y las zonas marginales del Perú utilizan leña como combustible para cocinar sus alimentos; 21,4% bosta; 8,8% Gas. Situación que afecta la salud de la población (137).”

En cuanto a la energía eléctrica casi todos cuentan con energía eléctrica permanente ya que si se gestionó para contar con energía eléctrica permanente siendo así que la empresa Hidrandina les brinda sus servicios hace algunos años atrás, porque según refieren los adultos muchos años atrás la comunidad no contaba con energía eléctrica solamente utilizaban velas, lámparas, o dormían a las 5 o 6 de la tarde. Pero ahora que los tiempos han cambiado y la población ha aumentado vieron la necesidad de poder contar con energía eléctrica permanente, tanto como el alumbrado público en sus calles, además de ello se evitó posibles riesgo a causa de no contar con la energía eléctrica, ahora muchos de los pobladores pueden llegar a sus viviendas en especial los estudiantes de noche ya que también cuentan con alumbrado público.

“La INEI en el año 2015, donde reportó que a nivel nacional el 94,9%, de las viviendas cuentan con servicio de alumbrado eléctrico por red pública, Cajamarca 66,5% Ayacucho 73,2% Ancash, 54,7% la libertad 57,8% llega a lugares más alejadas del Perú (138).”

A sí mismo la disposición de la basura la mayoría desecha su basura mediante el carro recolector que solamente recorre el sector los días miércoles y viernes en algunos casos solamente los días viernes ya que la distancia de dicho sector es un poco alejado de la comunidad de Shilla, también porque sus calles son angostas y no están pavimentadas, motivo por el cual el carro recolector solamente pasa recogiendo tales días, es por ello que la población tiene que guardar sus basuras o desechos fuera de su casa o en un espacio de la vivienda hasta que pase el carro recolector para la eliminación de la basura, algunos de los pobladores ven por conveniente quemar o enterrar algunos desechos, debido a que por frecuencia con la que pasa el carro recolector muchos de esos desechos trae consigo la aparición de moscas, roedores o los perros de la comunidad abren las bolsas de basura creando así una contaminación en la población y viviendas ya que es un foco infeccioso que genera muchos problemas ya sea dermatológicos, gastrointestinales, parásitos.

“De acuerdo al INEI, Registro Nacional de Municipalidades, en el año 2016, se observa el uso por los botaderos a cielo abierto por parte de las municipalidades distritales, el cual representó el 70,7%, los rellenos sanitarios un 32,3%, la quema de basura implicó el 20,2%, el reciclaje y vertidos en río, laguna o mar alcanzó 23,7% y 4,1% respectivamente (139).”

Además la frecuencia con la que pasan recogiendo la basura son todas las semanas pero no diariamente, ya que son los días miércoles y viernes en algunos casos simplemente los días viernes esto debido a la distancia en la cual está ubicada la comunidad además de ello se suma el camino que es trocha (camino no pavimentado) y de subida para llegar a la comunidad.

Es por ello que la población tiene que guardar sus basuras o desechos fuera de su

casa o en un espacio de la vivienda hasta que pase el carro recolector para la eliminación de la basura de cada vivienda. Debido a ello alguno de los pobladores opta por quemar o enterrar sus desechos pero esto también es incorrecto ya que queman desechos que no son adecuados y que generan contaminación ambiental o entierran mucho de ellos bolsas que es muy perjudicial para la tierra ya que demora años en descomponerse.

“Según la Investigación Nacional de Estadística e Informática en el año 2016, el 95,3% de los hogares urbanos contaron con el servicio de recolección domiciliaria de basura con frecuencias diaria, interdiario o semanal. A mismo tenemos el mayor porcentaje de hogares urbanos que contaron con este servicio se encuentra en las regiones Costa (96,3%) y Sierra (94,8%) (140).”

En cuanto a los lugares que se suele eliminar todos lo eliminan en el carro recolector, debido a que ya saben los días que el carro recolector subirá a su comunidad y guardan o almacenan sus basuras para ese entonces. Porque las autoridades de la comunidad les piden o exigen que almacene la basura hasta el día que vendrá el carro recolector más no voten o arrojen la basura a los ríos, campos o provoquen alguna contaminación a la comunidad pero lamentablemente hay personas o pobladores que pese a las peticiones no cumplen o simplemente no quieren obedecer provocando cierta contaminación a su comunidad arrojando las basuras a los ríos y campos e incluso al almacenar la basura los animales en especial los perros abren las bolsas de basura para así buscar su alimento provocando así cierta contaminación a la población.

En conclusión con los determinantes del entorno físico podemos decir que no cuentan con espacios adecuados en el hogar así evitar posibles problemas en el

desarrollo psicológico a futuro, además de ello podemos decir que la comunidad no está viviendo de manera saludable debido a la frecuencia con la que pasa el carro recolector creando así cierta contaminación el cual es un foco infeccioso para el desarrollo de enfermedades respiratorias, dermatológicas, gastrointestinales, parasitosis, por otro también es importante mencionar que mucho de ellos no cuenta con desagüe y sus letrinas no están siendo usadas de la manera correcta siendo de riesgo para la calidad de vida de los pobladores.

TABLA 3

Se observa en la presente tabla los determinantes de los estilos de vida de los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi Carhuaz- Ancash, donde el 98% no fuman ni han fumado antes de manera habitual, 84,1% consumen ocasionalmente bebidas alcohólicas, 100% de los adultos duermen de 6 a 8 horas diarias, 100% de los adultos se bañan cuatro veces a la semana. 90,1% no se hace ningún examen médico periódico, 94,7% suele caminar casi todo el día, 98% de los adultos solo caminaron en estas dos últimas semanas, 80,1% de los adultos consumen frutas de una a dos veces a la semana, 68,2% consumen carne al menos una a dos veces por semana, 60,9% consume huevos diariamente, 83,4% consume pescado menos de una vez a la semana, el 70,9% consume fideos tres o más veces a la semana, 9,3% consume diariamente pan y cereales, 100% consume verduras diario y en cuanto al consumo de otros de los alimentos se observa que el 98,7% nunca o casi nunca.

“Los resultados se asimilan con los resultados encontrados por Pintado R, (141). En su investigación titulada: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Asentamiento Humano Los Almendros – Castilla – Piura, 2016. El cual nos da a conocer como resultado que el 73,4% de las personas adultas no ha fumado

nunca .de manera habitual, 83,5% de las personas adultas duerme de 6 a 8 horas diarias, así también el 76,6% no se ha realizado ningún examen médico, 75,5% la actividad física que realizo en su tiempo libre fue caminar, Así mismo el 71,8% en las 2 últimas semanas la actividad física que se realizó por más de 20 minutos fue caminar, Respecto a la dieta alimenticia se observa que diariamente consume huevos, el 44,7% consume verduras y hortalizas diariamente, 78,7% nunca o casi nunca consumen otros alimentos, pero difiere en las siguientes variables: 41% no consumen bebidas alcohólicas, 88,3% se baña diariamente, el 61,7% consume frutas, 52,1% consume carne, 31,9% consumen pescado, 48,9% consume fideos, a diario, También se encontró el 51,1% consume pan y cereales 1 o 2 veces a la semana.”

“Otra investigación con igualdad es lo encontrado por Sobrevilla V, (142). En su estudio titulado: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Caserío Somate Bajo- Bellavista-Sullana, 2015. Donde concluye que el 51,9% ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente, 83,3% duerme de 6 a 8 horas, 77,3% no se realizó un examen médico periódico, 68,5% realizaron actividad física de caminar, 92,9% realizaron actividad física de caminar, 66% consume carne 1 o 2 veces a la semana, 53% otros nunca o casi nunca, 44% consumen pan, cereales diariamente, pero difiere en las siguientes variables, 45,2% si fuma, pero no diariamente, 98,2% se baña diariamente, 70% de consume frutas 3 o más veces a la semana,43% consume huevos 3 o más veces a la semana, 55% consume pescado 3 o más veces a la semana, 70% consumen fideos ,arroz, papas diariamente, 49% consumen verduras y hortalizas de 1 a 2 veces a la semana.”

“Del mismo modo es similar al estudio obtenido por Lama A, (143). En su estudio titulado: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Centro

Poblado Puente de los Serranos _ Querecotillo _ Sullana, 2016. Donde concluye que 93,6% de las personas adultas no ha fumado nunca de manera habitual, 100% de las personas adultas duerme de 6 a 8 horas diarias, 55 % no se ha realizado ningún examen médico periódicamente, 95,3% camina en su tiempo libre como actividad física. Así mismo el 71,1% en las 2 últimas semanas ha salido a caminar por más de 20 minutos. Respecto a la dieta alimenticia se concluye que el 38,9% consume huevos diariamente, 43,2% consumen pescado 1 o 2 veces a la semana, 54,3% consumen carne 1 o 2 veces a la semana, el 57,3% consume pan y cereales diariamente, 36,5% consumen otros nunca casi nunca, pero difiere en las siguientes variables: 70,4% no consumen bebidas alcohólicas, 100% se baña diariamente, 52,3% consume frutas diariamente, 80,2% consume fideos y arroz diariamente, 41,9% consume verduras y hortalizas 1 o 2 veces a la semana.”

“Pero es distinto con los resultados obtenidos por Cielo S, (144). En su estudio titulado: Determinantes de la Salud en Madres Gestantes Adultas que acuden al Centro de Salud Coishco, 2016. En donde concluye que el consumo frecuencia de bebidas alcohólicas 100% (83) no consumen, el número de horas que duermen 59% (49) duermen de 8 a 10 horas; en la frecuencia con que se bañan el 98,8% (82) diariamente; en el examen médico el 96,4% (80) sí se realizaron en el establecimiento de salud, el 81% (67) consumen diariamente frutas; el 48% (40) consumen 3 o más veces a la semana verduras, hortalizas y legumbres; el 46,9% (38) consumen 1 a 2 veces a la semana pescado; el 24,1% (20) consumen menos de 1 vez a la semana otras; el 12% (9) nunca y casi nunca consumen carnes. Pero se asemejan a las variables: 100% (83) no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual; en la actividad física que realiza en su tiempo libre el 97,6% (81) caminan; en las dos

últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos el 97,6% (81) han caminado.”

“Otro de los estudios con resultados opuestos es lo encontrados por Valdez N, (145). En su investigación titulada: Determinantes de la Salud en Adultos Mayores con Hipertensión. Anexo La Capilla- Samanco. 2017. En esta tabla de los determinantes de los estilos de vida el 73% (59) refirió que no consume bebidas alcohólicas, 80% (64) se bañan 4 veces a la semana, 72%(58) se realizan algún examen médico en un establecimiento de salud, el 85%(68) de los adultos mayores realiza actividad física en su tiempo libre, 45% (36) consumen frutas diariamente, 40% (32) consumen carnes diariamente, el 67% (54) pescado diario, el 100% (80) consumen fideos a diario, 100% (80) pan y cereales a diario, el 37% (62) consumen de 1 o 2 veces a la semana otras, pero se asemejan con las variables: el 73% (59) duermen de 6 a 8 horas, 81% (65) la mayoría manifestó que en las dos últimas semanas realizó caminatas durante más de 20 minutos, el 66% (53), consume huevos diariamente, el 52% (42) consumen verduras y hortalizas a diario.”

“Del mismo modo este estudio es contrario con lo encontrado por Juarez K, (146). En su investigación titulado: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Asentamiento Humano Miguel Cortez _ Castilla _ Piura, 2015. Donde se obtuvo que el 51% de las personas adultas nos muestra que no fuma actualmente, pero si ha fumado antes, el 100% se baña diariamente, el 61% si se ha realizado algún examen médico, el 55% nos muestra que no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre, el 64% en las 2 últimas semanas no ha realizado ninguna actividad física por más de 20 minutos, Respecto a la dieta alimenticia se observa que el 53% consume frutas diariamente, el 44% consume carne 3 o más veces por semana, 43% consumen

pescado 3 o más veces por semana, el 43% consume fideos diario, el 63% consume pan y cereales diariamente, el 42% consume verduras y hortalizas 3 o más veces por semana, el 45% otros 1 o 2 veces a la semana, pero se asemejan las siguientes variables: el 76% nos evidencia que consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 49% consume huevos diariamente, mientras que el 88% de las personas adultas duerme de 6 a 8 horas diarias.”

“Finalmente es opuesto con lo encontrado por Chuqui J, (147). En su investigación titulada: Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes. Asentamiento Humano Villa España - Chimbote, 2015. Donde se obtuvo que el 61% si fuman pero no diariamente, frecuencia no consumo de bebidas alcohólicas es un 61%, un 90 % se bañan diariamente, un 50% realizan en sus tiempos libres gimnasia, un 42% realizan gimnasia suave en los dos últimas semanas realizaron actividad física durante más de 20 minutos. En su alimentación un 44% consumen fruta, carne, huevos, fideos 1 a 2 veces a la semana, un 54% consumen pescado menos de una vez a la semana, un 90% consumen pan cereales nunca o casi nunca así mismo un 96% verduras hortalizas nunca o casi nunca, un 100% consumen diariamente legumbres, un 99% consumen otros diariamente. Pero se asemejan las variables: un 65 % duermen de 6 a 8 horas diarias, un 75% refieren que no realizan examen médico periódico en un establecimiento de salud.”

“Se define fumador a aquella persona que ha contraído el hábito de fumar, verbo cuyo origen lo hallamos en el latín “fumare” que significa inhalar humo, producido por la combustión de alguna sustancia, como tabaco o marihuana, que llega a los pulmones, para luego exhalarlo, tanto la nicotina que posee el tabaco como las drogas, actúan sobre el sistema nervioso (148).”

“Fumar es una práctica donde una sustancia (comúnmente tabaco, pero que también puede ser opio o marihuana, entre otras) es quemada y acto seguido se prueba o inhala principalmente debido a que la combustión que desprenden las sustancias activas de las "drogas" tales como la nicotina, la cual es absorbida por el cuerpo a través de los pulmones (149).”

“El fumar es la acción de aspirar por la boca el humo producido por la combustión de un elemento, generalmente tabaco contenido en un cigarrillo, puro o pipa. El hecho de fumar, especialmente cigarrillos que contienen muchas sustancias tóxicas como la nicotina o alquitrán, se reconoce perjudicial para la salud (150).”

“El consumo de bebidas alcohólicas es la cantidad de veces que se consume bebidas alcohólicas, el consumo de alcohol en las reuniones sociales es frecuente en muchos lugares del mundo esto puede tener consecuencias sanitarias y sociales negativas relacionadas con sus propiedades tóxicas y la dependencia que puede producir (151).”

“Una bebida alcohólica es aquella que contiene más de 2.5° de alcohol, específicamente, etanol o alcohol etílico el cual es un depresor del Sistema Nervioso Central que adormece sistemática y progresivamente las funciones del cerebro, como la coordinación, la memoria y el lenguaje (152).”

“Se ha definido como bebedor habitual: la persona que haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez por semana durante el último año; como bebedor en un día laboral; la que declaró algún consumo de Lunes a Jueves; y como bebedor de fin de semana la que consumió al menos una bebida alcohólica el viernes, el sábado o el domingo (153).”

“El número de horas de sueño para estar descansados varía de una persona a

otra. Mientras que algunas sólo necesitan dormir entre 5 y 6 horas, otras precisan 10 o más. No obstante, lo normal es que un adulto sano duerma un promedio de 8 a 8 horas y media. Las principales causas de privación del declarado sueño suelen ser dolencias, la depresión y el estrés diario (154).”

“El sueño está conceptualizado en la forma que el ser humano invierte, aproximadamente, un tercio de su vida en dormir. Se ha demostrado que dormir es una actividad absolutamente necesaria ya que, durante la misma, se llevan a cabo funciones fisiológicas imprescindibles para el equilibrio psíquico y físico de los individuos (155).”

“El vocablo «sueño» (del latín somnus, que se conserva en los cultismos somnífero, somnoliento y sonámbulo) del mismo modo se le define como un estado fisiológico de autorregulación y reposo uniforme de un organismo. El sueño se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica y por una respuesta menor ante estímulos externos (156).”

“Hábitos de descanso saludables de 6 – 8 horas, ofrecen beneficios generales y son fundamentales para mantener la buena salud y el bienestar a cualquier edad. Estos hábitos de descanso saludables generalmente le permiten levantarse renovado, pensar rápidamente y hacer correctamente tareas que implican un peligro (157).”

“La higiene es definida como el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano. Objetivos son mejorar la salud, conservarla y prevenir las enfermedades (158).”

“De la misma manera se define como la capacidad de cuidar apropiadamente tu

cuerpo, manteniéndolo limpio y saludable, lo que te permite verte y sentirte lo mejor posible. Según el Departamento de Bienestar Público de Pensilvania, también es una forma muy eficaz de protegerte de las enfermedades y de las infecciones por microorganismos (159).”

“Higiene personal de 3 a 4 veces a la semana con esta práctica se controlan olores naturales de nuestro cuerpo que son producidos básicamente por la transpiración o sudor. De igual forma evitamos la presencia de gérmenes y bacterias que puedan afectar la salud de nuestra piel lo ideal es tomar hábitos de higiene diario con agua y jabón (160).”

“Tomar un buen baño es un ritual que todos llevamos a cabo diariamente. Ya sea por limpieza, costumbre o necesidad. Un estudio realizado por el doctor Elaine Larson, experto en enfermedades infecciosas afirma que “la ducha diaria es simplemente por razones estéticas, todo el mundo cree que va a estar más limpio por hacerlo rutinariamente, pero si hablamos bacteriológicamente, no es el caso (161).”

“El examen médico es definido como la parte del método clínico, considerándolo como el proceso o secuencia ordenada de acciones que los médicos han desarrollado para generar su conocimiento desde el comienzo de la era científica. Es el orden recorrido para estudiar y comprender el proceso de salud y de enfermedad de un sujeto en toda su integridad social, biológica, psicológica y espiritual (162).”

“También se le define como pruebas o exámenes que se realizan para conocer la buena salud de la persona, defectos físicos, enfermedades profesionales y otras no detectadas a simple vista para tener una visión más amplia sobre la salud del candidato y lo que se requiere para el puesto (163).”

“Examen médico periódico es importante porque permite saber que seremos individuos sanos que podremos disfrutar de la vida y de todo lo que en ella viene incluido. Esta no solo nos permitirá saber cuál es el estado actual de nuestra salud, sino también nos ayudará a prevenir otras enfermedades (164).”

“El examen médico periódico son pruebas médicas que realizan las empresas al seleccionar a sus empleados y también para procurar la salud en los mismos. Cómo su nombre lo dice, se hace periódicamente para conocer el estado de salud como una forma de prevenir, evitar y/o atender enfermedades oportunamente (164).”

“La actividad física es definida como un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal. La actividad física que realiza el ser humano durante un determinado período mayor a 30 minutos y más de 3 veces por semana generalmente ocurre en el trabajo o vida laboral y en sus momentos de ocio (165).”

“Así mismo se define a la actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (166).”

“La caminata es una actividad física que mejora nuestra calidad de vida, se puede realizar a cualquier hora del día en un lugar abierto, solo o acompañado. Ayuda a mantener en perfectas condiciones el sistema cardiaco y es muy importante para la salud en general, pues es una actividad en la que participan todos los sistemas humanos (167).”

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

tasa de metabolismo basal. A veces se utiliza como sinónimo de ejercicio físico, que es una forma de actividad física planificada y repetitiva con la finalidad de mejorar o mantener varios aspectos de la condición física y psicológica (168).”

“La actividad física que realiza el ser humano durante un determinado período mayor a 30 minutos y más de 3 veces por semana generalmente ocurre en el trabajo o vida laboral y en sus momentos de ocio. Ello aumenta el consumo de energía considerablemente y el metabolismo de reposo, es decir, la actividad física consume calorías (169).”

“Es aquel, que pone en movimiento al cuerpo en su totalidad o a una parte del mismo, de manera armónica y ordenada, en beneficio del desarrollo y conservación de sus funciones. Dentro del concepto de salud, el ejercicio físico cumple un rol fundamental, ya que al practicarlo de manera cotidiana, aumenta la vitalidad en general y reduce la posibilidad de padecer enfermedades (170).”

“Es realidad el hecho de que una caminata cinco veces a la semana por 30 minutos a una intensidad de moderada a vigorosa aumenta tu ritmo metabólico. Este aumento en el metabolismo dura varias horas después del ejercicio, por lo que se continua quemando calorías a una velocidad más rápida aún después de terminada la caminata y estando relajado (172).”

“La caminata es una manera de estar en movimiento y ejercitar el organismo sin requerir un gran entrenamiento previo ni tampoco acceso a caros o exclusivos centros de ejercicio y actividad física, es decir que cualquiera puede realizarla, sin necesidad de exigir mucho trabajo físico al cuerpo, caminar es muy favorable para nuestro nuestra salud física (171).”

“Los alimentos pueden clasificarse según distintos criterios. Dependiendo de su

origen pueden ser alimentos de origen animal, como la carne, la leche, los huevos o el pescado, y alimentos de origen vegetal, como las frutas, los cereales o las verduras. El agua y la sal son alimentos de origen mineral. Basándose en la función nutritiva se diferencian en energéticos, constructores y protectores (172).”

“Carne, pescado y huevos. Todos estos alimentos son ricos en proteínas. Los distintos tipos de carne y pescado tienen un valor nutritivo parecido. Así un huevo contiene 6 gramos de proteínas que es el contenido proteico de 30 gramos de carne, son los encargados de ayudar a las células en su fortalecimiento, las cuales forman los tejidos, y los tejidos forman los músculos, que forman el cuerpo (173).”

“Cereales, legumbres y patatas (hidratos de carbono). Los cereales y derivados contienen cantidades elevadas de almidón y proteínas. Los cereales integrales contienen además celulosa que facilita el tránsito intestinal y vitamina B1, Proporcionan energía en forma de calor para cumplir con nuestras actividades físicas. (174).”

“Frutas y verduras. Son alimentos de gran riqueza en vitaminas y minerales. Las frutas contienen gran cantidad de vitaminas y muchas de ellas aportan pectina, otra fibra vegetal útil para el organismo. Debe tomarse fruta una o dos veces al día. Las verduras son ricas en vitaminas, minerales y fibras, tanto si se toman hervidas como fritas (175).”

“Lípidos los alimentos de este grupo están constituidos mayoritariamente por grasas, llevan mucha energía y son indicados para las personas que realizan trabajos físicamente duros. Tomarlos en exceso puede ser peligroso para el cuerpo. Los frutos secos como las avellanas, las almendras, las nueces, tienen un alto contenido en aceites, es decir, en lípidos, y a la vez de proteínas (176).”

En cuanto al consumo de tabaco de los adultos de la Comunidad de Shilla Sector Yanarumi- Ancash, la mayoría no fuma ni ha fumado de manera habitual debido a la educación recibida por parte de sus padres, abuelos y personal de salud que les inculcan que el hecho de fumar o estar cerca de una persona que fuma es perjudicial para su salud y la de sus hijos, otra de las razones es por el costo de los cigarrillos debido a la distancia de la comunidad y la poca cantidad de bodegas el precio de cada cigarrillo cuesta 1.50 (un nuevo sol con cincuenta céntimos) hecho que por el poco ingreso económico no les permita dicha adquisición y priorizan dichos gastos como alimentos, vestido, educación.

“De acuerdo el Ministerio de Salud (Minsa) en el Perú el mayo del 2017, aproximadamente, 15.900 personas mueren cada año por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Es decir, se registran unas 44 muertes al día. Así lo recordó debido a que cada 31 de Mayo se conmemora el Día Mundial sin tabaco (177).”

En cuanto a la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas la mayoría consume ocasionalmente esto debido a que ingieren bebidas alcohólicas en ocasiones especiales como por ejemplo: fiestas patronales, compromisos sociales, corridas de toros, cumpleaños, etc. los que consumen bebidas alcohólicas prefieren consumir dos tipos de bebidas la primera envasada que está hecha de la fermentación del trigo(cerveza) que es un poco más costosa pero solamente la ingieren en ocasiones especiales mayormente en fiestas patronales y la segunda bebida alcohólica es la chicha de jora (hervido y fermentación de trigo o maíz) en su mayoría la consumen con más frecuencia porque refieren que es más agradable y menos dañina incluido el costo bajo.

Los adultos no acostumbran tomar alcohol frecuentemente debido al ingreso económico que tienen, a la formación con las que fueron formados o instruidos y porque saben que tomar bebidas alcohólicas en exceso es dañino para su salud, y la estabilidad económica de su familia, además de ello le puede traer problemas familiares ya que no darían buen ejemplo a sus hijos e hijas y a toda la comunidad.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2015, la Región Ancash, tiene las tasas más altas de consumo de alcohol (cerveza). 3,3 millones de personas mueren por asfixia, intoxicación, debido al uso nocivo del alcohol, que puede aumentar el riesgo de las personas de desarrollar más de 200 enfermedades (178).”

En cuanto al número de horas que duermen los adultos de esta comunidad donde en promedio duermen de 6 a 8 horas porque tienen que despertarse temprano para realizar sus labores en agricultura, salir a trabajar o a realizar distintas labores, como sacar a pastar a sus animales, ir a recoger leña para preparar sus alimentos, ir a vender en el mercado sus productos o cosechas y animales. Además de ello porque sus padres les enseñaron a levantarse temprano porque los hijos ayudaban a sus padres en los trabajos que había que realizar en especial los trabajos de cultivo.

Los adultos refieren que ellos no pueden dormir más de la hora pues están acostumbrados porque dormir más de las horas establecidas es ociosidad o porque no tienen nada que hacer, las horas de dormir deben ser exactas porque si no les duele la cabeza o sienten malestar en el cuerpo. Así mismo acostumbran terminar sus labores diarias promedio de las 5 a 6 pm para luego dirigirse a sus hogares cenar y acostarse a dormir más tardar a las 7 o 8 pm, antiguamente como no tenían relojes o despertadores se levantaban por el canto del gallo o la salida de los primeros rayos

del sol el cual era señal que ya amanecía y tenían que salir a trabajar.

“En relación al INEI en el año 2015, el 30% de los adultos informó un promedio menor igual de 6 horas de sueño por día, mientras que algunas sólo necesitan dormir entre 5 y 6 horas, otras precisan 10 o más. No obstante, lo normal es que un adulto sano duerma un promedio de 8 a 8 horas y media (179).”

En cuanto a la frecuencia con la que se bañan es 4 veces a la semana debido a que no tienen esta costumbre o hábito de bañarse todos los días, sus padres o antecesores también tenían la misma costumbre. En cuanto al baño de las mujeres no se bañan cuando están con su periodo menstrual refieren que bañarse durante este periodo es malo o dañino para su salud porque se enfermarían de quistes, cáncer, dolores abdominales, etc. es por ello que durante este periodo no se baña hasta que dejen de menstrual por completo, muchas de ellas no se bañan también cuando han tenido parto. Un por promedio de un mes y cumplido el mes se bañan con hierbas medicinales según la creencia para evitar que les dé (el sobre parto: dolores articulares, fiebre, escalofríos).

Los demás pobladores se bañan con esa frecuencia debido a que se van a trabajar casi todo el día a sus labores y cuando regresan a casa ya es muy tarde y es hora de cenar y dormir, por otra parte porque la mayoría no cuentan con duchas eléctricas muchos de ellos calientan el agua para bañar a sus hijos y las personas mayores se bañan con agua fría y refieren que si se bañan a diario se enfermarían (gripe, tos) es por ello que se bañan con esta frecuencia. Por consecuencia la frecuencia con la que se bañan les podría traer problemas en la piel como dermatitis, alergias y que sus hijos imiten la misma frecuencia de bañarse.

“El 16 de abril del 2016 para el programa RPP (radio programas del Perú) el

Dr. Huerta, E. y la Dra. Larson, E. Señalan que: la gente piensa que se ducha para estar más limpio, pero bacteriológicamente no es así. Además, la especialista revela el número de veces que se debe duchar una persona a la semana, donde nos dice que: Dos veces a la semana es suficiente (180).”

En cuanto a si realizan examen médico periódico casi todos no se realizan debido a que refieren que no hay una buena calidad en la atención de salud sumado a ello el tiempo de espera es larga y la distancia para llegar al establecimiento de salud es larga, les toma tiempo llegar hasta la posta, por todo lo mencionado no acuden a realizarse un examen médico periódico, además de ello porque no tienen la costumbre de tomar o ingerir los medicamentos que les brinda el puesto de salud, sumado a esto los adultos cuando sienten algún malestar corporal prefieren curarse naturalmente o tradicionalmente con hierbas medicinales, infusiones, pasada de cuy (se pasan un cuy por todo el cuerpo) y el animal absorbe toda la enfermedad, otra técnica es la pasada de huevo (consiste en frotar el huevo por el cuerpo del niño o bebe) luego rompen el huevo, lo echan en un vaso de vidrio y observan si el niño está asustado) acuden al puesto de salud solo cuando su enfermedad o dolencia es más compleja o no se curan fácilmente aun así tratándose naturalmente. Por otro lado como consecuencia de no realizarse exámenes médicos periódicos puede traer que se diagnostique la enfermedad en una etapa terminal, se complique la enfermedad, mayor gasto económico y llegar hasta la muerte.

“La investigación realizada de la institución Ciudadanos al Día (CAD) en el año 2015, en base a cifras INEI, el 52% de la población de Áncash no busca atención médica cuando se siente mal de salud. De acuerdo al estudio, la mayoría no lo hace

porque cree que no es necesario y otro grupo importante no tiene dinero para ir (181).”

En cuanto a la actividad física que realizan en su tiempo libre en su mayoría camina. Esto se da porque en su comunidad no hay mucha presencia vehicular porque la carretera no está pavimentada, es de subida y las calles son muy angostas, además de ello no tienen la suficiente economía para costear el precio del pasaje. Es por ello que tienen que la mayoría prefieren caminar hasta llegar a la plazuela de Shilla y recién poder subir a un taxi, colectivo o combi. Además que prefieren caminar ya que desde muy niños así fueron formados y es una costumbre tener que dirigirse a un lugar o para llegar hasta sus chacras que están en las alturas de su comunidad en ese transcurso aprovechan en pastar a sus animales.

En cuanto al consumo de frutas, el consumo es de una a dos veces por semana esto es justificado por el bajo ingreso económico que no les permite consumir con mayor frecuencia, el dinero que adquieren por sus trabajos o ventas solo les alcanza o abastece para poder costear los productos para la preparación de sus alimentos, para pagar el agua y luz, para alimentación, vestimenta y estudios de sus menores hijos e hijas. Se observa que acostumbran comer la fruta que producen en la zona como es: lima dulce, manzana, melocotón, capulíes, pacaes.

“La OMS informa que solo el 10% de la población peruana adulta en el 2016 consume la cantidad de frutas y verduras que se recomienda, se observa que Apurímac y Puno presentan el menor consumo con 1.6 y 1.7 frutas al día, mientras el mayor consumo lo encontramos en Piura con 2.5 frutas al día, el 10.8% de la población peruana consume cinco porciones de frutas y verduras al día (182).”

En cuanto al consumo de carne igualmente el problema es económico lo que

condiciona que no puedan adquirir la compra de carne, o porque muchas veces prefieren vender a sus animales vivos o vender la carne de sus animales para poder tener un poco más de ingresos económicos, por ello que cuando matan sus animales consumen solamente una parte de la carne del animal y lo demás es para la venta en el mercado o a personas que les hacen pedidos para la venta de sus animales, además de ello se suma que no cuentan con refrigeradora para mantener conservada la carne es por ello que no consumen la carne con mucha frecuencia y prefieren consumir carbohidratos.

Pero a diferencia el consumo de huevo lo consumen diariamente porque las gallinas que crían ponen un huevo diariamente, es por ello que su consumo es diario ya que lo consumen sancochado, frito, en la sopa o en algún otro alimento, además prefieren dar los huevos sancochados a sus menores hijos ya que refieren que son ellos los que necesitan ser mejor alimentados. Incluso también los adultos venden los huevos que ponen sus gallinas en el mercado para así poder comprar otros productos ya que cuentan con muchas gallinas. Y el costo de los huevos de gallinas criadas en casa es mayor porque las personas de la ciudad lo aprecian más y consideran que es más saludable.

“Según la investigación “producción de huevos en el Perú – Chulucanas, 2015”. El consumo del huevo en el Perú ha aumentado en los últimos años en un 25%, pero aún es muy bajo comparado con los países desarrollados, cifra que lo ubica en el penúltimo puesto a nivel nacional (183).”

En cuanto al consumo de pescado es menos de una vez por semana esto nos da de pensar que concuerda con el poco ingreso económico para poder comprar y consumir pescado, ya que por la poca accesibilidad que tiene la población el precio

del pescado es muy elevado y muchas veces no venden pescado fresco, otra de las razones por las cuales ellos no consumen pescado es porque no cuentan con refrigeradora para poder preservar el pescado además de ello se suma la poca frecuencia con la que pasa el carro recolector por la comunidad y el hecho de preparar pescado haría que los desechos del pescado estuvieran por días en la bolsa de basura lo cual emana mal olor y atrae la presencia de moscas es por ello que prefieren no consumirla con mucha frecuencia, alguno de ellos refiere que el pescado es sucio que se alimenta del desemboque del desagüe que se concentran en los mares, por todo ello que no lo consumen con mucha frecuencia. El consumir pescado con frecuencia trae como consecuencia una alimentación baja en hierro y omega 3.

“El viceministro de Pesca y Acuicultura del Ministerio de Producción (Produce), Juan Carlos Requejo, destacó que en los últimos cinco años del 2012 al 2016 el consumo de pescado al año por habitante en el país se incrementó de entre once y 12 kilos a 22.5 kilos anuales por persona (184).”

A diferencia del consumo de fideos es de 3 o más veces a la semana debido a que si pueden costear una bolsa de fideos ya que está dentro de sus posibilidades económicas, en algunas ocasiones cambian productos obtenidos de la agricultura o animales por bolsas de fideos, los adultos refieren que les gusta mucho consumir tallarines o sopa de fideos con huevo, pollo o en algunas ocasiones con gallina.

En cuanto al consumo de pan, cereales es diario debido a que en su mayoría están acostumbrados a consumir en reemplazo del pan consumir cereales como harinas en quechua lo llaman (Machica o sanco) ya que sus padres antiguamente consumían este alimento porque según refieren los adultos que para trabajar en el campo se necesita tener energía y fuerzas para poder realizar las labores de

agricultura y refieren que en la machica si encontraran dicha nutrición, en cuanto a los cereales ellos cuentan con la cebada, trigo y distintas variedades de harina (trigo, habas, alverjita) los cuales en su mayoría se preparan como sopas de harina con huevo rebosado a la cual lo denominan shacui y mazamorra de trigo o cebada el cual es más nutritivo y económico para ellos.

El consumo de verduras y hortalizas es diario debido a que preparan sus verduras que han cosechado como el repollo, calabaza, zanahoria, lechuga, col, brócoli, etc. mayormente los preparan en saltado de verduras en algunas ocasiones con un poco de carne de pollo. Y consumen sus verduras en sopa o almuerzo y ensaladas. Porque es una manera de ahorrar en los gastos de alimentación.

Pero en cuanto al consumo de otros tipos de alimentos el consumo es de nunca o casi nunca ya que la comunidad consume más carbohidratos y verduras y muy poco consumen otra clase de alimentos por la economía y costumbre e incluso va acompañado de su bajo ingreso económico lo que ocasiona que casi nunca puedan costear otra clase de productos. Además de ello se suma que por la comunidad hay pocas bodegas motivo por el cual es difícil adquirir otros productos para su consumo.

En conclusión los resultados obtenidos en la tabla 3 con respecto a los determinantes de los estilos de vida, se puede observar que casi todos no se realizan un examen médico periódico debido a que no tienen cultura en salud, distancia que les toma llegar al puesto de salud, creencias y maneras naturales de curarse lo que les impide tener un control oportuno de su enfermedad y lamentablemente como consecuencia se diagnostica sus enfermedades ya avanzadas como cáncer, úlceras gástricas, neumonía, cirrosis hepática, otro de los análisis es que muchos se alimentan de carbohidratos los cuales en exceso no son beneficiosos para la salud y

el peso.

TABLA 4, 5,6

Se observa en la tabla de los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi Carhuaz- Ancash. En relación al apoyo social natural, se observa que el 99,3% se atendieron en el puesto de salud en los últimos 12 meses, el 94,7% la distancia del lugar que lo atendieron está lejos, 100% cuenta con el seguro integral de salud (SIS) MINSA, 64,2% opina que la espera fue larga, 60,9% opinan que la calidad de atención es regular, 95,4% de los adultos manifiestan que si existe pandillaje, el 100 % no recibe apoyo organizado, el 100% no recibe apoyo de ningún tipo de organizaciones,

Los estudios de la presente investigación se relacionan con lo encontrado por Escobedo E, (185). En su estudio titulado: Determinantes de la Salud en Niños Menores de 5 Años Con Anemia. Pueblo Joven Esperanza Baja _ Chimbote, 2016. Donde concluye que el 96% (96) no recibe apoyo social natural, el 100% (100) de las personas manifestaron que no reciben ningún apoyo organizado, no reciben ningún apoyo social de las organizaciones como pensión 65, comedor popular, vaso de leche, entre otros. El 85% (85) de los niños en estos 12 últimos meses fueron atendidos en el puesto de salud, el 84% (84) cuenta con el SIS-MINSA, el 48% (48) manifestaron que la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud es regular, el 56%(56) considera que existe el pandillaje o delincuencia cerca a su casa, pero difiere con las siguientes variables: el 53% (53) consideraron que el puesto de salud se encuentra regular a sus casas, el 37% (37) consideraron que el tiempo de espera es regular.

“De la misma forma tiene equivalencia con lo obtenido por Chanduvi L, (186).

En su investigación titulada: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Asentamiento Humano Independencia _ Castilla _ Piura, 2015. Donde refiere que el 95,6% no recibe apoyo social natural, el 100% no recibe apoyo social organizado, 98,3% no recibe apoyo por parte del programa Pensión 65, así también el 100% no recibe apoyo por parte del comedor popular, así mismo el 98,9% no recibe apoyo del programa vaso de leche y el 100% no recibe ningún apoyo por parte de otras instituciones o programas del estado, el 68,0% consideran la distancia del lugar donde lo atendieron regular de su casa, el 42,5% tienen seguro SIS-MINSA, el 95,6% refiere que si existe delincuencia y pandillaje en la zona, pero difiere en las siguientes variables: el 49,7% se ha atendido en los 12 últimos meses en un Centro de salud, el 47,5% espero regular tiempo para que lo atendieran en la institución de salud y el 82,9% considera buena la calidad de atención.”

“Otro resultado que tiene igualdad es la investigación realizada por Pintado H, (187). En su estudio titulado: Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Centro Poblado la Golondrina _ Marcavelica _ Sullana, 2015. Donde concluye que el 81% no recibió apoyo social natural, el 98 % no ha recibido apoyo social organizado, el 98% no recibe apoyo por parte del programa pensión 65, así también el 99,66% no recibe apoyo por parte del comedor popular, así mismo el 61% recibe apoyo del programa vaso de leche , el 100% no recibe ningún apoyo por parte de otras instituciones o programas del estado, el 76 % se ha atendido en los 12 últimos meses en un puesto de salud, el 82% está asegurado en el SIS-MINSA, el 50% considera regular la calidad de atención, pero difiere en las siguientes variables: el 91% refiere que no existe delincuencia y pandillaje en la zona, el 54% consideran la distancia del lugar donde lo atendieron muy cerca de su casa, el 53% espero regular

tiempo para que lo atendieran en la institución de salud.”

“De otra manera es contrario con lo obtenido por Curay J, (188). En su estudio titulado: Determinantes de la Salud de la Persona Adulta en la Urbanización Popular Eliane Karp _ Sullana, 2015. el 53% se ha atendido en los 12 últimos meses en un centro de salud, así también se observa que el 47% consideran la distancia del lugar donde lo atendieron está muy cerca de su casa, el 51% está asegurado en el ESSALUD, el 39% espero regular tiempo para que lo atendieran en la institución de salud, el 62% considera regular la calidad de atención, pero se asemejan las siguientes variables: el 73% refiere El 57% no recibió apoyo social natural, el 88% no ha recibido apoyo social organizado. El 64% no recibe apoyo por parte del programa pensión 65, así también el 65% no recibe apoyo por parte del comedor popular, así mismo el 72% no recibe apoyo del programa vaso de leche, el 88% no recibe ningún apoyo por parte de otras instituciones o programas del estado, el 100% que si existe delincuencia y pandillaje en la zona.”

“Del mismo modo los resultados de la presente investigación es opuesto a lo encontrado por Castillo R, (189). En su estudio titulado: Determinantes de la Salud en Adultos con Tuberculosis del Centro Penitenciario Cambio Puente. Chimbote_2016. Donde concluye que el 100% (60) institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses se atendieron en otros (tópico), el 100% (60) la distancia del lugar donde lo atendieron está muy cerca; el tiempo que esperó para que lo atendieran el 43,3%(26) responde que regular; en tipo de seguro 86,6% (52) otros (no cuentan); recibe algún apoyo social natural el 70% (42) recibe apoyo de familiares; pero se asemejan en las siguientes variables: en recibe apoyo social organizado el 100% (60) no recibe, en apoyo social de las organizaciones el 100%

(60) no recibe pensión 65; no recibe de comedor popular el 100% (60) no recibe; de vaso de leche 100% (60) no recibe apoyo; de otros 100% (60) no recibe ningún tipo de apoyo social de organizaciones, en la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud 41,6% (25) refieren que regular.”

“Finalmente es distinto con lo obtenido por Ramírez C, (190). En su estudio titulado: Determinantes de Salud de los Adultos del Distrito de Cajay_Huari, 2015. Se destacó que el 69,1% (114) tiene apoyo social natural de sus familiares, 98,8% (163), cuentan con apoyo social organizado, 52,7 % (87) reciben pensión 65, cuentan con apoyo social organizado, 100,% (165), de comedor popular, 56,7% (95) cuentan con apoyo social organizado de vaso de leche 57% (94) y los que reciben otro tipo de apoyo, 66,7% (110) lugar de atención es regular, 72,1 % (119) tiempo de espera para la atención es regular, 56,4% (93) refieren que no existe pandillaje, pero se asemejan en las siguientes variables: el 73,3 % (121) se atendieron en puesto de salud, el 99,1% (164) tipo de seguro de salud con que cuenta es SIS - (MINSA).”

“El apoyo social es conceptualizado como el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.). Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello hablamos de redes de apoyo social (191).”

“El apoyo social es el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, Bowling por su parte, define el apoyo social como el proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, económica de la red social en la que se

encuentra (192).”

“El apoyo de la familia, los amigos y las personas conocidas es muy importante para ayudar a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que mantener un sentido de dominio y control de las circunstancias de su vida. Igualmente, la familia y los amigos ayudan a proporcionar apoyo básico como alimentos y vivienda, atención cuando están enfermos (193).”

“Apoyo social organizado es una idea generalmente aceptada el que los órganos de gobierno y los grupos de ciudadanos particulares, organizados en instituciones, son indispensables para aliviar la pobreza, el sufrimiento, la enfermedad y la delincuencia, y para contrarrestar el desperdicio de la capacidad humana (194).”

“El apoyo organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos) (195).”

“El apoyo social organizado a un sistema integrado de grupos relacionados entre sí, estructurados para cumplir con el objetivo previamente establecido, para tener éxito en sus acciones, debe tener dentro de su organismo, armonía, orden, respeto, así como demostrar que es eficiente y formal en toda acción comprometida (196).”

“La institución de salud se define a aquel establecimiento o institución en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal. Los centros de salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales y de los sanatorios ya que si bien cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones, no disponen de grandes tecnologías (197).”

“El Seguro de salud (también llamado seguro médico o seguros de gastos

médicos) es definido como un contrato entre usted y una compañía de seguros. A cambio de que usted haga los pagos de la prima, la compañía de seguros de salud acuerda pagar los gastos médicos en los que usted pueda incurrir bajo los términos del contrato (198).”

“El Seguro Integral de Salud (SIS), como Organismo Público Ejecutor (OPE), del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. El SIS también busca mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil (199).”

“Tiempo de espera es definida como aquellos pacientes que acuden a un centro de salud en la comunidad tienen que esperar de 16,1 a 21,9 minutos para ser atendidos. Los pacientes con cita previa tienen que esperar una media de 16,1 minutos; mientras que las personas que acuden mediante el sistema de turnos o de números aguardan una media de 21,9 minutos para ser atendidos (200).”

“El tiempo es un indicador ayuda a valorar un componente de la calidad, de extraordinaria importancia en urgencias, trata de medir el mismo aspecto: tiempo promedio que transcurre desde que el enfermo demanda la asistencia o llega a la Unidad Funcional, hasta que toma contacto con el médico o el equipo sanitario (201).”

“El tiempo de espera promedio desde que un paciente llega a un establecimiento de salud, público o privado, hasta que es atendido en un consultorio médico aumentó en el 2015 a 104 minutos. "Existen métodos y sistemas para mejorar los tiempos de espera de los usuarios; son costosos pero se están aplicando en las clínicas (202).”

“La Organización Mundial de la Salud (OMS), define como Calidad del Servicio de Salud: Satisfacción de las necesidades del usuario, menor riesgo al paciente, prevención y recuperación total del paciente y su rehabilitación. Existe una relación estrecha entre la calidad de atención y la satisfacción de los usuarios para lograr el equilibrio del Sistema de Salud (203).”

“Calidad de la atención en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención en el país, a través de una gestión que genere condiciones para el desarrollo eficiente y seguro de sus procesos, lo cual implica que los mismos se integren en la red de servicios y que crecientemente se vaya complementando la red del MINSA con la EsSalud (204).”

“Otero J, concluyó que el mejoramiento de la calidad es tan importante para la salud global como el aumento de la cobertura, a pesar de que recibe mucha menos atención. Sugirió que la mejora de la calidad funciona mejor cuando el programa de intervención tiene objetivos claros y significativos (205).”

“Pandillaje son un grupo de personas que sienten una relación cercana, o íntima e intensa entre ellos, por lo cual suelen tener una amistad o interacción cercana con ideales o filosofía común entre los miembros. Este hecho les lleva a realizar actividades en grupo, que puede ir desde salir de fiesta en grupo hasta cometer actos violentos o delictivos (206).”

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

sociedad (207).”

“Las pandillas demuestran violencia, robo, inseguridad ciudadana. Las pandillas provienen de hogares en crisis o destruidos, de padres separados y también por falta de comunicación tanto padres e hijos, también tienen carencia afectiva dentro del hogar, por lo cual se identifican con las pandillas, en las que encuentran amistad, el respeto y el trato igualatorio (208).”

En cuanto a la variable si recibe apoyo social natural los adultos de la Comunidad de Shilla Sector Yanarumi- Ancash, no reciben este apoyo debido a que la gran mayoría cuenta con un ingreso económico muy bajo, motivo por el cual muchos de ellos no pueden ayudarse entre sí, además de ello refieren los adultos que prefieren no crear ninguna organización de apoyo porque hoy en día nadie es justo y honesto porque piensan que el que esté a cargo de dirigir la organización robará el dinero depositado o que otras personas saldrán más beneficiados y otras no, por otra parte un cierto porcentaje muy reducido refirió que reciben apoyo de sus familiares que viven cerca a ellos los cuales les apoyan tanto económicamente haciéndole préstamo de dinero por un tiempo o regalándoles sus productos de cosecha para que se alimenten, otro tipo de ayuda familiar que reciben es en lo laborar ya que el trabajo de campo es muy arduo y entre familias se apoyan para preparar el terreno a cultivar para luego repartirse o dividirse la cosecha y ver por conveniente si lo venden o consumen los productos de la cosecha.

“En el año 2016 en el Perú solo hay 39 instituciones de acogida, de los cuales 11 son administrados por los gobiernos locales, 8 por la beneficencia Pública, 10 por diversas organizaciones de la sociedad civil y 10 por la Iglesia. Sin embargo, al 20% de cifra resulta insuficiente para atender a diversos tipos de problemas (209).”

En cuanto a si reciben un apoyo social organizado no reciben ya que dentro de su comunidad no existe una organización que les pueda ayudar ya sea comedor popular, vaso de leche, pensión 65, otra de las razones que refieren algunos de los adultos es que los encargados de inscribir en algunas de estas organizaciones no llegaron hasta el Sector de Yanarumi debido a que es un poco lejos y tienen que caminar una hora para llegar es por eso que ninguno de ellos cuenta con ningún apoyo. Muy pocos manifiestan que reciben apoyo del vaso de leche un programa alimentario que está dirigido a niños, madres gestantes y adultos mayores para mejorar la alimentación de ellos a través de la repartición de leche y avena en algunas ocasiones harinas de trigo o maíz. Pero tienen que ir hasta la comunidad de Shilla a una hora de caminata y son muy pocas las personas que asisten. El no contar con apoyo social organizado trae como consecuencia el no poder cubrir algunas necesidades que tienen y así poder cubrir sus necesidades como su economía, vestimenta y alimentación.

“Según el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) en una encuesta realizada en 2016 respecto a los programas sociales el programa vaso de leche/Comedor popular es el de mayor cobertura, atiende a 493 mil productores, por departamento (210).”

“Luego el programa sigue JUNTOS con 391 mil beneficiarios; le sigue el Desayuno o Almuerzo escolar que alcanza a 338 mil; en los hogares de los hombres de Loreto (35,0%), Huánuco (30,8%), Apurímac (25,6), Amazonas (24,5%), Huancavelica (22,0%), Ayacucho (21,4%), Cuzco (19,7%) (211).”

En cuanto a la institución de salud que se atendido en los doce últimos meses, se atendieron en el puesto de salud de la Comunidad de Shilla, el cual cuenta con una

infraestructura adecuada ya que la construcción es de material noble, en cuanto a los recursos humanos con los que cuenta son el profesional médico, una Lic. En enfermería, una obstetra, técnica en enfermería, laboratorista y odontólogo. Brinda los servicios de: consulta, servicio de medicina (tres veces a la semana), servicio de atención dental Gineco_obstetricia (control prenatal, planificación familiar, Papanicolaou, promoción y prevención de enfermedades de transmisión sexual) Lic. En enfermería (CRED), estrategia nacional de inmunizaciones (ESNI), triaje, farmacia y laboratorio, existe una promotora de salud el cual se encarga de visitar a las familias principalmente en riesgo y gestantes para realizar una coordinación con el puesto de salud de Shilla para así llevar mejor el control del paciente y evitar problemas y riesgo de salud.

“De acuerdo a la INEI, durante el año 2016 y 2017 en trimestre: Enero- febrero-marzo de cada 100 personas que presentan problemas de salud. 14 consultaron en un establecimiento de Ministerio de Salud, 16 lo hicieron en farmacia o botica, 7 en consultorio o clínica particular y 6 en un establecimiento de Seguro Social de Salud (EsSalud) (212).”

De la misma manera casi todos consideran que la distancia del lugar donde lo atendieron está lejos debido a que el sector donde viven está a una 40 minutos a 1 hora para llegar al puesto de salud de la Comunidad de Shilla, según la rapidez con la que se camine, además de ello porque en el Sector de Yanarumi no hay mucha presencia de vehículos y si los hay les cobran el pasaje de 5 a 7 soles con lo cual no cuentan con mucha economía para costear el pasaje. Por consecuencia la distancia es un riesgo o problema que tienen los pobladores ya que de presentarse alguna emergencia ya sea de salud o por alguna situación será peligroso poder llegar a

tiempo oportuno al puesto o centro de salud para ser atendidos de manera oportuna ya que por la lejanía se puede incrementar los posibles problemas en riesgo de su salud.

“Según INEI, en la encuesta nacional de hogares en año 2016, se obtuvo el análisis del tiempo promedio que demora una persona en llegar a un establecimiento de salud es 35 minutos, a EsSalud es de 32 minutos, Ministerio de Salud (MINSA) 41 minutos y CAS (Comités Locales de Administración de Salud) es de 24 minutos comparando con similar trimestre del año anterior (213).”

En cuanto al tipo de seguro de los adultos todos cuentan con el seguro integral de salud (SIS – MINSA), este tipo de seguro permite a que más personas con bajos recursos económicos , personas que sean vulnerables, personas con discapacidad para poder trabajar o hayan sido afectados por el terrorismo, con la finalidad de que reciban la atención adecuada y gratuita al igual que algunos medicamentos que son gratuitos, esto también se da en los hospitales siendo gratuito los días de hospitalización, cubre algunos medicamentos y algunas operaciones de bajo riesgo, todo ello con el propósito de reducir las tasas de mortalidad, las enfermedades y mejorar la salud de cada peruano que cuente con este sistema de salud.

En cuanto al tiempo de espera la atención de salud de los adultos fue largo ya que no les atienden rápidamente y según refieren hay preferencias para algunos de sus conocidos además de ello se suma que el personal de salud llega al puesto de salud tarde debido a que el personal de salud vienen desde la Ciudad de Huaraz, y no a la hora adecuada de ingreso para la atención y por la distancia en que esta el Sector de Yanarumi hasta la Comunidad de Shilla les toma tiempo para alcanzar los primeros cupos para la atención. Lo cual trae como consecuencia incrementar el

riesgo en su salud y vida debido a no ser atendidos oportunamente.

En cuanto a la calidad de atención de los adultos fue regular, debido a que No atienden de una manera cordial según hacen referencia los adultos. Porque hay preferencias para algunas personas, porque también algunos adultos aseguran que les venden los medicamentos de la farmacia, Además de ello no les solucionan en un cien por ciento sus malestares físicos en algunas ocasiones no les llegan a atender porque ya es hora de salida del personal de salud o porque no encuentran cupos disponibles para su atención. Esto traerá como consecuencia que el adulto ya no quiera regresar al puesto de salud por la calidad de atención de salud que recibieron el cual trae consigo el empeoramiento de su enfermedad o dolencia.

Y en cuanto si existe pandillaje o delincuencia en la comunidad casi todos refirieron que si existe pandilla o delincuencia. Esto debido a que personas de otros lugares van a al Sector y roban en especial sus animales (conejos, gallinas, cerdos, ovejas), cosechas (calabaza, maíz, frutas, etc.) hasta incluso en algunas ocasiones ingresan a robar sus propiedades de sus viviendas. Es por ello que no quieren dejar sus viviendas solas por mucho tiempo porque personas inconscientes les roban y se llevan lo que ellos logran o crían con mucho sacrificio. El cual afecta grandemente a su economía y alimentación debido a que de sus productos y animales ellos viven de la venta que hacen de cada uno de ellos. Además porque es perjudicial para sus hogares y hay un riesgo que ellos sean violentados por alguno de ellos ya sea físicamente o sexualmente.

“Según INEI en 2015 en Lima y Callao el caso presentado por la policía, se calcula que unos mil menores se unieron a pandillas en los últimos años, esto representa que más de 8% son vándalos, que integran 420 grupos, el sondeo refleja

que la delincuencia y la inseguridad del ciudadano siguen siendo los más importantes problemas de la ciudad con 73,6% (214).”

En conclusión en los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos Comunidad de Yanarumi. Casi todos no cuentan con el apoyo de diferentes tipos de organización el cual es un factor muy importante en el mejoramiento y desarrollo de su estilo de vida debido al bajo ingreso económico con el que cuentan, además de ello contribuye a su nutrición, por otro lado cabe resaltar que casi todos cuentan con el Seguro Integral de Salud (SIS_MINSA) el cual es muy importante contar con ello ya que les permite facilitar su accesibilidad a los servicios de salud además de ello contribuye con su ahorro económico y lo más importante evita posibles complicaciones de salud, mejorando la calidad de vida y salud de cada uno de ellos.

V. CONCLUSION Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

- Determinantes biosocioeconómicos de los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi, Carhuaz-Ancash. se logró identificar que más de la mitad son de sexo masculino, adultos maduros, tienen secundaria incompleta, todos perciben un ingreso económico menor a 750 soles y tienen trabajo eventual. Determinantes del entorno físico: más de la mitad son cuidadores/alojados, techo de adobe, la mayoría tienen vivienda multifamiliar, duermen de 2 a 3 personas / habitación, cuentan con conexión domiciliaria de agua, letrinas, cocinan con leña, tienen energía eléctrica permanente, disponen y eliminan su basura a través del carro recolector, todos tienen piso de tierra, paredes de adobe, recolector de basura pasa todas las semanas pero no diariamente.
- Determinantes del estilo de vida, se obtuvo que más de la mitad consume carne, 1 o 2 veces/semana, huevo y fideos 3 o más veces a la semana, la mayoría consume bebidas ocasionalmente, no se realiza examen médico periódico, la actividad física que realiza es caminar, consume frutas una o dos veces/semana, pescado menos de una vez/semana, fideos tres o más veces a la semana, pan y cereales a diario, casi todos no fuman, en las dos últimas semanas caminaron, alimentos que consumieron como otros nunca o casi nunca, todos duermen de 06 a 08 horas, se bañan cuatro veces a la semana, consumen verduras diariamente.
- Determinantes de las redes sociales y comunitarias, la mitad se atendió en un puesto de salud dentro de los últimos doce meses, más de la mitad no

recibe ningún apoyo social natural, el tiempo que espero para que lo atendieran fue largo, la calidad de atención fue regular, casi todos refieren que la distancia del lugar de atención es muy lejos, si hay pandillaje cerca de su casa, todos no reciben apoyo social organizado, cuentan con seguro integral de salud (SIS_MINSA.)

5.2 RECOMENDACIONES

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

- Se recomienda a las autoridades y población en general el poder gestionar para poder contar con desagüe para cada vivienda y mejorar la frecuencia del recojo de la basura.
- Además de ello se recomienda al personal de salud el poder tratar cordialmente a los pacientes y brindar una atención de calidad y con trato intercultural pues ello permitirá motivar más a la población a acudir con mayor confianza al establecimiento de salud de su jurisdicción.
- Motivar a las autoridades del Sector de Yanarumi el gestionar que las organizaciones de apoyo del estado llegue a todos pobladores para que de los adultos de la población para mejorar sus condiciones o determinantes de salud.
- Seguir realizando estudios en el Sector de Yanarumi y mejorara cada uno de los determinantes de la salud en conjunto con las autoridades y personal de salud con apoyo de cada poblador con la finalidad de mejorar la calidad de vida y salud de cada uno de ellos.
- Instar a las autoridades a gestionar más seguridad en la población con la frecuencia del Serenasgo o que los pobladores se turnen a cuidar distintos lugares de la población para así evitar el robo de sus pertenencia y animales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

8. Lip Licham C y Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud, 84 pp; 2005.
9. Valdivia, G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, 23:18-22; 1994. 90
10. Consulta Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; 1998.
11. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades de una generación, editorial; 2008.
12. Ministerio de salud. “Foros: construyamos juntos una mejor salud para todos y todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
13. Ministerio de salud. Plan nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
14. Padrón, H. “Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación, Tabasco – México, 2012. [página en internet]. México: Tabasco, 2012. [actualizado 22 junio 2012; citado 16 junio2017].

Disponible:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466201100020000
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES. Perú; 2014. [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2016] URL: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/>
16. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alcohol y salud pública en las américas. salud (MINSa). Modelo de abordaje de promoción de la salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de nutrición y alimentación saludable.

- Lima: Dirección General de Promoción de la Salud. [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014]. URL: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/148.pdf>.
17. Ministerio del ambiente. Análisis ambiental del Perú: Retos para un desarrollo sostenible. Lima: Banco Mundial, oficina de Lima, Perú; 2006; pp [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014] URL: <http://sinia.minam.gob.pe/index.php?accion=verElemento&idElementoInformacion=304&verPor=&idTipoElemento=2&idTipoFuente=&idfuenteinformacion=5>
 18. Congreso de la República. Ley N.º 29344: Metodología para el análisis de ley 91 marco de aseguramiento universal en salud. Perú, Lima: Congreso de la República; 2009. [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014]. URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a13v26n2.pdf>
 19. Prosalus. Análisis de la realidad Perú; 2008. Dispon <http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/An%C3%A1lisis%20de%20la%20realidad%20Per%C3%BA.pdf>
 20. Puesto de Salud de Shilla Sector Yanarumi Ancash 2013. Vigilancia Comunal. Fichas familiares.
 21. Villegas M. La calidad de atención brindada por el profesional de salud a los usuarios externos en el área de emergencia del Hospital San Vicente de Paul de Colombia, durante el periodo noviembre 2011 a agosto 2012. [página en internet]. Colombia: 2012. [actualizado 21 abril 2016; citado 21 abril 2016]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/salomonhuamanquina/tesis-finalcorregidahuamn-quia>
 22. Heredia, N. Puc-Franco, Caamal-Ley, Vargas-González. Determinantes sociales

- relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México.2014 Rev Biomed. 2012;23:113-20. .
23. Gonzales, C. Determinantes de Salud de los Adultos jóvenes del casco urbano santa- Chimbote, 2015. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
 24. Garay, N. Determinantes de la salud en la persona Adulta de la asociación el Morro II. Tacna, 2015. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
 25. Romero, E. Determinantes de la salud de la mujer Adulta de la asociación provivienda - barrio sur urbanización los titanes I etapa -Piura, 2015. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
 26. Ulloa, M. Determinantes de la salud en la persona Adulta madura. Miramar sector 3, Moche - Trujillo, 2015. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
 27. Santillán, Y. Determinantes de salud de los Adultos del Centro Poblado de Paltay Sector “C” Lucma Taricá -2016. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.
 28. Ayala, J. Determinantes de salud de lo Adultos del Caserío Chua, Bajo Sector S, Huaraz- 2016. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.
 29. Villanueva, C. Determinantes de salud de los Adultos del Caserío de Lloclla-Huaraz, 2016. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería].

- Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.
30. 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.
 31. Lalonde, M. Determinantes de la Salud, 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.
 32. 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.
 33. Hernández, R. Metodología de la investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
 34. Schoenbach, V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]; 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:[http:// www. epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf](http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf).
 35. Polit D y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4^a ed.México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
 36. 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>.
 37. Bugada, S. definición de edad [Artículo en internet]. Unión Europea; 2012. [citado 2012 set 24]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.Com/definición/educabilidad>.

38. 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.
39. Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los determinantes sociales de la salud. Organización panamericana de la salud.: Washington; 2009.
40. 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.
41. Bugada, S. definición de edad [Artículo en internet]. Unión Europea; 2012. [citado 2012 set 24]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/definición/educabilidad>.
42. 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.
43. 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.
44. Polit, D. y Hungler, B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
45. 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>.
46. Schoenbach, V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]; 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas].Disponible en URL:[http:// www. epidemiolog.net/es/en desarrollo/ Diseños De Estudio Analíticos. pdf](http://www.epidemiolog.net/es/en desarrollo/ Diseños De Estudio Analíticos. pdf).

47. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la salud sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://www.amssac.org/biblioteca %20 sexualidad % 20 conceptos.htm](http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm)
48. Eustat. Definición de nivel de instrucción. [Portada en internet]; 2010. [citado 2014 set 10]. Disponible en: [http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/ elem_2376/definicion.html#axzz3IreHwqNP](http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz3IreHwqNP).
49. Ballares, M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Mexico; 2010. Disponible en:[http://www.unifemweb.org .mx/ documents / cendoc / econo mia/ecogen42.pdf](http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf)
50. 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
51. Lama, A. En el marco del Fondo de Investigaciones del programa de Mejoramiento de Encuestas y de la Medición de las Condiciones de Vida de los Hogares en el Perú (Programa MECOVI -Perú), Lima; 2000. Disponible en. [http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/ PRESENTA. htm](http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/PRESENTA.htm)
52. 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.

53. Pinedo, P. Determinantes de la Salud en Adultos Maduros. Asentamiento Humano Nuevo Moro - 2015. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
54. Valdez, N. Determinantes de la Salud en Adultos Mayores Con Hipertensión. Anexo La Capilla-Samanco.2017. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2017.
55. Lino, H. Determinantes de la Salud en Adultos Con Tuberculosis, Centro De Salud Yugoslavo Nuevo Chimbote, 2015. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
56. Hipólito, R. Determinantes de la Salud en los Adultos Mayores del Asentamiento Humano Los Cedros- Nuevo Chimbote, 2016. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.
57. Sánchez , R. Determinantes de la Salud en Madres. Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres – Chimbote, 2015. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
58. Laguna, K. Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes Miraflores Alto – Chimbote, 2016. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.
59. Sexo. [Documento en internet]. [Citado el 8 de octubre del 2012] disponible desde el URL: <http://sobreconceptos.com/Sexo>.
60. Vaivasuata, B. OCTUBRE 19, 2014. <http://diferenciaentre.info/diferencia-entre-genero-y-sexo/>.

61. Cary, J. Sexualidad Humana. 3º ed. Editorial El Manual Moderno S.A. México, 1980: 246-62.
62. Edad. [Documento en internet]. [Citado el 8 de octubre del 2012] disponible desde el URL: <http://sobreconceptos.com/Edad>.
63. Definición de Edad. [Artículo en internet]. [Citado 2008-2012]. Disponible en URL: <http://definición.de/edad>.
64. Manso, S. (1996) <http://www.efdeportes.com/efd138/edad-y-formacion-deportiva>.
65. Eustat - Euskal Estatistika Erakundea - Instituto Vasco de Estadística y organismo público que desarrolla, produce y difunde información estadística oficial de la C.A. de Euskad.
66. Grado de Instrucción. [Documento en internet]. [Citado el 8 de octubre del 2012] disponible desde el URL: <http://sobreconceptos.com/Edad>.
67. Zarrate. Definición de nivel de instrucción. [Portada en internet]; 2010. [citado 2015 set 10]. Disponible en: http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_26/definicion.html.
68. Eustat. Definición de nivel de instrucción. [Portada en internet]; 2010. [citado 2016 set 10]. Disponible en: http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_175/elem_2376/definicion.html#axzz3IreHwqNP.
69. Ingreso Económico [artículo en internet] 2011. [Citado 2012, oct 22]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiqui/ingreso económico](http://es.wikipedia.org/Wiqui/ingreso_economico).
70. Enciclopedia de economía, Administración, Finanzas y Marketing. “Definición de ingreso económico. [Artículo de 1a pantalla]. Disponible desde la URL http://www.eco.finanzas.com/diccionario/I/INGRESO_ECONOMICO.htm

71. Ingreso Económico [artículo en internet] 2014. [Citado 2015, oct 22]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ ingreso económico](http://es.wikipedia.org/Wiki/ingreso_económico).
72. Ocupación [artículo en internet] 2011. [Citado 2012, oct 22]. Disponible en URL:es.wikipedia.org/Wiki/Ocupaciónhttps://luciacano.wordpress.com/2012/11/22/definicion-de-profesion-y-ocupacion/.
73. Diccionario Enciclopedia. Definición de ocupación o tipo de trabajo. [Artículo en internet].2012 [Citado 2011 feb. 15].Disponible URL:[http://www.trabajoinfantil.cl/definiciones /ingresos. php](http://www.trabajoinfantil.cl/definiciones/ingresos.php).
74. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. en un estudio denominado “características de los migrantes internacionales, hogares de origen y receptores de remesa [citado feb.23.] [alrededor de 1 pantalla libre] desde: [www.inei](http://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/...digitales/.../Lib1152/libro.pdf) Desde:www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/...digitales/.../Lib1152/libro.pdf – 2017.
75. INEI. Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población adultos maduros 2016.Disponible: en[http: /www. inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2016.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2016.pdf).
76. INEI. Indicadores de la educación según. [Artículo en internet].2016 [citado, 16 dediciembre20]Disponible:http://www.snie.sep.gob.mx/estadisticas_educativas . Html.
77. INEI. Indicadores de pobreza según. [Artículo en internet].2016 [citado, 29 de julio]Disponible:http://www.snie.sep.gob.mx/estadisticas_pobreza .Html.
78. Popayán, E. Determinantes de Salud de los Adultos del Centro Poblado de Vicos - Sector Punco-Corral-Marcará – Carhuaz, 2015. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los

- Ángeles de Chimbote, 2015.
79. Rodríguez, S. Determinantes de salud de los Adultos del Centro Poblado de Curhuaz - Sector Caururo- Independencia- Huaraz 2015. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
 80. Jaramillo, N. Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío De Pampamaca Sector “E” - Carhuaz, 2016. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.
 81. Hipólito, R. Determinantes de la Salud de los Adultos Mayores. Asentamiento Humano los Cedros – Nuevo Chimbote, 2016. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.
 82. Vega, D. Determinantes de la Salud en Adultos del Asentamiento Humano Tres Estrellas Chimbote, 2017. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2017.
 83. Maldonado, A. Determinantes de la Salud en Escolares de la Institución Educativa N° 89002. Chimbote, 2015. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
 84. Lecca, N. Determinantes de la Salud en el Adulto Mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso - Nuevo Chimbote, 2016. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.
 85. Bibliografía de definición de vivienda Fuente: <http://www.tiposde.org/construcci>

- on/219-tipos deviviendas/#ixzz4v11NEoFW
86. Enciclopedia libre definición de vivienda, [17 de octubre del 2013] [1 pantalla libre] Desde URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Viviendaarquitectura>.
 87. Cornejo, U. Conceptos sobre Vivienda [artículo en internet] 2012. [Citado 2012, oct 8]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiqui/conceptos vivienda](http://es.wikipedia.org/Wiqui/conceptos_vivienda).
 88. Tenencia de Vivienda [artículo en internet] 2012. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiqui/tenencia de vivienda](http://es.wikipedia.org/Wiqui/tenencia_de_vivienda).
 89. Características de la Vivienda Conceptos ". Sobre conceptos. [Documento en internet]. [Citado el 8 de octubre del 2012] disponible desde el URL: [http. // Conceptos.com/características de la vivienda](http://Conceptos.com/características_de_la_vivienda).
 90. Mendieta, F. Conceptos y definiciones de población y tenencia de la vivienda [Serie de Internet] [Citado 2013 Setiembre 13] [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde URL:[http:// iies.f aces. ula.ve/ censo90/ Conceptos_ definiciones _de _población% C3 % B3n_vivienda.html](http://iies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos_definiciones_de_población%20y_vivienda.html).
 91. Diccionario de la lengua española: Definición de piso. [Reporte en internet]. [citado 12 Setiem.2013] [1 pantalla libre]. Desde URL: <http://es.thefreedictionary.com/piso>.
 92. Saneamiento Básico Conceptos [artículo en internet] 2012. Disponible en URL: [es. org/ conceptos saneamiento básico](http://es.org/conceptos_saneamiento_básico).
 93. Diccionario, ABC: Enciclopedia libre definición de piso [6 de noviembre del 2013] [1 pantalla libre] desde URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Piso>.
 94. Virginia, S. Definición de techo [Articulo de internet] 2010 [Citado Setiembre del 2011]. [Alrededor de una pantalla]. Disponible en URL: [hppt //es. Psicope- dagogia.com/definición/educabilidad](http://es.Psicopedagogia.com/definición/educabilidad).

95. Diccionario Latino Americana: la definición de una cubierta de techo [Serie de Internet] [Citado 2015 febrero] [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde el URL: <http://es.thefreedictionary.com/techo>.
96. Keith, A. La definición de una cubierta de techo [Serie de Internet] [Citado 2012 octubre] [Alrededor de 01 pantalla]. Disponible desde URL http://www.1.ehowenespano.com/definicion-cubierta-techo-info_309213/.
97. Diccionario de la lengua española, Definición de pared [12 de noviembre 2012] [1 pantalla libre] desde URL: <http://es.wiktionary.org/wiki/pared>.
98. Diccionario Enciclopedia libre: Definición de pared. [Documento en internet]. [May. 14 de 2013.] [1 pantalla libre]. Desde URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Pared>.
99. Enciclopedia libre: Definición de pared [12 de noviembre 2012] [1 pantalla libre] desde URL: <http://es.dicionary.org/pared>.
100. Diccionario de la lengua española: Definición de adobe [12 de febrero 2015] [1 pantalla libre] desde URL: <http://deconceptos.com/ciencias-sociales/adobe>.
101. Cáceres J. Características del adobe Conceptos ". Sobre conceptos serie en internet] 2012.
102. Diccionario Latino Americana: la definición de adobe [Serie de Internet] [Citado 2015 febrero].
103. Diccionario de la lengua española: Definición de dormitorio [12 de febrero 2015] [1 pantalla libre] desde URL: <http://www.definicionabc.com/general/dormitorio.php>.
104. Diccionario de la lengua española: Definición de dormitorio [12 de febrero 2015] [1 pantalla libre] desde URL: <http://lexicoon.org/es/dormitorio>.

- 105.Diccionario de la lengua española: Definición de habitación [12 de febrero 2015]
[1 pantalla libre] desde URL: <http://lexicoon.org/es/dormitorio>.
- 106.Diccionario España: Definición de dormitorio [1 de octubre 2015] [1
pantalla libre] desde URL: <http://lexicoon.org/es/dormitorio>.
- 107.OMS y UNICEF: Agua potable salubre y saneamiento básico en pro de la salud
[OMS 2013] [1pantalla libre] desde URL:[http://www.who.int/water_ .sanitation,
/health/mdg1/es](http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es)
- 108.Organización Mundial de la Salud. La meta de los ODM relativa al agua potable
y al saneamiento [febrero de (2005)] [1 pantalla libre] desde
URL:[http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/1198255419-JM
P_06_es.pdf](http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/1198255419-JM
P_06_es.pdf).
- 109.Saneamiento Básico Conceptos [artículo en internet] 2012. Citado May. 4.]. [3
pantallas] 2009. Disponible en URL: [www.conceptos disposición de basuras. Y
desechos. y saneamiento básico en pro de la salud](http://www.conceptosdisposiciondebasuras.com) [OMS 2013] [1pantalla libre]
desde URL:[http://www.who.int/water_ .sanitation, /health/mdg1/es](http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es)
- 110.Saneamiento Básico Conceptos [artículo en internet] 2012. Disponible en
URL:[es. Citado May. Disponible en URL: www.conceptos disposición de
basuras. Y desechos.](http://www.conceptosdisposiciondebasuras.com)
- 111.Juárez, B. Taller de higiene y salud, [Serie de internet] [Citado 2011 Abril] [1
pantalla]. Disponible en URL: [http://cienciasdeprepa.blogspot.com/eliminacion-
de-excretas.html](http://cienciasdeprepa.blogspot.com/eliminacion-de-excretas.html)
- 112.Diccionario de la lengua española: Definición de eliminación de excretas [12 de
febrero 2015] [1 pantalla libre] desde URL: [http://lexicoon.org/es/eliminacion de
excretas.](http://lexicoon.org/es/eliminacion-de-excretas)

113. Diccionario de la lengua española: Definición de eliminación sanitaria [12 de febrero 2015] [1 pantalla libre] desde URL: <http://lexicoon.org/es/sanitario>.
114. Diccionario de la lengua española: Definición de Combustible para cocinar [12 de febrero 2015] [1 pantalla libre] desde URL: [http://lexicoon.org/es/Combustible para cocinar](http://lexicoon.org/es/Combustible%20para%20cocinar).
115. Diccionario de la lengua española: Definición de Combustible para cocinar [12 de febrero 2015] [1 pantalla libre] desde URL: [http://lexicoon.org/es/Combustible para cocinar](http://lexicoon.org/es/Combustible%20para%20cocinar).
116. Diccionario de la lengua española: Definición de leña [12 de febrero 2015] [1 pantalla libre] desde URL: [https://www.ecured.cu/leña eléctrica](https://www.ecured.cu/le%C3%B1a_el%C3%A9ctrica).
117. Enciclopedia libre. Definición de Energía eléctrica, la enciclopedia libre setiembre 2013 Disponible desde el URL: [http://es.org//Energía eléctrica](http://es.org//Energ%C3%ADa_el%C3%A9ctrica).
118. Enciclopedia libre. Definición de Energía eléctrica, la enciclopedia libre setiembre 2013 Disponible desde el URL: [http://es.org//Energía eléctrica](http://es.org//Energ%C3%ADa_el%C3%A9ctrica).
119. Enciclopedia libre. Definición de Iluminación - Eléctrica y concepto. [Artículo en internet]. [Citado 03 enero 2008]. Desde URL: [http://www.la-razon.com/sociedad/Tipo energia017 08629135.html](http://www.la-razon.com/sociedad/Tipo_energia017_08629135.html).
120. Sánchez M. Gestión de residuos. [Artículo en internet]. [1 pantalla]. [Citado 2013 Noviembre 14]. Disponible desde: [http://es.wikipedia.org/wiki/Gestión de residuos](http://es.wikipedia.org/wiki/Gesti%C3%B3n_de_residuos).
121. Investigación Nacional de Estadística e Informática INEI - Hogares con acceso al servicio de recolección de residuos sólidos. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Estadistica/Estadistica-de-Hogares-con-acceso-al-servicio-de-recoleccion-de-residuos-solidos

Lib 1291/libro.pdf

122. Definición: basura, la enciclopedia libre noviembre 2013 Disponible desde el URL: <http://es..org/ /Basura>.
123. Méndez L. Clasificación de la basura. [Monografía en Internet] [Citado el 2011 Junio 26] [Alrededor de 01 planilla]. Disponible desde el URL: <http://www.monografias.com/trabajos36/la-basura/la-basura3.shtml>.
124. Conceptos de Recojo de Basura [artículo en internet] 2011. Disponible en URL: es.wikipedia.org/Wiqui/ conceptos de recojo de basura.
125. Lucarella, L. Recolección de basura Tesis de Grado en Ingeniería en Informática Departamento de Computación Facultad de Ingeniería Universidad de Buenos Aires, 2010. Disponible URL: <http://www.llucax.com.ar/ /informe-pc.pdf> downloads.
126. Ministerio de agricultura alimentación y medio ambiente definición de recogida de basura [14 de octubre 2013] [1 pantalla libre] Desde URL: <http://www.magrama>.
127. Conceptos de Recojo de Basura [artículo en internet] 2011. Disponible en URL: [http// www./ conceptos de recojo de basura](http:// www./ conceptos de recojo de basura).
128. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población y Vivienda 2016. [Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda]. [Serie internet. [citado Abril.2017]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: en http:// www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cp v2017
129. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población y Vivienda 2015. [Población y Vivienda]. [Documento en internet] [Citado 2015 Noviembre 06].

- [1 Pantalla] Disponible: en <http://www.inei.gob.pe/estadisticas/indicetematico/poblacion-y-vivienda/>.
130. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población y Vivienda 2016. [Población y Vivienda]. [Documento en internet] [Citado 2016 Noviembre 06]. [1 Pantalla] Disponible: en <http://www.inei.gob.pe/estadisticas/indicetematico/poblacion-y-vivienda/>.
131. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Censo de Población y Vivienda 2015. [Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda]. [Serie internet. [citado Abril.2017]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cp_v2017
132. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). 2016. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf>
133. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), encuesta Demográfica y de la Salud Familiar. 2015-2016-2017.
134. INEI. Instituto Nacional de Estadística, Censo de Población y vivienda- 2016. [Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda]. [Serie internet. [citado Mar.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cp_v2012.pd
135. INEI. Instituto Nacional de Estadística, Población y vivienda 2011-2016. [Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda]. [Serie internet. [citado Mar.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/>

- censos/marco_conceptual_cpv2012.pd.
136. Encuesta Nacional de los Hogares (ENAHOG). tipo de combustible para cocinar en el año 2016. Disponible desde: http://www.la-razon.com/sociedad/Tipo-energía-combustibleutilizacocinar_0_1708629135.html
137. Instituto Nacional de estadística e informática/ Encuesta Demografica de salud familiar-2015[ENDES 2015] [1pantalla libre] desde URL :http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es.
138. INEI. Instituto Nacional de Estadística, Censo de Población y vivienda- 2016. [Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda]. [Serie internet. [citado Mar.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias_censos/marco_conceptual_cpv2012.pd
139. OMS. Organización Mundial de la Salud-2016. [Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda]. [Serie internet. [citado Mar.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol>.
140. INEI. Instituto Nacional de Estadística, Población y vivienda 2011-2016. [Marco Conceptual del Censo de Población y Vivienda]. [Serie internet. [citado Mar.20.]. [alrededor de una pantalla]. Disponible: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias_censos/marco_conceptual_cpv2012.pd.
141. Pintado, R. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Asentamiento Humano Los Almendros – Castilla – Piura, 2016. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.
142. Sobrevilla, V. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Caserío

- Somate Bajo- Bellavista-Sullana, 2015. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
- 143.Lama, A. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Centro Poblado Puente de los Serranos _ Querecotillo _ Sullana, 2016. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.
- 144.Cielo, S. (144), Determinantes de la Salud en Madres Gestantes Adultas que acuden al Centro de Salud Coishco, 2016. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.
- 145.Valdez, N. Determinantes de la Salud en Adultos Mayores con Hipertensión. Anexo La Capilla- Samanco. 2017. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2017.
- 146.Juarez, K. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Asentamiento Humano Miguel Cortez _ Castilla _ Piura, 2015. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
- 147.Chuqui, J. Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes. Asentamiento Humano Villa España - Chimbote, 2015. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
- 148.Conceptos de Hábito de fumar. [Artículo en internet] 2011. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiqui/ conceptos habito fumar](http://es.wikipedia.org/Wiqui/conceptos_habito_fumar)

149. Merican Cáncer society: el habito de fumar cigarrillos [1/14/2012] [1 pantalla libre] desde URL: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent-pdf>.
150. Publicado por Dra. Marnet. Última actualización: 6 de diciembre de 2013 a las 16:53 por Jeff. <http://salud.ccm.net/faq/8544-fumar-definicion>.
151. Consumo de Bebidas Alcohólicas. [Artículo en internet] 2011. Disponible en URL: [www.conceptos consumo de bebidas alcohólicas](http://www.conceptosconsumo.com/bebidas-alcoholicas).
152. Prevención del consumo de alcohol por menores de 18 años. <http://www.redpapaz.org/alcohol/index.php/que-es/que-es-una-bebida-alcoholica>.
153. Consumo de Bebidas Alcohólicas. [Artículo en internet] 2011. Disponible en URL: [www.conceptos consumo de bebidas alcohólicas](http://www.conceptosconsumo.com/bebidas-alcoholicas).
154. Conceptos de Dormir. [Artículo en internet] 2011. Disponible en URL: [www. Conceptos dormir](http://www.conceptosdormir.com).
155. Enciclopedia libre: definición de sueño [Citado 28 nov 2013]. Desde URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Sue%C3%B1o>.
156. Enciclopedia libre. Definición de sueño [Serie Internet] [Citado Febrero de 2011] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL:- <http://vivirsalud.imujer.com/3863/cuantas-horas-se-debe-dormir>.
157. La OPS Define al Alcohol noviembre 2013 Disponible desde el URL: [http://www/http: concepto del alcohol](http://www/http:concepto-del-alcohol).
158. Diccionario España: definición de higiene [citado 12 nov 2013]. Desde URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Higiene>. Conceptos Aseo Personal. [Artículo en internet] 2011. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiqui/ aseo personal](http://es.wikipedia.org/wiki/aseo_personal).

159. Conceptos Higiene Personal. [Artículo en internet] 2011. Disponible en URL:
[es.wikipedia.org/Wiqui/ Higiene personal](http://es.wikipedia.org/Wiqui/Higiene_personal)
160. La Enciclopedia Libre: definición de higiene [citado 12 nov 2013]. Desde URL:
[http://es. www .org/ hpi/Higiene.](http://es.wikipedia.org/wiki/Higiene)
161. Huerta, E. y Larson, E. Entrevista realizada para el programa RPP “la gente piensa que se ducha para estar más limpio” [Citado, 16 de abril del 2016] disponible en: <http://vital.rpp.pe/expertos/cuantas-veces-a-la-semana-debemos-banarnos-noticia-954383>
162. La enciclopedia libre: definición de higiene [citado 12 nov 2013]. Desde URL:
[http://es. www .org/ hpi/Higiene.](http://es.wikipedia.org/wiki/Higiene)
163. Definiciones de examen Médico, [pantalla de internet] la enciclopedia libre noviembre.2013 Disponible desde el URL: [http://es. wikipedia .org/wiki/Examen _medico.](http://es.wikipedia.org/wiki/Examen_medico)
164. Exámenes Médicos. Conceptos [Artículo en internet] 2011. Disponible en URL:
[es.wikipedia.org/Wiqui/ exámenes médicos.](http://es.wikipedia.org/Wiqui/exámenes_médicos)
165. Labotec. Importancia de chequeos anuales 2012. Panamá: Labotec; 2012.
<http://saludycuerpohumano.blogspot.pe/2010/03/examen-medico-periodico.html>
166. Definición ABC. Definición actividad física, [documento en internet] [citado 2013 noviembre], 2012. Perú. Disponible desde el URL: [http://www .definición abc .com/salud/actividad-física. php.](http://www.definiciónabc.com/salud/actividad-física.php)
167. Organización Mundial de la Salud. Actividad física. [Serie Internet] [Citado octubre de 2012] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL:
[http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/.](http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/)
168. Definición actividad física, [documento en internet]. Disponible desde el URL:

- <http://www.definicionabc.com/salud/actividad-fisica.php>.
169. Definición actividad física, [documento en internet]. Disponible desde el URL:<http://www.actividadfisica.net/actividad-fisica-definicion-actividad-fisica.htm>
170. Actividad física, [documento en internet]. Disponible desde el URL:<http://www.scielo.sa.cr/scielo.phrttext>.
171. Bembibre, C. Título: Caminata. Sitio: Definición ABC. Fecha: 02/01/2012. URL: <https://www.definicionabc.com/deporte/caminata.php>.
172. Organización Mundial de la Salud: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [1 de diciembre del 2013]. Desde URL: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/>.
173. Definición Carne, pescado y huevos. [documento en internet] [citado 29 marzo], 2009 .Perú.
174. Definición cereal, legumbres y patatas. [documento en internet] [citado 29 marzo], 2009 .Perú
175. Definición frutas y verduras. [documento en internet] [citado 29 marzo], 2009 .Perú.
176. Definición sobre lípidos. [documento en internet] [citado 29 marzo], 2009 .Perú
177. MINSA. Ministerio de Salud // informa, sobre Estrategia mundial sobre el cigarrillo: 2015.
178. OMS. Organización Mundial de la Salud: Estrategia mundial sobre consumo del alcohol, y cerveza. [Serie Internet]. [Citado Diciem. de 25]. [Alrededor de 1 planilla] 2013. Desde URL: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/>.

179. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) 2016 [portada en internet]. [citado Jun. 23 de 2012]. [pantalla libre]. Disponible en <http://www.publimetro.pe/actualidad/noticia-60-peruanos-no-hace-ejercicios>.
180. Huerta, E. y Larson E. Entrevista realizada para el programa RPP “la gente piensa que se ducha para estar más limpio” [Citado, 16 de abril del 2016] disponible en: <http://vital.rpp.pe/expertos/cuantas-veces-a-la-semana-debemos-banarnos-noticia-954383>
181. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) 2015 [portada en internet]. [citado Jun. 23 de 2012]. [pantalla libre]. Disponible en <http://www.publimetro.pe/actualidad/noticia-60-peruanos-no-hace-ejercicios>.
182. Organización mundial de la salud. Observatorio de Nutrición y Estudio del Sobrepeso y Obesidad [Documento en internet]. Perú; 2016. [1 pantalla]. [Citado 2013 Noviembre 06]. [1 Pantalla] Disponible en URL: <http://www.portal.ins.gob.pe/es/noticias/1083-solo-el-10-de-la-poblacion-peruana-adulta-consume-la-cantidad-de-frutas-y-verduras-que-recomienda-las-oms>.
183. Slide Share. Producción de Huevos en el Perú [Documento en internet]. Perú; 2016. [1 pantalla]. Disponible en URL: <https://es.slideshare.net/Javierelera/produccion-de-huevos-en-el-per-59785336>.
184. Definición sobre clasificación de alimentos, [documento en internet] [citado 29 marzo], 2009 .Perú .Disponible desde el URL: [glicedis. Blogspot com/2009/03/alimentoshttp://nutricinydietetica-unefapc-concepto-clasificacion.html](http://glicedis.blogspot.com/2009/03/alimentoshttp://nutricinydietetica-unefapc-concepto-clasificacion.html).
185. Escobedo, E. Determinantes de la Salud en Niños Menores de 5 Años Con Anemia. Pueblo Joven Esperanza Baja _ Chimbote, 2016. [Tesis para Optar el

- Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los
Ángeles de Chimbote, 2016.
- 186.Chanduvi, L. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Asentamiento
Humano Independencia _ Castilla _ Piura, 2015. [Tesis para Optar el Título de
Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de
Chimbote, 2015.
- 187.Pintado, H. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Centro
Poblado la Golondrina _ Marcavelica _ Sullana, 2015. [Tesis para Optar el
Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los
Ángeles de Chimbote, 2015.
- 188.Curay, J. Determinantes de la Salud de la Persona Adulta en la Urbanización
Popular Eliane Karp _ Sullana, 2015. [Tesis para Optar el Título de Licenciado
en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote,
2015.
- 189.Castillo, R. Determinantes de la Salud en Adultos con Tuberculosis del Centro
Penitenciario Cambio Puente. Chimbote_2016. [Tesis para Optar el Título de
Licenciado en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de
Chimbote, 2016.
- 190.Ramírez, C. Determinantes de Salud de los Adultos del Distrito de Cajay_Huari,
2015. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Chimbote:
Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
- 191.Enciclopedia libre. Definición de apoyo social [documento en internet].
Disponible desde el URL: <http://www.tisoc.com/el-rincon-del-coach/apoyo-social.php>.

192. Enciclopedia libre. Definición de apoyo social [documento en internet].
Disponible desde el URL: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales/tema-13>.
193. Enciclopedia libre. Definición de apoyo social [Serie Internet] [Citado octubre de 2010] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL:
<http://umh1870.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/159/2013/02/Pr%C3%A1ctica-1.-APOYO-SOCIAL.pdf>
194. Enciclopedia libre. Definición de apoyo organizado [disponible de una pantalla de internet] <http://www.estamosenlaweb.pe/6741/sociedad-de-beneficencia-publica-moquegua-apoyo-social>
195. Real Academia. Definición de Apoyo Organizado [artículo en internet] 2011.
http://www.gerontologia.org/porta1/archivosUpload/Guia_Redex_Adulto_Mayor
196. Real academia: Apoyo Organizado [artículo en internet] 2011. Disponible en
URL: http://www.gerontologia.org/porta1/archivosUpload/Guia_Redex_Adulto_Mayor
197. Enciclopedia Libre. Definición de institución de salud [pantalla de internet]
<http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro5a6.pdf>
198. Enciclopedia Libre. Definición de centro de salud [pantalla de internet]
disponible desde: <http://www.definicionabc.com/salud/centro-de-salud.php>
199. Enciclopedia Libre. Definiciones de salud [pantalla de internet] Disponible
desde el URL <http://www.definicionabc.com/salud/centro-de-salud.php>
200. Ortiz, C. tiempo de espera para ser atendidos [210] [1 pantalla libre] Desde
URL: <http://noticias.terra.com.ar/logran-reducir-tiempo-de-espera-para-ser-atendidos-en-hospitales>.

201. Enciclopedia Libre. Definición de tiempo de espera para ser atendidos [210]
<https://gestion.pe/?ref=footer> tiempo de espera en la atención de salud.
202. Organización Mundial de la Salud: Seguro integral de la salud [documento en internet] Disponible desde URL: <http://www.geosalud.com/segurosalud>.
203. Real Academia. Definición Calidad de atención [artículo en internet] 2011. Disponible en URL: <http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la-atencion-en-salud.Pdf>. Definiciones Pandillaje [artículo en internet] 2012. Disponible en URL: <http://www.calidaddeatencion.com>
204. Otero, J. calidad en salud [pantalla de internet] [citado noviembre 202] Disponible desde: <http://www.google>. http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1604:buscan-calidad-atencion-establecimientos-salud&Itemid=900 Plan Estratégico 2008-2012 en su página 93
205. Ana, C. “Las Pandillas Juveniles en los Habitantes de la Ciudad de Ventanilla, Lima– 2011”
206. Diccionario de la Lengua Española. Definición Pandillas Juveniles [pantalla de internet] [citado 28 julio 2006] Disponible desde: <http://blog.pucp.edu.pe/item/6107/pandillas-juveniles-definicion-y-causas>.
207. Diccionario de la Lengua Española. Definición Pandillas Juveniles definición y causas [pantalla de internet] Disponible desde: <http://es.scribd.com/doc/2591644/pandillaje-juvenil#scribd>.
208. Encuesta de apoyo social. Disponible en <http://www.publimetro.pe/actualidad/noticia-60-apoyo-social-peruano>.
209. Programa Juntos Disponible en <http://www.publimetro.pe/actualidad/noticia-60-programa-juntos>.

210. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud [citado julio 2016]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Li192/libro.pdf
211. Gestión de la Calidad en Salud en el Perú: Situación y Perspectivas <http://www.minsa.gob.pe/DGSP/observatorio/documentos/2015/ponencia/230915/4-SGC.pdf>
212. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) 2016 [portada en internet]. [citado Jun. 23 de 2016]. [pantalla libre]. Disponible en <http://www.publimetro.pe/actualidad/noticia-90-peruanos>.
213. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) 2016 [portada en internet]. [citado Jun. 23 de 2016]. [pantalla libre]. Disponible en <http://www.publimetro.pe/actualidad/noticia-90-peruanos>.
214. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) 2015 [portada en internet]. [citado Octubr. 3 de 2015]. [pantalla libre]. Disponible en <http://www.publimetro>.



ANEXO N° 01



DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA

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

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

Dónde:

n = Tamaño de muestra

N = Tamaño de la población = 249

Z = Nivel de confianza al 95% establecido por el investigador = 1.95

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

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

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

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.95)^2 (0.5) (0.5) (249)}{(1.95)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (249-1)}$$

n = 151 adultos.



ANEXO N° 2



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS
ADULTOS DE LA COMUNIDAD DE SHILLA SECTOR YANARUMI-
ANCASH, 2013**

Elaborado por Vélchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona.....

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

1. Sexo: Masculino () Femenino ()

2. Edad:

- 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) ()

3. Grado de instrucción:

- Sin nivel instrucción ()
- Inicial/Primaria ()
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()

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

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

6.3. Material del piso:

- Tierra ()
- Entablado ()
- Loseta, vinílicos o sin vinílicos ()
- Láminas asfálticas ()
- Parquet ()

6.4. Material del techo:

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

6.5. Material de las paredes:

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

6.6. Cuantos personas duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua:

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

8. Eliminación de excretas:

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

9. Combustible para cocinar:

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

10. Energía eléctrica:

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

- Energía eléctrica permanente ()
- Vela ()

11. Disposición de basura:

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

12. ¿Con qué frecuencia 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 ()

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

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

I. DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

6 a 8 horas () 08 a 10 horas () 10 a 12 horas ()

17. Con que frecuencia se baña?

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

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

Si () NO ()

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

Camina () Deporte () Gimnasia () No realizo ()

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

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

21. DIETA:

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

Alimentos:	Diario (1)	3 o más veces a la semana (2)	1 o 2 veces a la semana (3)	Menos de una vez a la semana (4)	Nunca o casi nunca (5)
1. Fruta.					
2. Carne.					
3. Huevos.					
4. Pescado.					
5. Fideos.					
6. Pan, cereales.					
7. Verduras y hortalizas.					
8. Otros					

II. DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

- Organizaciones de ayuda al enfermo ()

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

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

- Pensión 65 si () no ()
- Comedor popular si () no ()
- Vaso de leche si () no ()
- Otros si () no ()

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

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

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

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

27. Qué tipo de seguro tiene Usted:

- ESSALUD ()
- SIS-MINSA ()
- SANIDAD ()
- Otros ()

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

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

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

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

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si () No ()

Muchas gracias, por su colaboración!!!



ANEXO N°03



VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LOS ADULTOS DE LA COMUNIDAD DE SHILLA SECTOR YANARUMI-ANCASH, 2013

Validez de contenido:

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

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

n_e = número de expertos que indican esencial .

N = número total de expertos.

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

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

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 8 expertas del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada de la expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONAS ADULTAS DEL CENTRO POBLADO DE SAN MIGUEL DE ACO

SECTOR “A” CARHUAZ (Ver anexo--).

3. Cada experta respondió a la siguiente pregunta para cada una de las preguntas del cuestionario: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...

- Esencial?
- útil pero no esencial?
- no necesaria?

4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó el número de expertas que afirma que la pregunta es esencial.

5. Luego se procedió a calcular el CVR para cada uno de las preguntas. (Ver anexo...)

6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo de la CVR teniendo en cuenta que fueron 8 expertas que evaluaron la validez del contenido. Valor mínimo 0,75.

7. Se identificó las preguntas en los que más de la mitad de las expertas lo consideraron esencial pero no lograron el valor mínimo.

8. Se analizó si las preguntas cuyo CVR no cumplía con el valor mínimo se conservarían en el cuestionario.

9. Se procedió a calcular el Coeficiente de Validez Total del Cuestionario.

Calculo del Coeficiente de Validez Total:

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

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

Coeficiente de validez total = 0,75.

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



ANEXO N 04



VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LOS
ADULTOS DE LA COMUNIDAD DE SHILLA SECTOR YANARUMI-

ANCASH, 2013

EVALUACIÓN DE EXPERTAS:

Nº	Expert o 1	Expert o 2	Expert o 3	Expert o 4	Expert o 5	Expert o 6	Expert o 7	Expert o 8	ne	CVR por pregunta
1	1	1	1	2	1	1	1	2	6	0,750
2	2	1	1	2	1	1	1	1	6	0,750
3	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
4	2	2	1	2	1	1	1	1	5	0,625
5	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
6	2	2	1	0	1	1	2	2	3	0,375 (*)
7.1	1	0	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.2	2	1	1	0	1	2	1	1	5	0,625
7.3	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.4	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.5	1	1	1	0	1	1	2	2	5	0,625
8	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
9	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
10	1	1	1	0	1	1	1	1	7	0,875
11	2	1	1	2	1	2	2	1	4	0,500 (*)
12	1	1	1	1	1	2	2	2	5	0,625
13	2	1	1	1	1	1	1	2	6	0,750
14	2	1	1	1	1	2	2	1	5	0,625
15	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
16	0	1	1	1	0	2	1	1	5	0,625
17	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
18	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000

19	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
20	2	1	1	2	2	1	1	1	5	0,625
21	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
22	1	2	1	1	1	1	1	1	7	0,875
23	2	1	1	1	1	1	1	1	7	0,875
24	2	2	1	1	1	1	1	1	6	0,750
25	1	1	1	1	1	2	1	1	7	0,875
26	2	1	1	1	1	2	1	1	6	0,750
27	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
28	2	1	1	1	1	2	1	1	6	0,750
29	2	1	1	1	1	2	2	1	5	0,625
30	1	1	1	1	1	2	2	1	6	0,750
> CVRi										25,500

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

P5								
Comentario:								
P6								
Comentario:								
V. DETERMINANTES DEL ENTORNO FÍSICO								
P7								
P. 7.1.								
Comentario:								
P. 7.2.								
Comentario:								
P. 7.3.								
Comentario:								
P. 7.4.								
Comentario:								
P. 7.5.								
Comentario:								
P8								
Comentario:								
P9								
Comentario:								

PERSONALES DE SALUD								
P15								
Comentario:								
P16								
Comentario:								
P17								
Comentario:								
P18								
Comentario:								
VII. DETERMINANTES ALIMENTARIOS								
P19								
Comentario:								
VIII. PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS								
P20								
Comentario:								
P21								
Comentario:								

P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario:									
IX. DETERMINANTE DE AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD									
P25									
Comentario:									
X. DETERMINANTE DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD									

Fuente: Ficha de evaluación de expertos.

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



ANEXO N 05



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DE LA
COMUNIDAD DE SHILLA SECTOR YANARUMI-ANCASH, 2013

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad inter evaluador

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

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

Resumen del procesamiento de los casos

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

Tabla de contingencia Evaluador A * Evaluador B

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



ANEXO N 06



**CONSENTIMIENTO INFORMADO:
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS
DE LA COMUNIDAD DE SHILLA SECTOR YANARUMI-
ANCASH, 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.

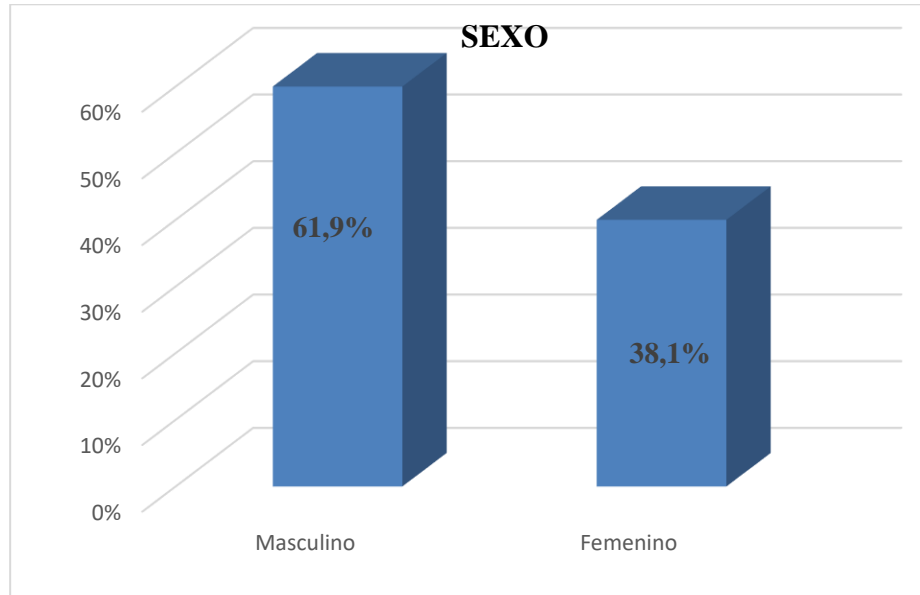
FIRMA

.....

ANEXO

DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIECONÓMICOS

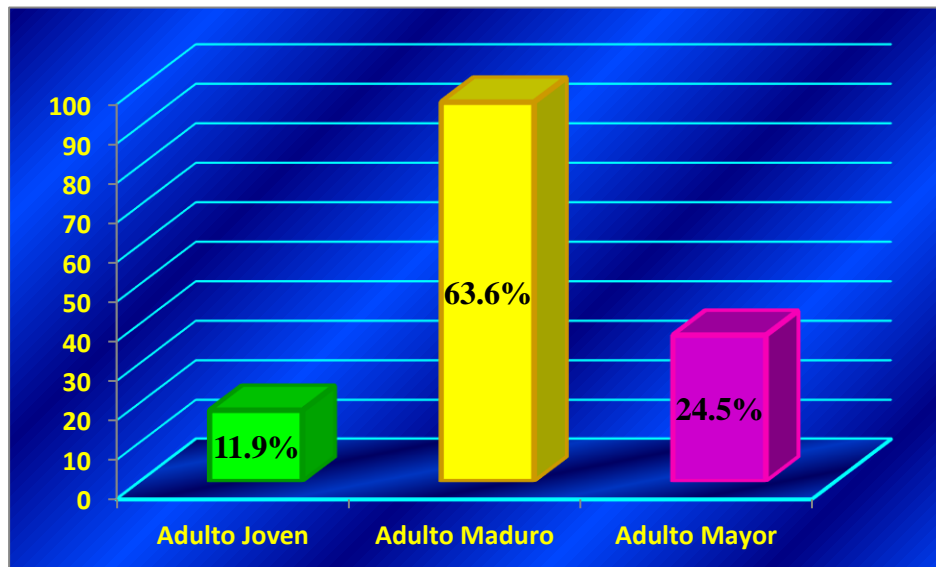
GRÁFICO 1



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vilchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 2

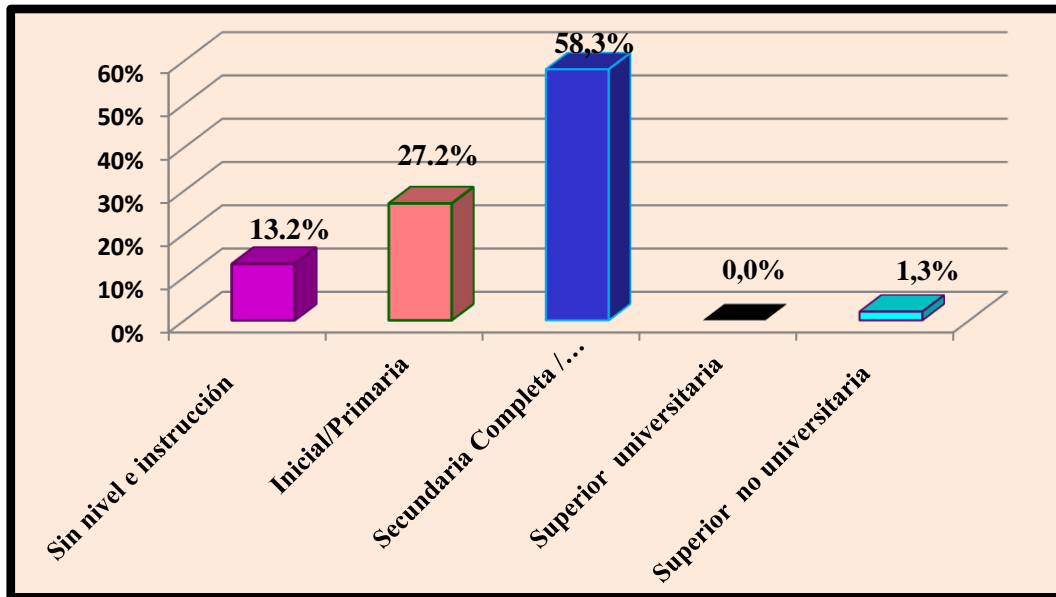
EDAD



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vilchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 3

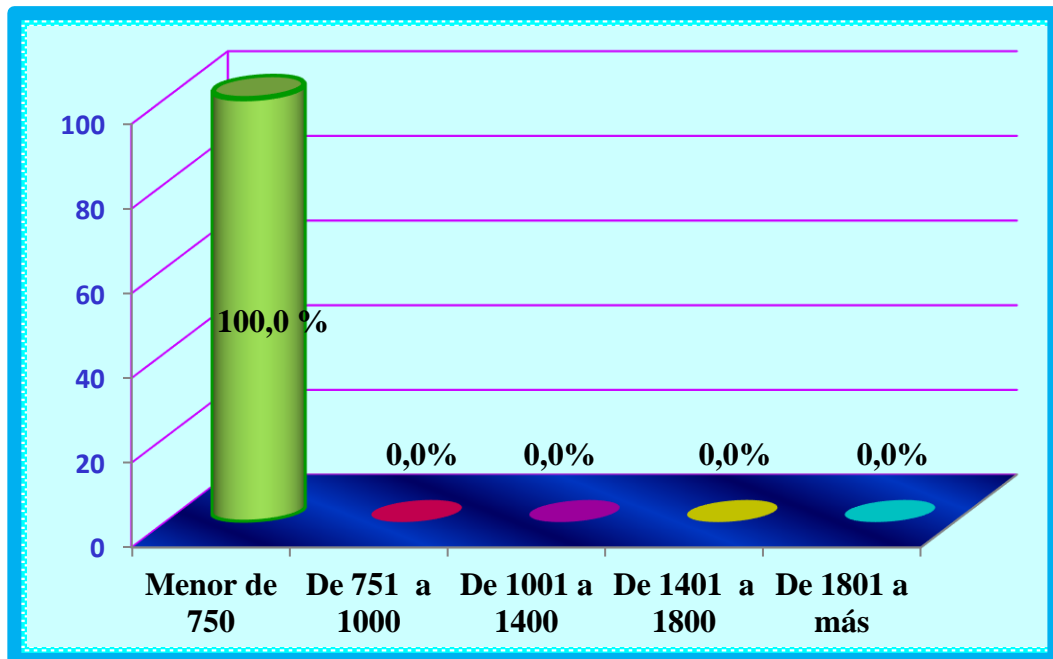
GRADO DE INSTRUCCIÓN



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 4

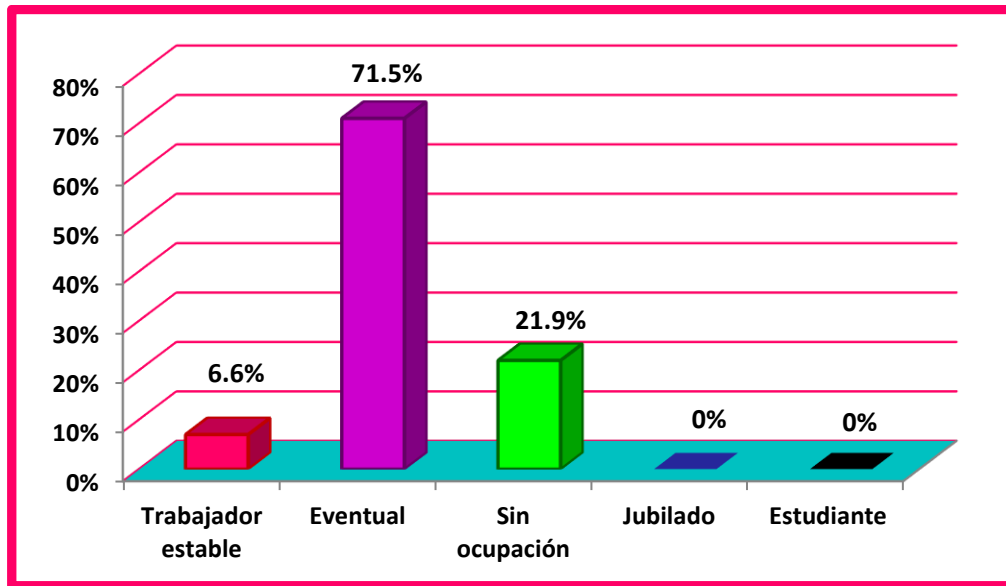
INGRESO ECONÓMICO



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 5

OCUPACIÓN

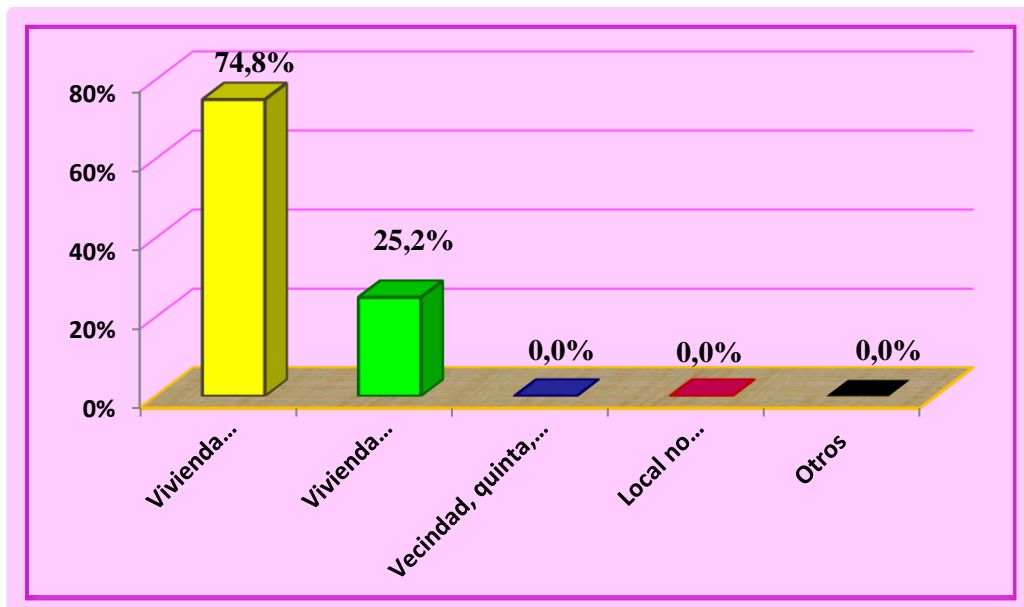


Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO

GRÁFICO 6

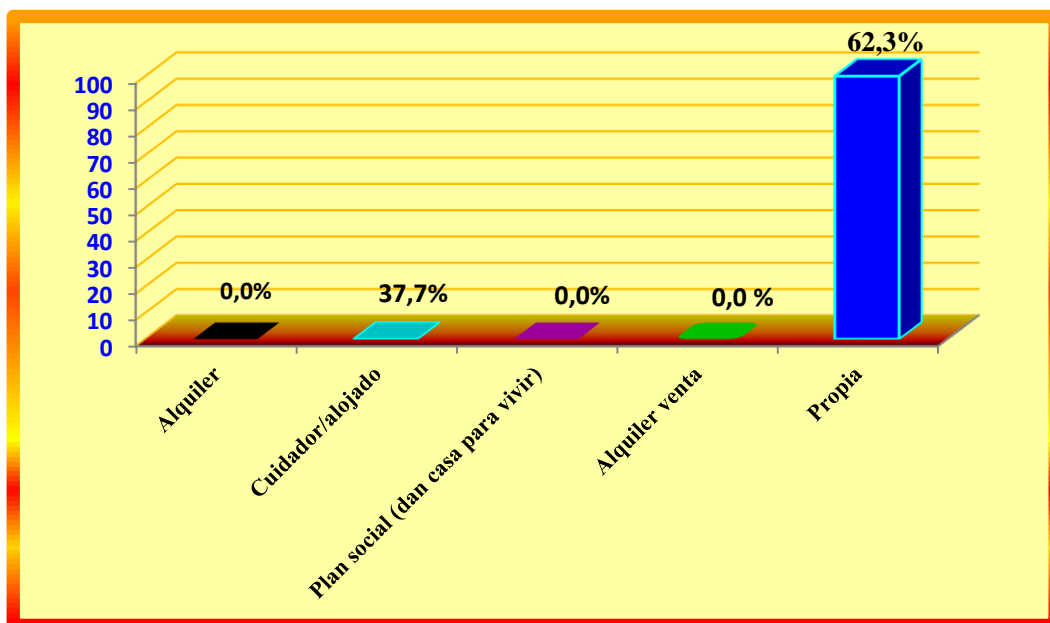
TIPO DE VIVIENDA



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 7

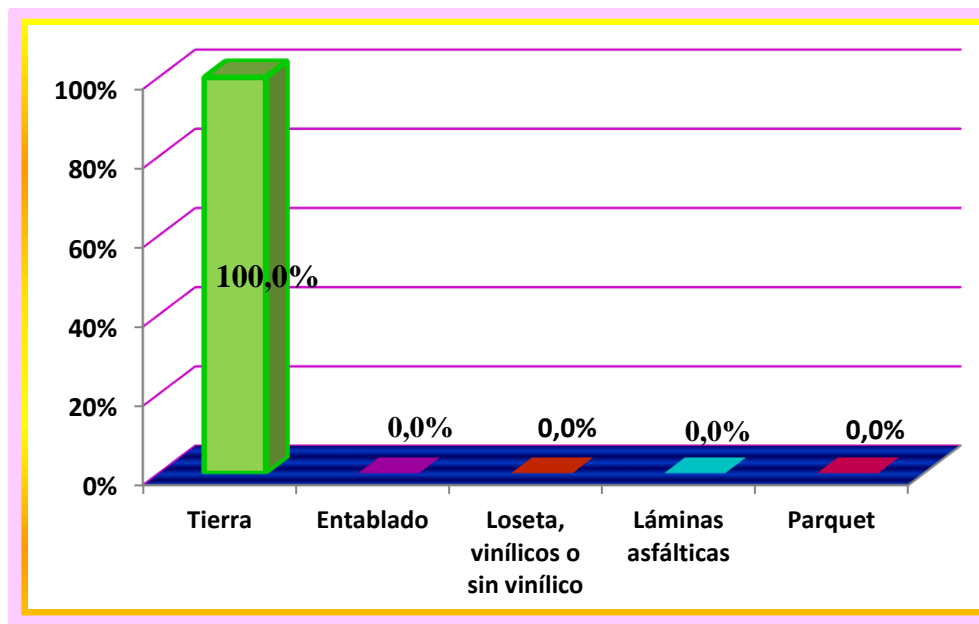
TENENCIA DE LAS VIVIENDAS



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 8

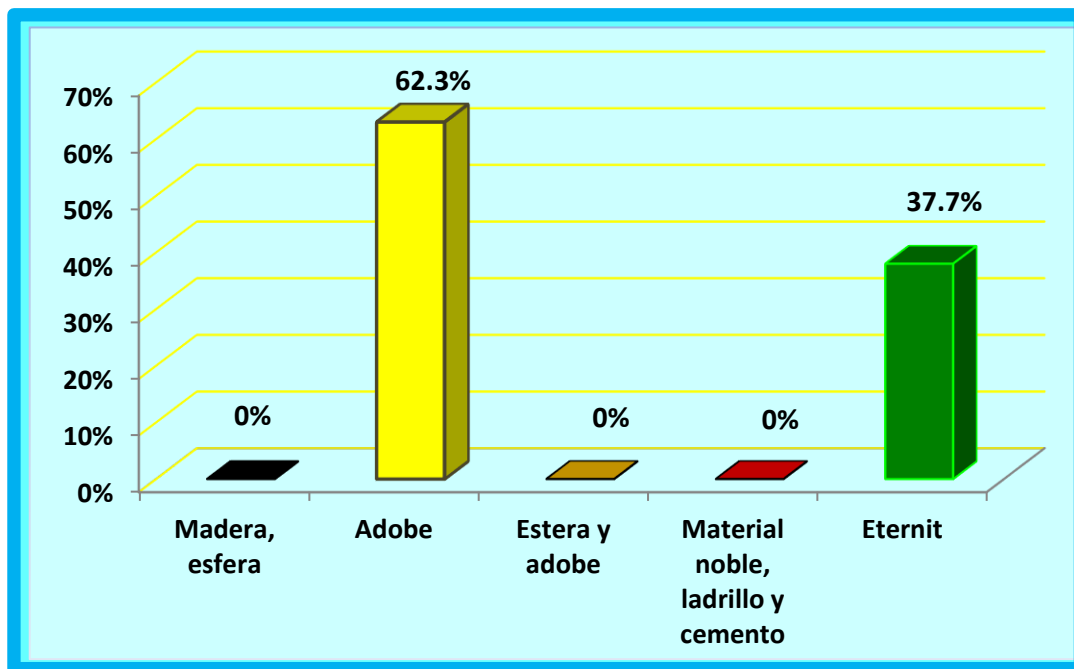
MATERIAL DEL PISO



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 9

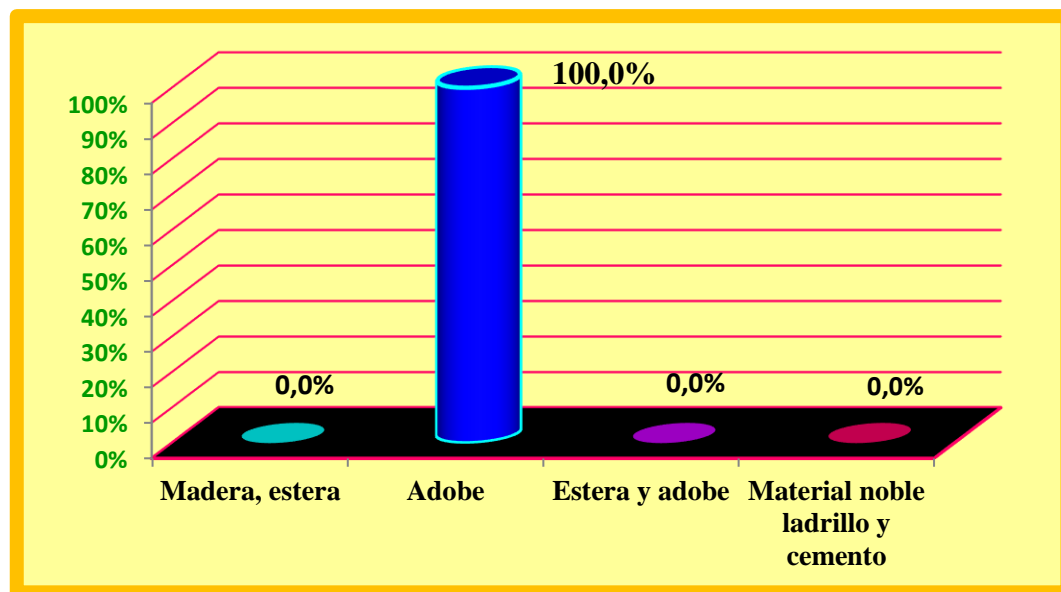
MATERIAL DE TECHO



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 10

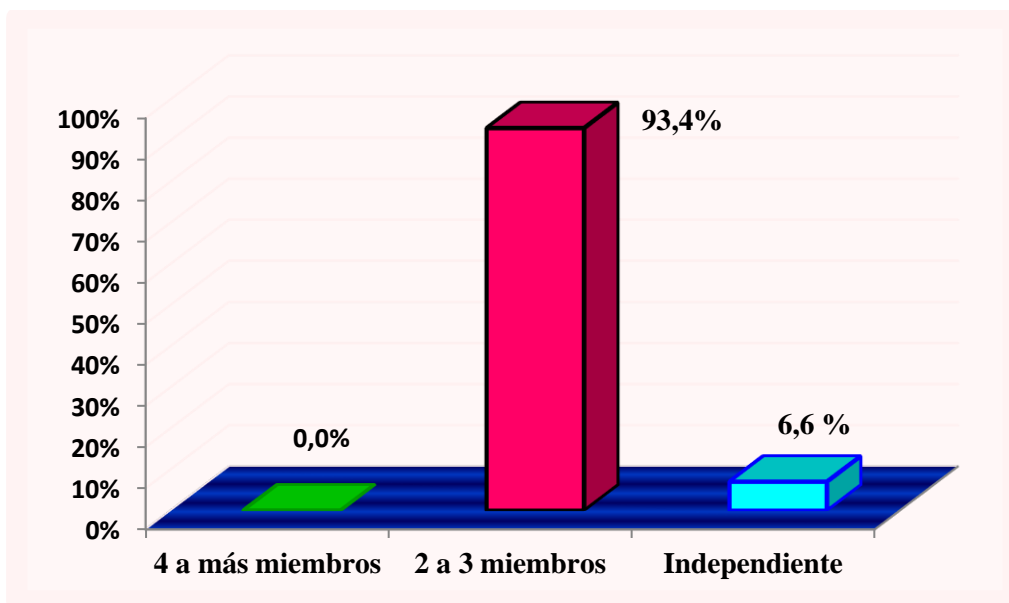
MATERIAL DE LAS PAREDES



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 11

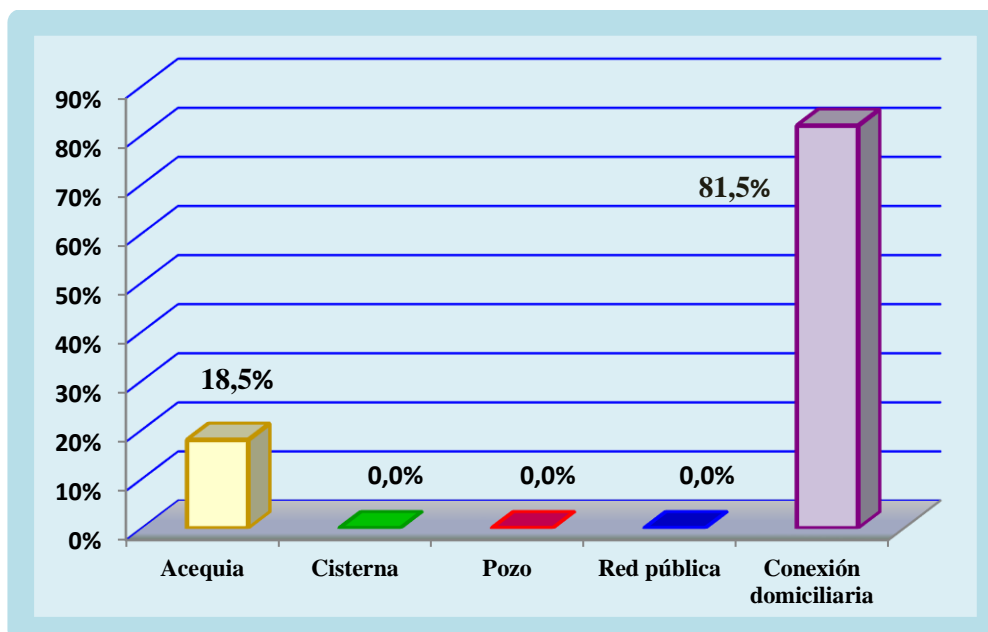
NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 12

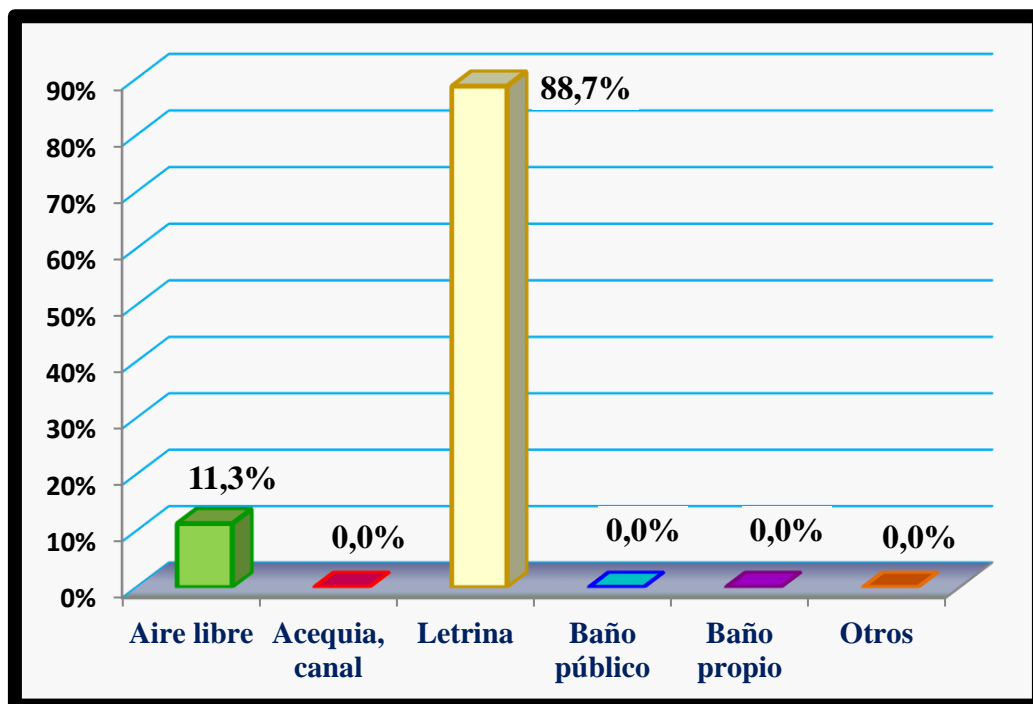
ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LAS VIVIENDAS



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 13

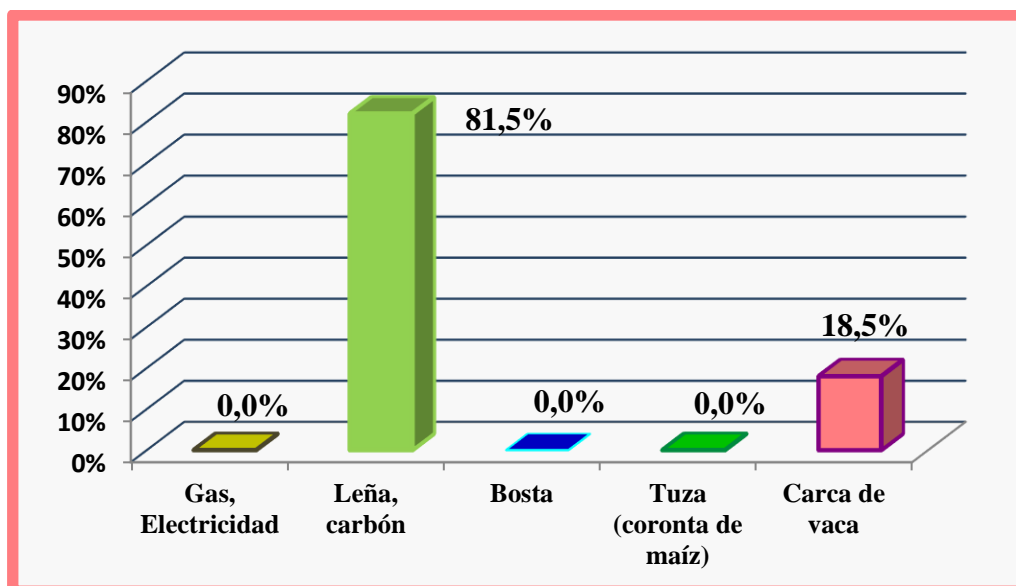
ELIMINACIÓN DE EXCRETAS



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 14

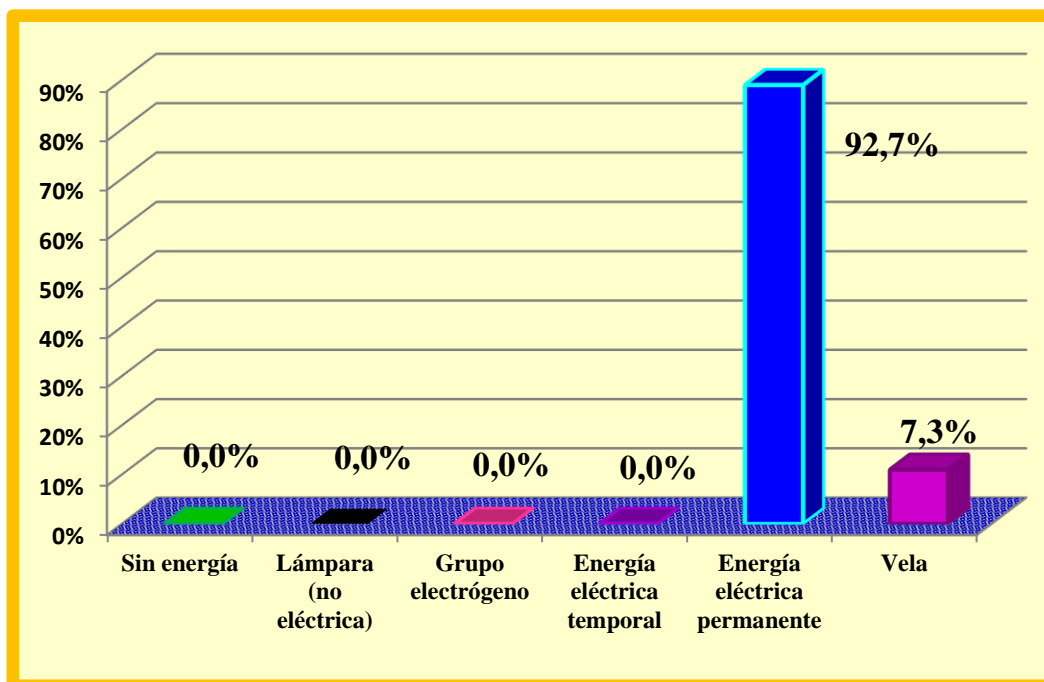
COMBUSTIBLE PARA COCINAR



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 15

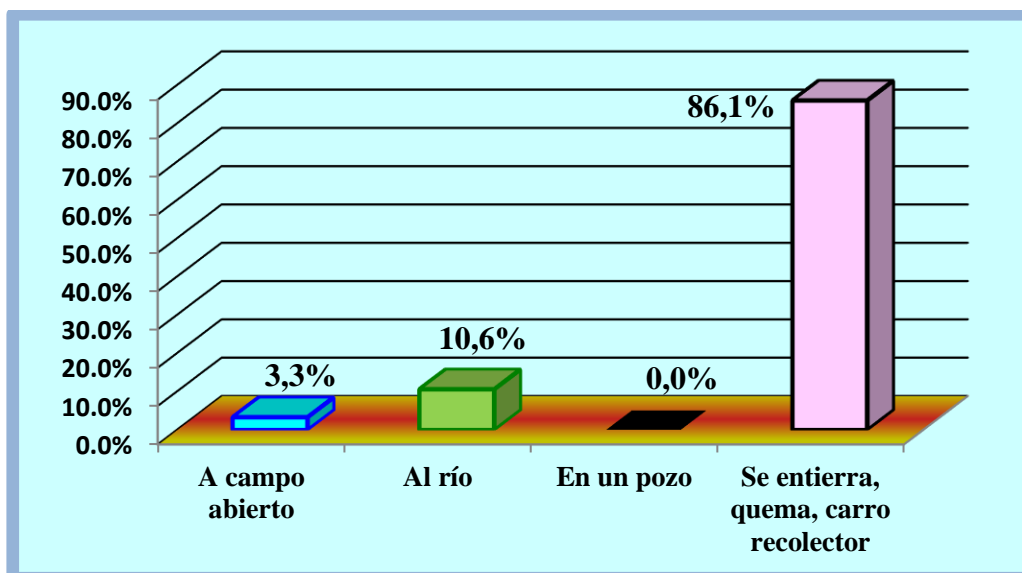
ENERGÍA ELÉCTRICA



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 16

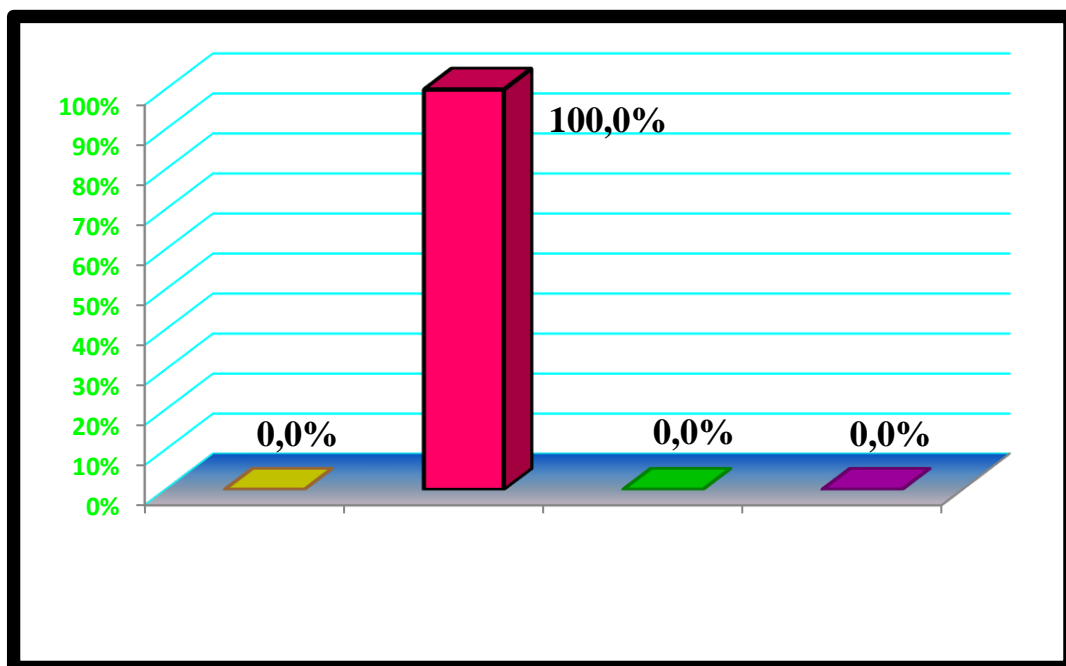
DISPOSICIÓN DE LA BASURA



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 17

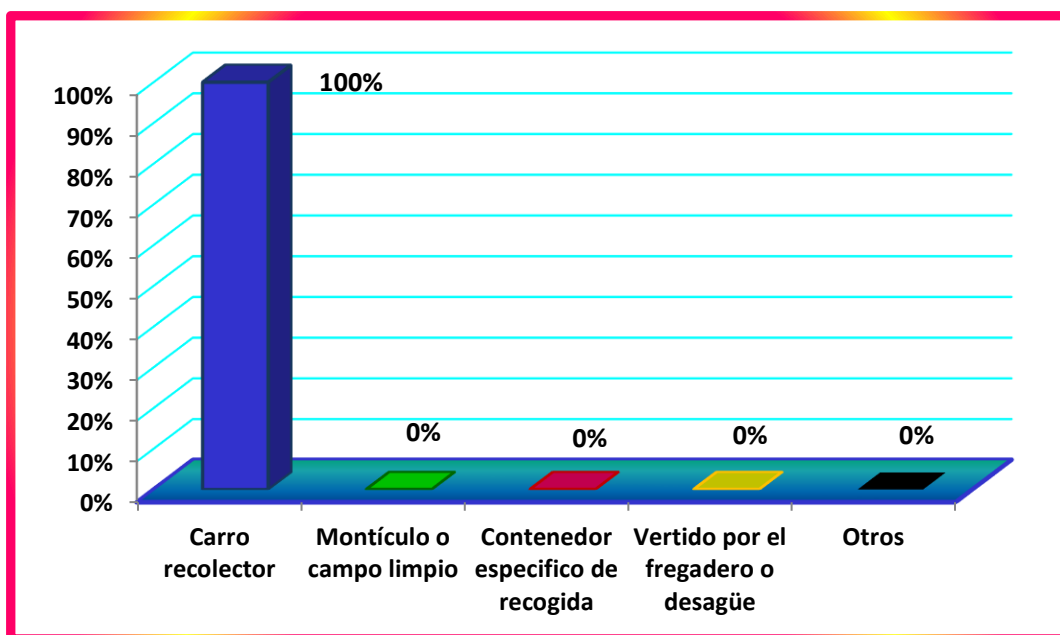
FRECUENCIA DE RECOJO DE BASURA



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 18

ELIMINACIÓN DE LA BASURA

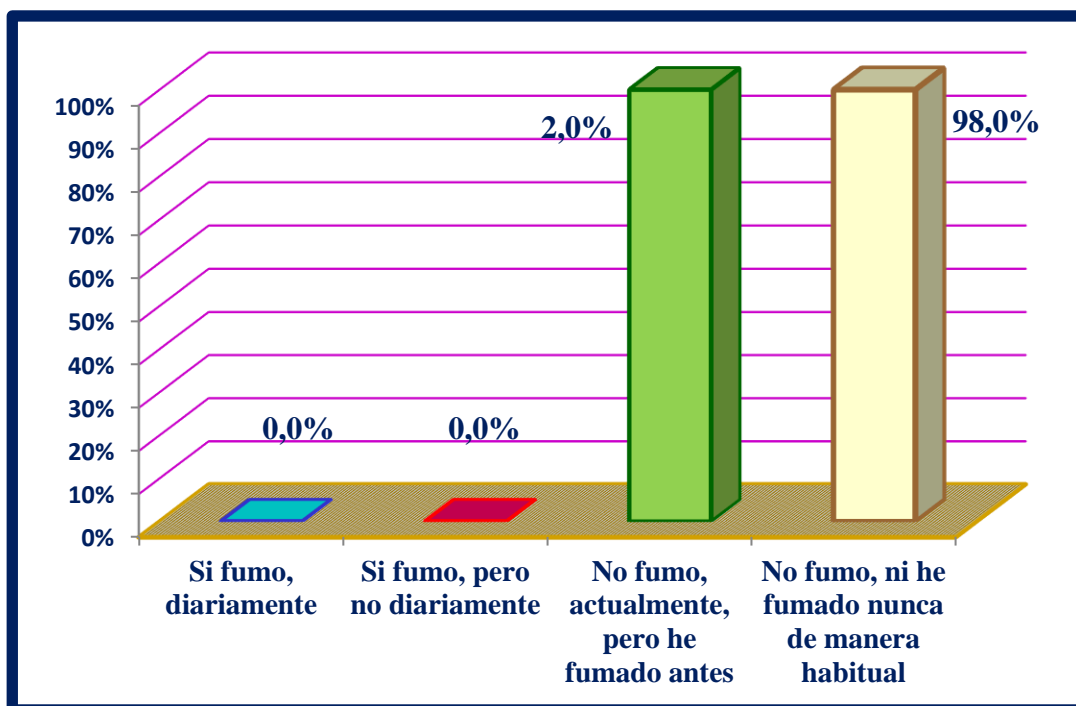


Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 19

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

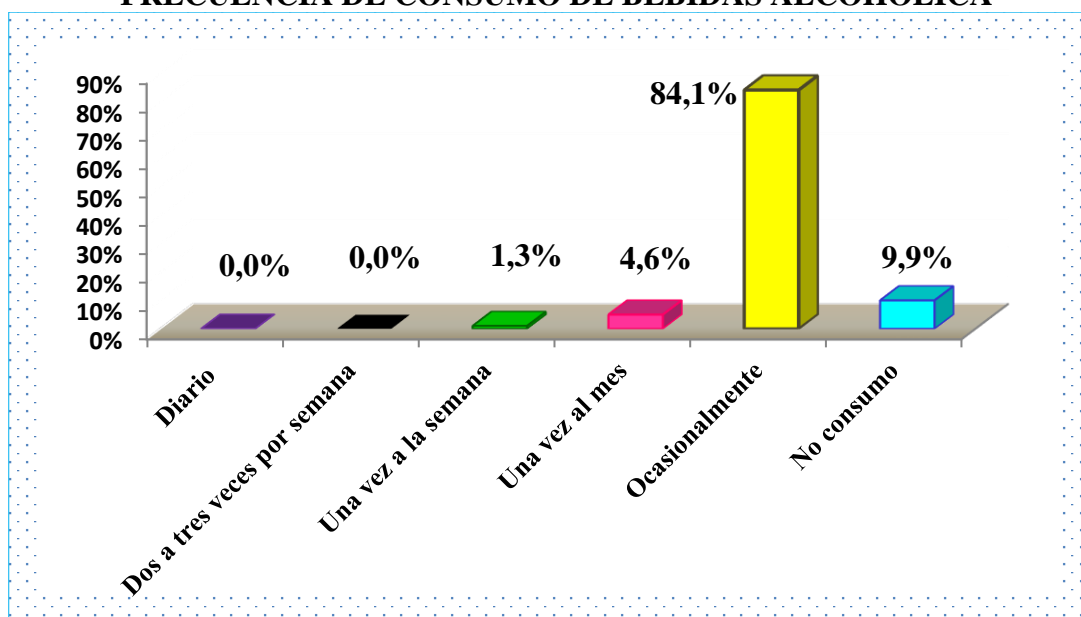
FUMA ACTUALMENTE



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 20

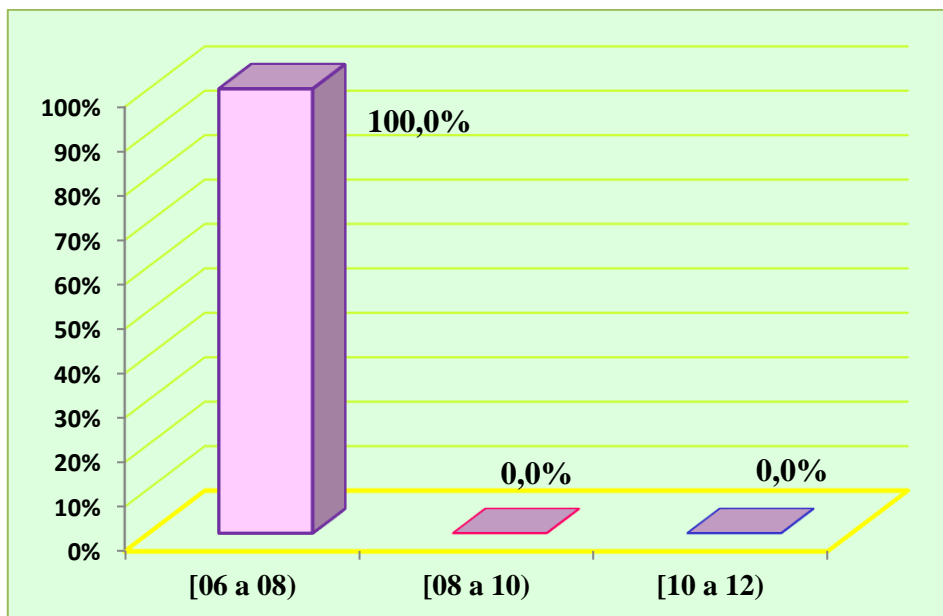
FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓHOLICA



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 21

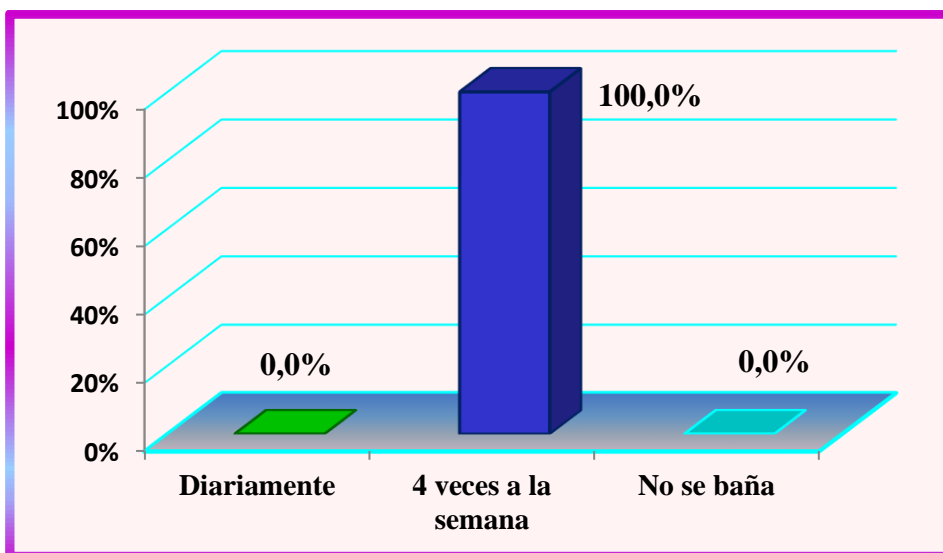
NÚMERO DE HORAS QUE DUERMEN



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 22

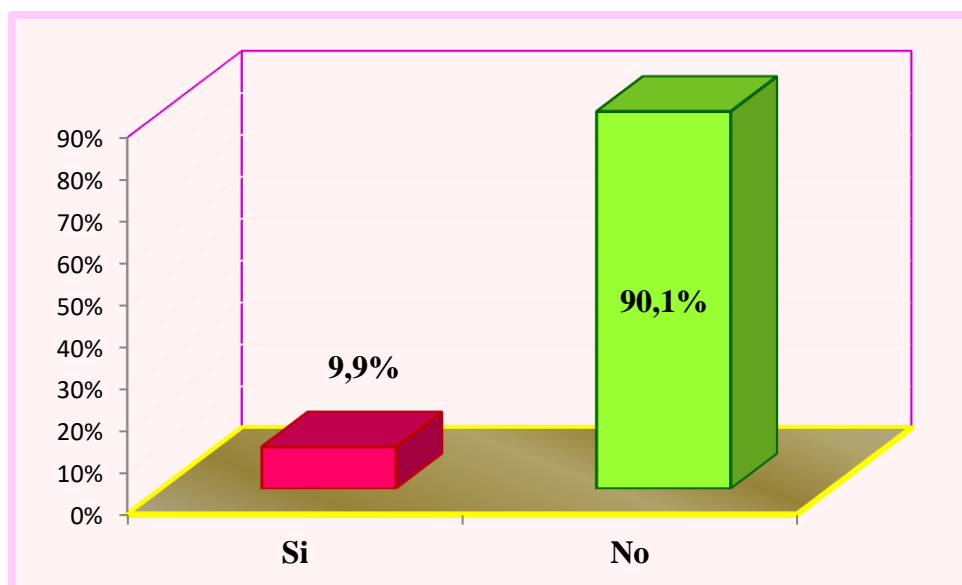
FRECUENCIA QUE SE BAÑAN



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 23

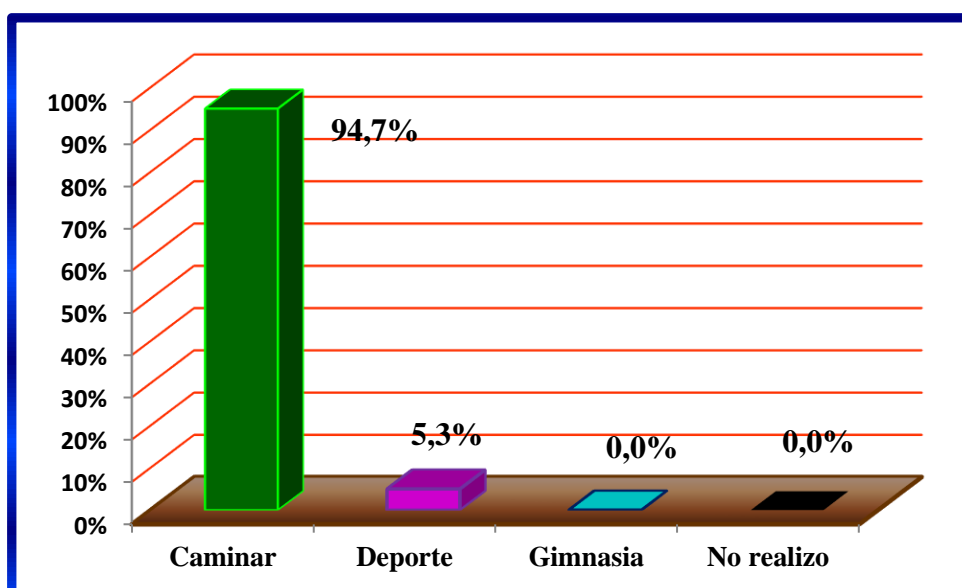
EXÁMEN MÉDICO PERIÓDICO



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

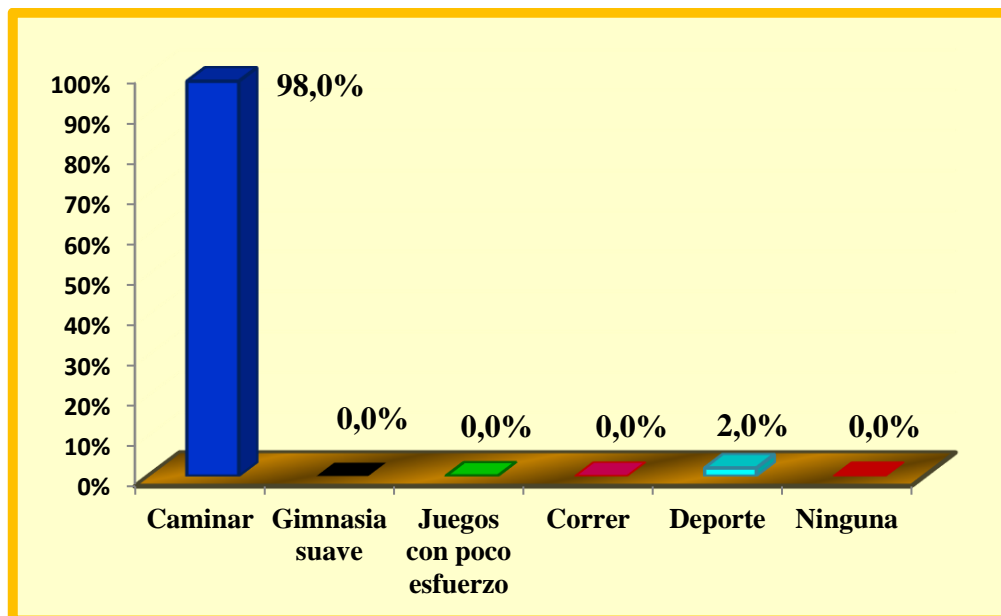
GRÁFICO 24

ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

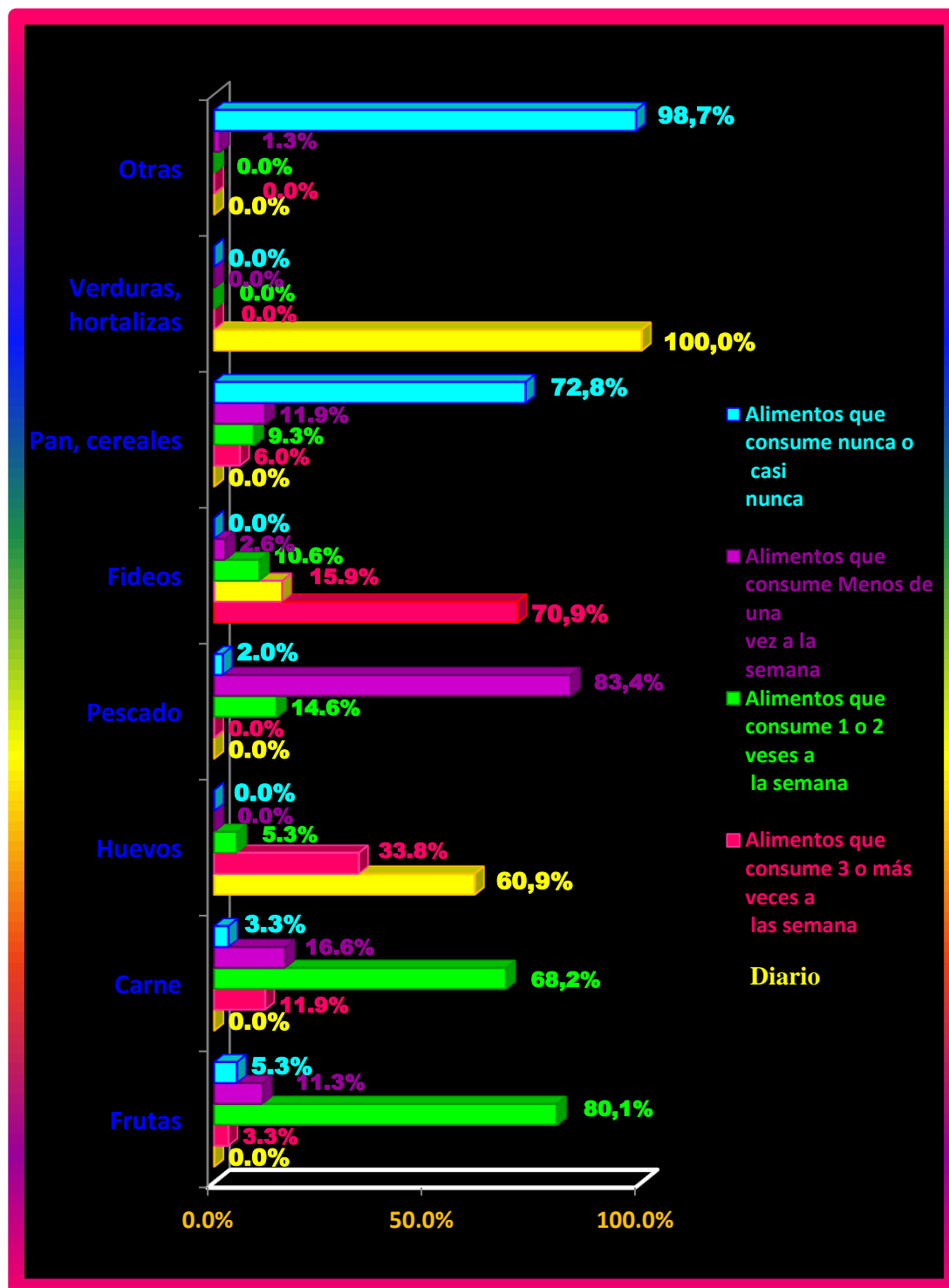
GRÁFICO 25
ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZAN LOS ADULTOS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 26

ALIMENTOS QUE CONSUMEN

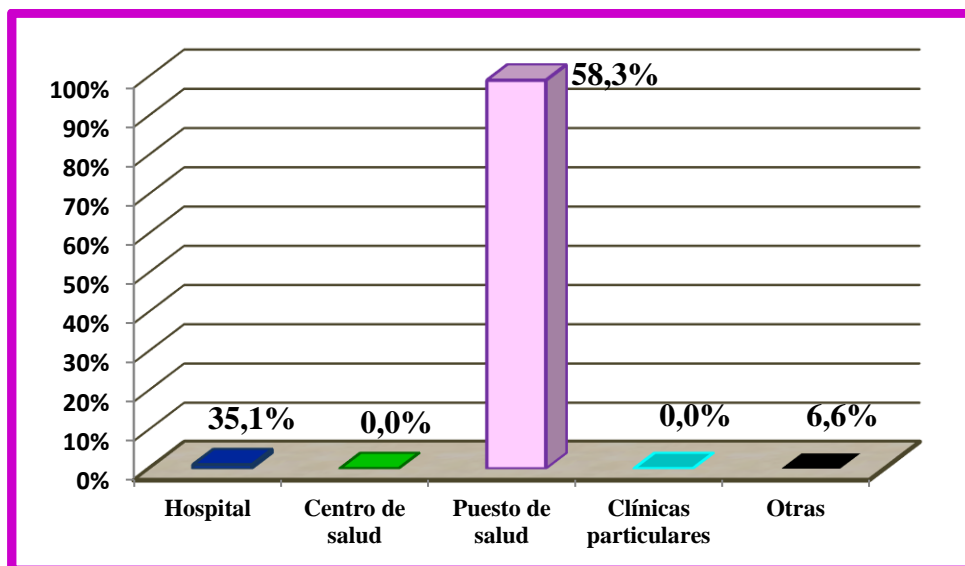


Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 27

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

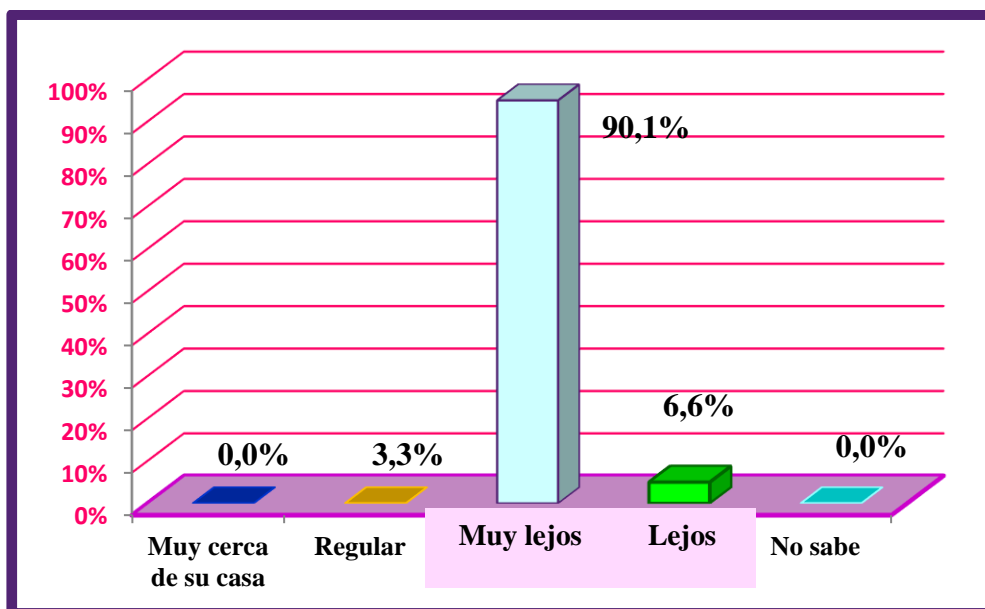
INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ EN ESTOS 12 ÚLTIMOS MESES



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 28

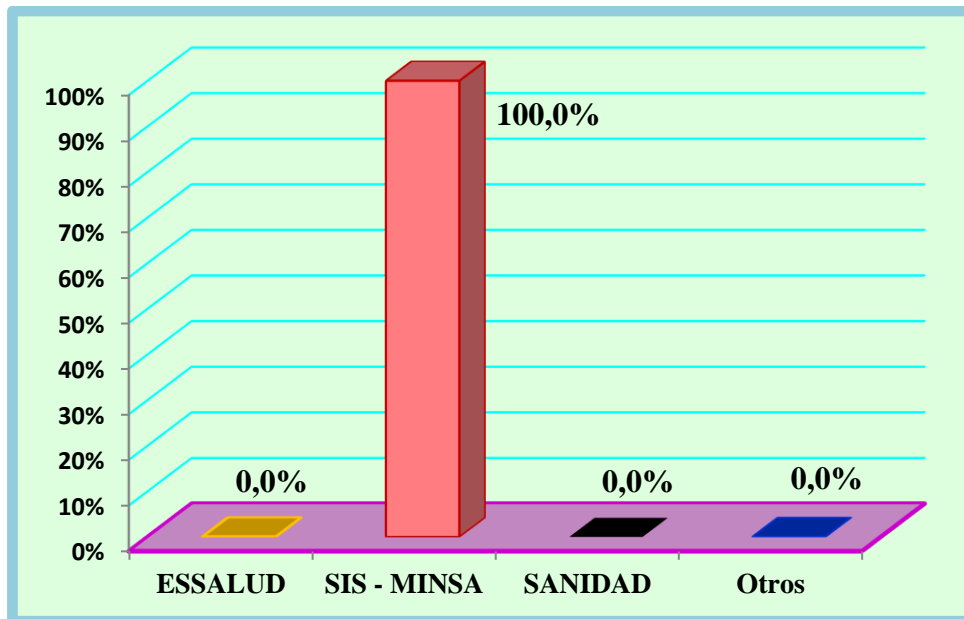
DISTANCIA DEL LUGAR DE ATENCION DE SALUD



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 29

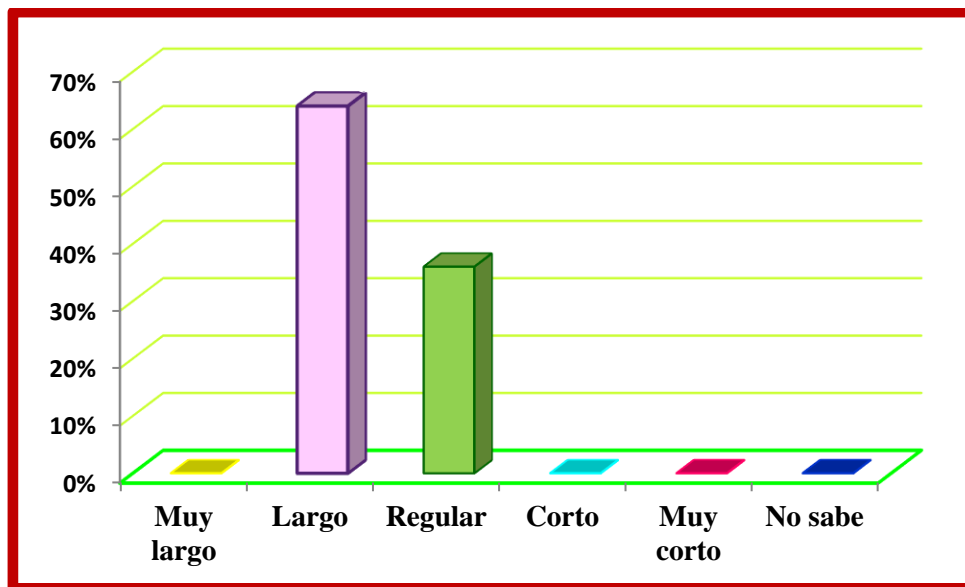
TIPO DE SEGURO



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 30

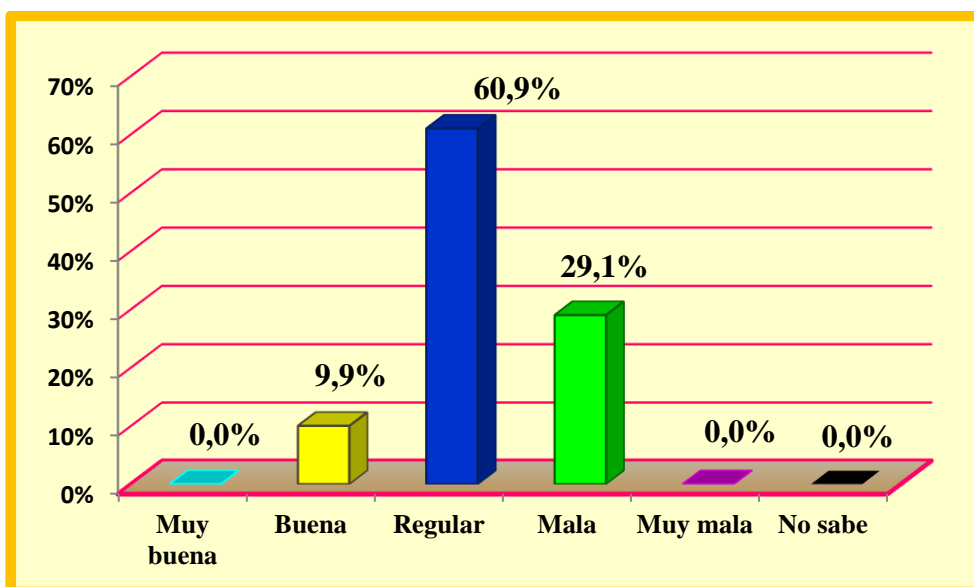
TIEMPO QUE ESPERÓ PARA QUE LO (LA) ATENDIERAN



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 31

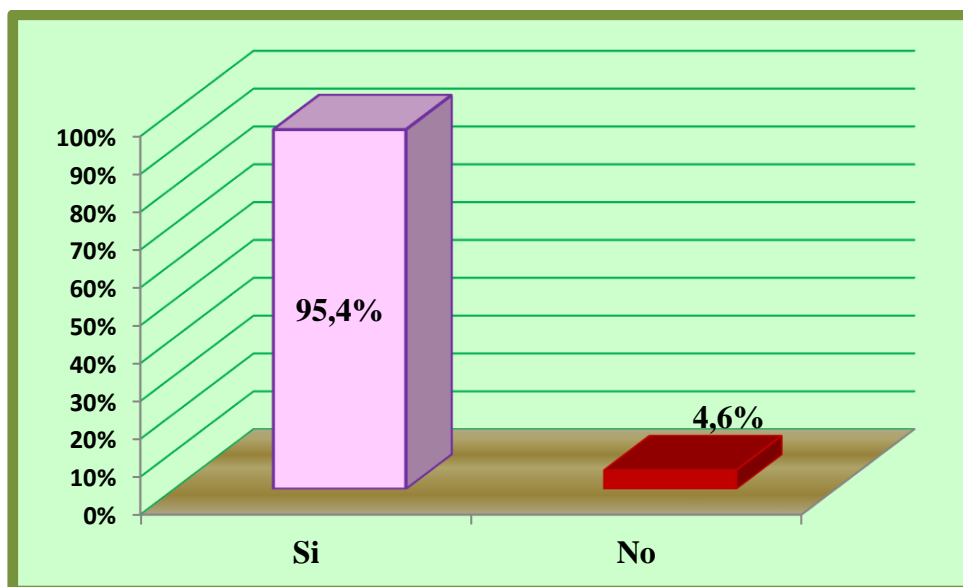
CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 32

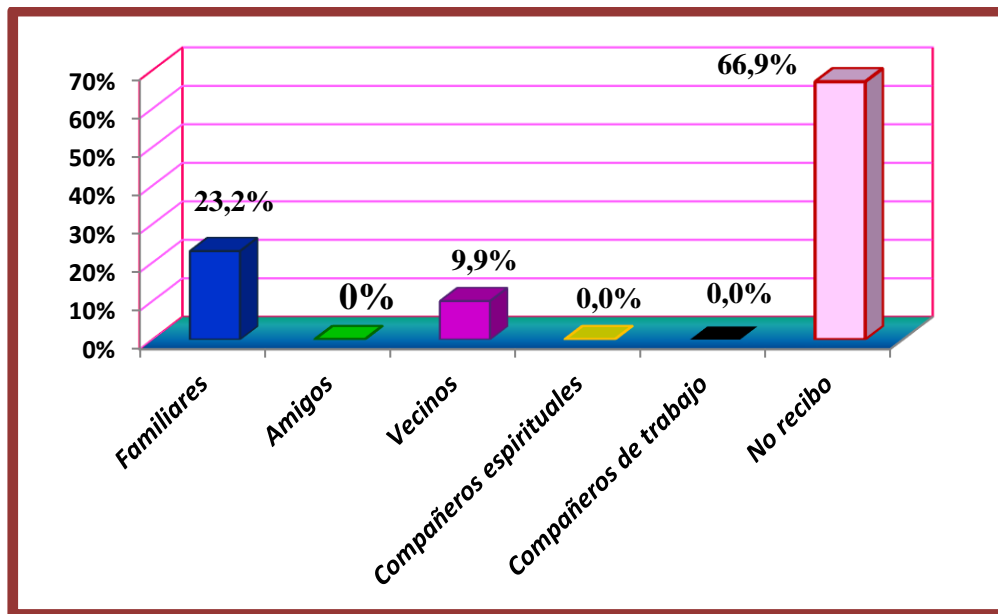
EXISTE PANDILLAJE



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.

GRÁFICO 33

APOYO SOCIAL NATURAL



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, elaborado por la Dra. Vílchez Aplicado en Los adultos de la comunidad de Shilla Sector Yanarumi – Ancash, 2013.