



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA
ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO- VALLE
CHIPILLICO – LAS LOMAS – SULLANA, 2017**

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

AUTORA:

Br. CINDY PAOLA HERRERA GARCÍA

ASESORA:

Mgtr. MARIA LUPE QUEREBALU JACINTO

SULLANA - PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR DE TESIS Y ASESOR

Mgtr. Sonia Aleida Rubio Rubio

Presidente

Mgtr. Susana María Miranda Vines De Sánchez

Miembro

Mgtr. Nelly Castillo Figueroa

Miembro

Mgtr. María Lupe Querebalu Jacinto

Asesora

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la fuerza de seguir adelante y poner en mi camino a personas que aportan conocimiento en mi vida.

A la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote por la dedicación de formar profesionales competentes en el campo de la salud.

A Mgtr. María Lupe Querebalu Jacinto por su asesoramiento, dedicación, paciencia y apoyo constante para poder hacer realidad este informe de tesis.

A las personas del caserío Potrerillo, que hicieron posible realizar esta investigación, en calidad de entrevistados.

CINDY PAOLA

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía y mostrarme mi vocación profesional, por brindarme la fortaleza necesaria para no dejarme abatir.

A mi hijo Fabiano porque es mi inspiración para cumplir mis objetivos y metas. A mis padres por su apoyo permanente e incondicional.

CINDY PAOLA

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo general, identificar los determinantes de la salud de la persona adulta en el caserío Potrerillo - Sullana, 2017. La investigación fue de tipo cuantitativo descriptivo. Se escogió una muestra de 278 personas adultas, aplicando el instrumento sobre determinantes de salud en la persona adulta. Concluyendo: Determinantes biosocioeconomicos: La mayoría son de sexo femenino, adultos maduros, más de la mitad tienen secundaria completa/ incompleta, con ingreso económico menor de S/. 750, de ocupación eventual. En relación con la vivienda: Todos tienen red pública, letrinas; en su mayoría tienen techo de calamina, paredes de adobe, piso de tierra y eliminan la basura quemándola o enterrándola; todos cuentan con energía eléctrica permanente; más de la mitad son familia unifamiliar, tienen casa propia, 2 a 3 miembros duermen en una habitación, utilizan leña/carbón para cocinar. Determinantes de los estilos de vida: La mayoría no fuma, duermen de 6 a 8 horas; más de la mitad consume alcohol ocasionalmente, no realizan exámenes médicos periódicos, ni actividad física en tiempo libre. En su alimentación: más de la mitad consume a diario fideos, arroz, productos lácteos y menos de la mitad verduras y hortalizas; una vez por semana la mayoría consumen pan, dulces, gaseosas, huevos, pescado; casi nunca ingieren refrescos con azúcar, frituras. Determinantes de redes sociales y comunitarias: Más de la mitad se atendieron en puesto de salud, cuentan con SIS, no reciben apoyo social organizado, la mayoría no recibe apoyo social natural, casi todos no tienen pensión 65.

Palabras claves: Determinantes de la salud; Persona Adulta.

SUMMARY

The main objective of the research was identify the determinants of health in adult people in the Potrerillo farmhouse – Sullana, 2017. The research was quantitative descriptive. A sample of 278 adults was chosen. Conclusion: biosocioeconomic determinants: The majority are females, mature adults, more than half have full/uncomplete secondary with economic income lower than 750 of eventual occupation. Talking about houses everybody have public network, latrines, they mostly eliminate the trash by burying it or burning it, they have calamine roof, adobe walls, ground floor, all have permanent electric power, more than half are single family, have their own house, two or three members sleep in a room, they use wood and coal to cook. Life style: the majority do not smoke, sleep 6 or 8 hours per day, more than half drink alcohol sometimes, do not go to the doctor regularly, do not do exercises. Alimentation: they mostly eat fruits, noodles, rice, milk, vegetables, not to much bread, cereals, candies and sodas, eggs, fish and fries. Determinants of social and community networks: more than half of them attended a health post, have SIS, do not receive organized social support, most do not receive natural social support, almost all do not have a pension 65.

Keywords: Determinants of health; Adult.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
RESUMEN	vii
SUMMARY	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	12
III. METODOLOGÍA	18
3.1. Diseño de la investigación	18
3.2. Población y muestra	18
3.3. Definición y operacionalización de variables e indicadores	19
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
3.5. Plan de análisis	33
3.6. Matriz de consistencia	35
3.7. Principios éticos	37
IV. RESULTADOS	38
4.1. Resultados	38
4.2. Análisis de resultados	67
V. CONCLUSIONES	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	109

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1	38
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.	
TABLA 2	42
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.	
TABLA 3	51
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.	
TABLA 4	58
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.	
TABLA 5	62
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.	
TABLA 6	64
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PAG.
GRÁFICO 1	39
SEXO DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 2	39
EDAD DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 3	40
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 4	40
INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 5	41
OCUPACIÓN DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 6.1	44
TIPO DE VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.	

GRÁFICO 6.2	44
TENENCIA DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 6.3	45
MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 6.4	45
MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 6.5	46
MATERIAL DE PAREDES DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 6.6	46
NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 7	47
ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	

GRÁFICO 8	47
ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 9	48
COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 10	48
ENERGÍA ELÉCTRICA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 11	49
DISPOSICIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 12	49
FRECUENCIA DE RECOJO DE BASURA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 13	50
ELIMINACIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	

GRÁFICO 14.....	53
FUMA ACTUALMENTE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 15.....	53
FRECUENCIA QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 16.....	54
NÚMERO DE HORAS QUE DUERME LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 17.....	54
FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑA LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 18.....	55
EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 19.....	55
ACTIVIDAD FÍSICA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	

GRÁFICO 20	56
ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA LA PERSONA ADULTA DURANTE MÁS DE 20 MINUTOS EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 21	57
FRECUENCIA QUE CONSUME LOS ALIMENTOS LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 22	59
INSTITUCIÓN EN LA QUE SE ATENDIÓ EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 23	59
CONSIDERACIÓN DE DISTANCIA DONDE SE ATENDIÓ LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 24	60
TIPO DE SEGURO QUE TIENE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 25	60
TIEMPO QUE ESPERÓ PARA ATENDERSE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	

GRÁFICO 26.....	61
CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 27.....	61
EXISTE PANDILLAJE CERCA DE LA CASA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 28.....	63
RECIBE APOYO SOCIAL NATURAL LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 29.....	63
RECIBE APOYO SOCIAL ORGANIZADO LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 30.1.....	65
RECIBE PENSIÓN 65 LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 30.2.....	65
RECIBE APOYO DEL COMEDOR POPULAR LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	

GRÁFICO 30.3	66
RECIBE APOYO DEL VASO DE LECHE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	
GRÁFICO 30.4	66
RECIBE APOYO DE OTRAS ORGANIZACIONES LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.	

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo como propósito identificar los determinantes de la salud de la persona adulta en el caserío Potrerillo - Valle de Chipillico – Sullana, y con ello contribuir brindando apoyo para mejorar la calidad de vida de las personas adultas en este caserío.

Este trabajo se fundamenta en las bases conceptuales de los determinantes de la salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud son las 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).

La investigación está fundamentada, también, por los modelos de determinantes de la salud según Lalonde y Dahlgren y Whitehead que básicamente, explica cómo las desigualdades sociales en la salud, son el resultado de interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales, desde el individuo a las comunidades, y al nivel de políticas de salud nacionales. Este modelo presenta los principales determinantes de la salud como capas de influencia. Al centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud, pero que no son modificables. A su alrededor se encuentran las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, objeto desde hace décadas de los esfuerzos de promoción en salud (2).

La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura. Vemos maravillados cómo la esperanza de vida y el estado de salud mejoran de forma constante en algunas partes del mundo, mientras nos alarmamos ante el hecho de que eso no ocurra en otros lugares (3).

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por las 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 (1).

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud fue creada para ayudar a los países y los asociados mundiales en pro de la salud a abordar los factores sociales que conducen a la mala salud y las inequidades. La comisión señaló la atención en los determinantes sociales de la salud que según se ha comprobado figuran entre las causas más destacadas de mala salud y desigualdades en los países y entre ellos (4).

Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos: Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos. Y los de responsabilidad del sector salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros (5).

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. Se entiende por inequidades sanitarias las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla (6).

Los más pobres entre los pobres, en todo el mundo, son también los que tienen peor salud. Dentro de los países, los datos muestran que en general cuanto más baja es la

situación socioeconómica de una persona, peor salud tiene. Existe un gradiente social de la salud que discurre desde la cúspide hasta la base del espectro socioeconómico. Se trata de un fenómeno mundial, observable en los países de ingresos altos, medianos y bajos. La existencia de un gradiente social de la salud implica que las inequidades sanitarias afectan a todos (6).

Cualquier aspecto de la actuación gubernamental y de la economía puede afectar a la salud y la equidad sanitaria (finanzas, educación, vivienda, empleo, transporte y sanidad, por citar seis). Aunque la salud no sea el objetivo principal de las políticas de esos sectores, todos ellos están estrechamente vinculados con la salud y la equidad sanitaria (6).

La coherencia de las políticas es esencial (las políticas de los diversos ministerios y departamentos tienen que complementarse, en lugar de contradecirse mutuamente en materia de equidad sanitaria). Por ejemplo, la política comercial que fomenta activamente la producción, el comercio y el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares en detrimento de la fruta y las verduras está en contradicción con la política de salud (6).

En los últimos años han aumentado las investigaciones sobre los determinantes sociales de la salud. Es el resultado de una preocupación por parte, primero, de un grupo de estudiosos que han mostrado irrefutablemente, la influencia de éstos en la salud de las poblaciones y, segundo, de países pioneros en el campo de la salud pública que están empeñados en seguir mejorando la salud de sus poblaciones. Paradójicamente éstos son los países que tienen los mejores índices de salud en el mundo (7).

En las últimas décadas, aunque con notorios altibajos en énfasis y amplitud, la determinación social de la salud es un concepto que va ganando adeptos entre las personas que deben tomar decisiones respecto a la salud poblacional. Es ahora, indiscutible que se pueden prevenir muchas enfermedades desde el principio si se promueven las condiciones sociales que sostienen una vida saludable. A pesar de que

este concepto ya viene siendo la base, en magnitud y profundidad muy variadas, para la formulación de políticas y diseños de estrategias orientadas a la recuperación de la salud y a la prevención de las enfermedades, aún no es parte central del modelo que enmarca los esfuerzos de construcción de políticas de salud pública y condiciones de vida, ni de los aspectos operativos para las diferentes tareas de la salud pública (7).

El lugar donde vivimos afecta a nuestra salud y a nuestra posibilidad de tener una vida próspera. Las condiciones de vida de la población inciden de forma importante en la equidad sanitaria. El acceso a una vivienda de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento es un derecho de todo ser humano. El empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes en la equidad sanitaria. Cuando son buenos aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los trastornos físicos y psicosociales (8).

La esperanza de vida de una niña que nazca hoy puede ser de 80 años, si nace en determinados países o de 45 años, si nace en otros. Dentro de cada país hay grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social. Semejantes diferencias no deberían existir, ni dentro de cada país ni entre los países (3).

A escala mundial, no menos de 200 millones de niños no se desarrollan plenamente. Ello tiene enormes consecuencias para su salud y para la sociedad en su conjunto. Invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las inequidades sanitarias (8).

Todo el mundo necesita protección social a lo largo de la vida: en la infancia, durante la vida laboral, y en la vejez. Esa protección también es necesaria en determinadas circunstancias inesperadas, como en caso de enfermedad, discapacidad y pérdida de ingresos o del trabajo. Cuatro de cada cinco personas en el mundo carece de la protección básica que proporciona la seguridad social. Extender la protección social a toda la población, en los países y en el mundo, constituirá un paso decisivo para alcanzar la equidad sanitaria en una generación (8).

El acceso y la utilización de los servicios de salud son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria. Sin atención sanitaria, muchas de las oportunidades para mejorar radicalmente el estado de salud desaparecerán. Cada año, más de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza debido a que han de hacer frente a gastos sanitarios de consecuencias catastróficas para sus familias (8).

En Perú, 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 (7).

Esta problemática no es ajena a la realidad de la persona adulta del caserío Potrerillo, lugar que pertenece al centro poblado Valle de Chipillico que se encuentra en el distrito de Las Lomas, provincia de Piura-Perú, dado a que se encuentra ubicado a la costa norte del Perú, en la parte noroeste del departamento de Piura entre ambos márgenes del río Chipillico, es una área rural con un clima cálido, limitando por el norte con el caserío El Sauce, por el sur con Chipillico, por el este con el caserío Potrerillo Alto, por el oeste con el caserío Garabato. Según estadística del año 2017 el caserío Potrerillo cuenta con una población aproximada de 2023 habitantes de los cuales 1017 son personas adultas. Las casas en su mayoría están construidas de material rústico, cuenta con servicio de alumbrado y recientemente con red pública de abastecimiento de agua, aún no cuenta con conexión de desagüe (9).

Este caserío cuenta con una institución educativa inicial, primaria y secundaria 15117 “Víctor Raúl Haya de la Torre”; con un vaso de leche y comedor popular; cuenta con un puesto de salud, que es atendido mayormente por un técnico de enfermería. Las enfermedades más predominan entre la población son enfermedades respiratorias agudas (IRAS), enfermedades diarreicas, anemia y enfermedades degenerativas como hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, hipercolesterolemia. La mayoría de los habitantes se dedica a la agricultura por sus cultivos permanentes como el mango, limón, maracuyá y otros que abastecen significativamente el consumo de la capital de la provincia de Piura; otra parte de la

población se dedica a la ganadería (9).

Frente a lo expuesto consideramos pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema: **¿Cuáles son los determinantes de la salud de la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Las Lomas - Sullana, 2017?**

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

Identificar los determinantes de la salud de la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle de Chipillico – Las Lomas - Sullana, 2017.

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

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

La justificación de la presente investigación fue:

En la actualidad el Perú no es ajeno a los cambios que se producen en el mundo como el aumento demográfico, el crecimiento de las ciudades, el cambio de ritmo de

vida y el avance tecnológico, que han generado en la población peruana desigualdades sanitaria. Este estudio busca identificar los determinantes de la salud para ayudar a revertir la problemática.

Esta investigación es importante para el personal de salud que labora en el puesto de salud de Potrerillo, porque los resultados contribuyen a mejorar la atención integral hacia las personas adultas de esta comunidad, elevar la eficiencia del programa preventivo promocional de la salud del adulto, identificar los factores de riesgo y controlar los problemas sanitarios de las personas adultas en la comunidad.

Para la profesión de enfermería es útil, porque posibilita programas para proponer estrategias y soluciones a los problemas sanitarios de los usuarios, así de este modo desde una perspectiva educativa y preventiva fortalecerá su rol de liderazgo dentro del equipo de salud.

Así también, la investigación permitirá que las instituciones formadoras de profesionales de la salud, socialicen los resultados y que desde los primeros ciclos se incorporen contenidos sobre determinantes de la salud, para garantizar el conocimiento sobre esta problemática sanitaria, ayudando en la formación de profesionales con una visión clara sobre la inequidad sanitaria, buscando estrategias preventiva promocional hacia la población adulta.

También es conveniente realizar el estudio de investigación para que las autoridades regionales de la dirección de salud Piura y municipales en el campo de la salud, así como para la que población de estudio identifique individualmente los determinantes de la salud y se motiven a incorporar cambios para lograr reducir las desigualdades en la población, mejorar la salud de la misma y acelerar el desarrollo socioeconómico del país.

Finalmente, el estudio de investigación sirve de marco referencial de conocimientos para estudiantes y la sociedad en futuros trabajos de investigación.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Antecedentes

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

A nivel internacional:

García J. (10), en su investigación “Análisis y bienestar de los adultos mayores en México, 2006”, los resultados obtenidos revelan que las mujeres presentan menores niveles de bienestar que los hombres, lo que es consistente con el ciclo de vida en el que están inmersas, las mujeres en la vejez siguen llevando funciones conjuntas; cuidadoras de los miembros de las familias y en muchas ocasiones generadoras de ingreso, lo que provoca reducciones en su salud y postergación de sus necesidades básicas. Por otro lado el transcurso de los años de vida ocasiona que la salud, la generación de ingresos, la autonomía y participación en la sociedad se van deteriorando al pasar los años lo que reduce considerablemente el bienestar del adulto mayor.

Vidal D, et al. (11), en su estudio “Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile 2011”. La población de estudio fue mayormente del sexo femenino (68,8%). Respecto de la edad, la categoría que acumula la mayor proporción corresponde a "joven", con un 34,7%, distribuyéndose el porcentaje restante en las otras categorías en forma equitativa. En relación al sistema previsional se destaca para esta población que sólo el 30,6% es cotizante activo en Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), un 12,7% se mantiene aún en el Instituto de Previsión Social (IPS), y un alto porcentaje 18,8% no se encuentra cotizando actualmente, un 27,9% tampoco cotiza y corresponde mayoritariamente a mujeres dueñas de casa. En el nivel de escolaridad

destaca que los mayores porcentajes corresponden a educación media, con un 53,9%, la educación técnica y universitaria alcanza en total un 31,5%.

A nivel nacional:

Aquino D. (12), en su estudio “Determinantes de la salud de la persona adulta. Sector 1, Salaverry - Trujillo, 2012”, el universo muestral estuvo conformado por 120 adultos. Concluyendo que en relación a los determinantes biosocioeconómicos menos de la mitad tienen trabajo familiar eventual; más de la mitad son adultos jóvenes; perciben un ingreso económico entre 751 a 1000; la mayoría tiene grado de instrucción superior universitaria y no realizan actividad física más de la mitad. Según determinante de estilo de vida, la mayoría no fuma ni ha fumado nunca, ocasionalmente una vez al mes consumen bebidas alcohólicas, mayoría no realiza actividad física, consume pescado huevo diario, frutas carnes y verduras una vez por semana. En los determinantes de redes sociales y comunitarias la mayoría ha utilizado un servicio de salud, la mayoría refiere que el lugar de atención está cerca de su casa, tiene Es Salud, la calidad de atención recibida es buena y no existe pandillaje.

Salazar F. (13), en su investigación “Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Vista Alegre Sector "P" – Huaraz, 2013”, la muestra estuvo conformada por 169 adultos, concluyendo: En los determinantes biosocioeconómicos tenemos más de la mitad son adultos jóvenes, de sexo masculino, secundaria completa/incompleta, ocupación eventual, ingreso económico menor a 750, 00. En los determinantes del entorno físico más de la mitad tienen vivienda unifamiliar. En los determinantes de los estilos de vida menos de la mitad caminan como actividad física, consumen carne, huevo, pescado y otros, más de la mitad consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, se bañan 4 veces a la semana, consumen frutas, fideos, arroz, casi todos fuman de manera habitual, duermen de seis a ocho horas, no se realizan exámenes médicos periódicos. En los determinantes de las

redes sociales y comunitarias menos de la mitad refieren que la calidad de atención es buena, más de la mitad reciben apoyo familiar y organizado, se atienden en centro de salud, lugar y el tiempo de espera de la atención fue regular, cuenta con SIS- MINSA, y niegan presencia de pandillaje

Méndez N. (14), en su estudio “Determinantes de salud de los adultos del caserío Chua Alto sector T Huaraz, 2013”, estuvo conformado por un universo muestral de 169 adultos, concluyendo en los determinantes biosocioeconómicos menos de la mitad tienen grado de instrucción inicial primaria, más de la mitad son de sexo femenino, adultos jóvenes, tienen ingreso menor de s/.750.00. En los determinantes del entorno físico menos de la mitad refieren que recogen la basura todas las semanas no diariamente, más de la mitad tienen electricidad permanente, disponen su basura a campo abierto, consumen agua de acequia, tienen vivienda unifamiliar, casa propia, todos tienen piso de tierra, techo de eternit. En los determinantes de los estilos de vida menos de la mitad consumen frutas diario, cereales y lácteos 3 o más veces/semana, más de la mitad consumen verduras diariamente, pescado menos de una vez/semana, no se realizan examen médico. En los determinantes de redes sociales y comunitarias, menos de la mitad consideran que el centro de salud queda lejos, que el tiempo de espera fue larga, calidad de atención fue regular, más de la mitad reciben apoyo familiar y social organizado, refieren que sí hay pandillaje, tienen SIS-MINSA.

A nivel local

Juárez J. (15), en su investigación “Determinantes de la salud en la persona adulta del caserío Chalacala Alta - Bellavista - Sullana, 2013”, la muestra estuvo conformada por 181 personas adultas. Con referencia a los determinantes de la salud biosocioeconómicos, más de la mitad son de sexo masculino, con un ingreso económico menor de 750 soles, tienen vivienda unifamiliar, propia, material de techo de eternit/calamina; la mayoría tienen

material de piso de tierra, abastecimiento de agua acequia, energía eléctrica permanente; menos de la mitad son adultos maduros, tienen un grado de instrucción secundaria completa/secundaria incompleta, paredes de estera y adobe. Según el determinante de estilos de vida, más de la mitad no fuma actualmente, pero ha fumado antes, toman bebidas alcohólicas ocasionalmente, no realizan actividad física durante más de 20 minutos; la mayoría duermen de 6 a 8 horas. Respecto a la dieta alimenticia tenemos: la mayoría consumen fideos-arroz- papas diariamente; menos de la mitad consumen pan-cereales diariamente. En el determinante de redes sociales y comunitarias, menos de la mitad no recibió apoyo social natural, tienen SIS-MINSA, no existe pandillaje.

Sobrevilla, V. (16), en su estudio “Determinantes de salud en la persona adulta del caserío Somate bajo - Bellavista - Sullana, 2013”, la muestra estuvo conformada por 283 personas adultas. Se concluyó: Con referencia a los determinantes de la salud biosocioeconómicos la mayoría son de sexo masculino, tienen un grado de instrucción inicial/primaria, un ingreso económico es de 1001 a 1400 nuevos soles. En lo que respecta a la tenencia de vivienda la mayoría tienen vivienda unifamiliar, propia, material del piso de tierra, material del techo de eternit/calamina, material de paredes noble, abastecimiento de agua conexión domiciliaria, energía eléctrica permanente. Según el determinante de estilos de vida, la mayoría si fuma actualmente, pero no diariamente, toman bebidas alcohólicas ocasionalmente, la mayoría duermen de 6 a 8 horas. En la dieta alimenticia tenemos: la mayoría consume fideos-arroz-papas, pan-cereales, come frutas de 3 o más veces a la semana. En el determinante de redes sociales y comunitarias, la mayoría no recibió apoyo social natural, no recibió apoyo social organizado, Se atendieron en los últimos 12 meses en el puesto de salud, tienen SIS-MINSA; recibió una calidad de atención regular, no existe pandillaje cerca de su casa.

Ordinola L. (17), en su investigación “Determinantes de la salud en la persona adulta del caserío San Vicente de Piedra Rodada - Bellavista - Sullana, 2013”, la muestra estuvo conformada por 256 personas adultas. Se concluyó: A los determinantes de la salud biosocioeconómico de la persona adulta la mayoría son de sexo masculino; más de la mitad son adultos maduros; menos de la mitad tienen un grado de instrucción secundaria completa/ incompleta, con un ingreso económico menor de 750. Según el determinante de estilos de vida la mayoría no fuma habitual, toman bebidas alcohólicas ocasionalmente, no se realizan un examen médico periódico; casi todos duermen de 6 a 8 horas. Respecto a la dieta alimenticia la mayoría consumen diariamente, fruta, pescado, fideos-arroz- papas, verduras y hortalizas, más de la mitad legumbres, lácteos. En el determinante de redes sociales y comunitarias, la mayoría no recibió apoyo social natural, pensión 65, comedor popular, vaso de leche, tienen SIS-MINSA, no existe pandillaje; menos de la mitad se atendieron en los últimos 12 meses en el puesto de salud, recibieron una calidad de atención buena.

2.2. Bases teóricas de la investigación

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

En 1974 salió a la luz uno de los informes más revolucionarios en lo que a la salud pública se conoce. El informe elaborado en Canadá y que lleva el nombre del entonces ministro de sanidad (Lalonde) partió de la base de que la salud o la enfermedad no estaban relacionadas simplemente con factores biológicos o agentes infecciosos, de hecho remarcaba que la mayoría de las

enfermedades tenían una base u origen marcadamente socio-económico (18).

También hace un análisis de cuál es el impacto de las medidas sanitarias e inversión sanitaria llevadas a cabo en Canadá (y en la mayoría de los países occidentales de la época y en la actualidad) sobre la salud real. Tras todo esto se llega a la conclusión de que las principales causas de los problemas son socioeconómicos, mientras que las políticas de salud se centran en el tratamiento de las enfermedades sin incorporar intervenciones sobre las “causas de las causas” sobre el entorno social (18).

Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo multinivel planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud, que incorporo los factores mencionados por Lalonde y agregó otros nuevos. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades (19).

En el centro de la figura, los individuos poseen la edad, el sexo y las características constitucionales que influyen en su salud y que son en gran parte fijos. Sin embargo, alrededor de ellos hay influencias teóricamente modificables por política. En primer lugar, hay factores de comportamiento personal, tales como el hábito de fumar y la actividad física. En segundo lugar, las personas interactúan con sus pares y la comunidad inmediata y son influenciados por ellos, que se representa en la segunda capa. La capacidad de una persona para mantener su salud (en la tercera capa) está influenciada por sus condiciones de vida y de trabajo, suministro de alimentos, y el acceso a bienes y servicios esenciales. Por último, como mediador de la salud de la población, las influencias económicas, culturales y ambientales prevalecen en la sociedad en general (19).

Este modelo para describir los determinantes de salud hace hincapié en las interacciones: Los determinantes de la salud que pueden ser influenciados por las decisiones individuales, comerciales o políticos pueden ser factores positivos para la salud, factores de protección, o factores de riesgo (19).

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 (19).

a) Determinantes estructurales

Son aspectos relacionados con el contexto social y político, y se refiere a los factores que afectan de forma importante a la estructura social y a la distribución de poder y recursos dentro de ella. Incluyen la tradición política de los gobiernos y sus políticas macroeconómicas, sociales (mercado, vivienda, educación, bienestar social), la cultura y los valores sociales. Las características de este contexto socioeconómico y político influyen en la posición social que las personas ocupan según su estatus, género y etnia, y además según su educación tendrán una ocupación que influirá en sus ingresos. Estos aspectos son ejes de desigualdad social (20).

b) Determinantes intermediarios.

Vienen preestablecidos por los determinantes estructurales, y entre estos se encuentran las circunstancias materiales (condiciones de vida y trabajo), los factores conductuales, biológicos y psicosociales como redes sociales, el estrés y la percepción de la vida propia o hábitos de vida (adicciones, dieta, ejercicio físicos). También hallamos aquí los sistemas de salud, que aunque contribuyen muy poco a la generación de las desigualdades en salud, un menor acceso a los servicios de salud y menor calidad de los mismos para los grupos sociales menos favorecidos pueden repercutir en unas peores consecuencias de los problemas incidentes en la salud y bienestar. Otro punto interesante es la cohesión social, hay investigaciones que apuntan esta como factor protector ante las desigualdades en salud. Una importante característica que comparten las sociedades con un menor grado de desigualdades su cohesión social. Los individuos más proclives a implicarse en actividades colectivas y voluntarias y una vida comunitaria rica desarrollan mejor salud (20).

c) Determinantes proximales.

Son los factores genéticos implicados en la producción de diversos problemas de la salud, predisponiendo o ejerciendo resistencia a enfermedades. La conducta de los individuos, sus creencias, valores, bagaje histórico y percepción del mundo, su actitud frente al riesgo y la visión de su salud futura, su capacidad de comunicación, de manejo del estrés y de adaptación y control sobre las circunstancias de su vida determinan sus preferencias y estilo de vivir (20).

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada

por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (21).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan un 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 (22).

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

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

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

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

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

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

Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (22).

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la investigación

Tipo y nivel de investigación:

La investigación de tipo cuantitativo, descriptivo (23) (24).

Diseño de la investigación:

Diseño de una sola casilla (25) (26).

3.2. Población y muestra

Población

La población estuvo conformada por 1017 personas adultas que habitan en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Las Lomas – Sullana.

Muestra

El tamaño de la muestra fue de 278 personas adultas que habitan en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Las Lomas – Sullana, y se utilizó el muestreo aleatorio simple. (ANEXO 01).

Unidad de análisis

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

Criterios de inclusión

- Persona adulta que vive más de 3 años en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico - Sullana.
- Persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana que aceptó participar en el estudio.
- Persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana que tuvo la disponibilidad de participar en la encuesta como informante sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de exclusión

- Persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana que tenga algún trastorno mental.
- Persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana que tenga algún problema de comunicación.

3.3. Definición y operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONÓMICO

Sexo

Definición conceptual:

En su definición estricta es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: Mujer u hombre (27).

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 (28).

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 (29).

Definición operacional

Escala ordinal:

- Sin nivel instrucción
- Inicial/Primaria

- Secundaria completa / secundaria incompleta
- Superior universitaria
- Superior no universitario

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 (30).

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 (31)

Definición operacional

Escala nominal:

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

Vivienda

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (32).

Definición operacional

Escala nominal:

Tipo

- Vivienda unifamiliar
- Vivienda multifamiliar
- Vecindad, quinta choza, cabaña
- Local no destinada para la habitación humana.
- Otros

Tenencia

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

Material del piso

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

Material del techo

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

Material de las paredes

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

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

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

- Aire libre
- Acequia, canal
- Letrina
- Baño publico
- 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 semanas pero no diariamente
- Al menos 2 veces por semana
- Al menos 1 vez al mes pero no todas semanas/ Nunca

Eliminación de basura

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (33).

Definición operacional

Escala nominal:

Hábito de fumar

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

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal:

- 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 de baño:

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

Realización de examen médico periódico

Si () No ()

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal:

- Caminar
- Deporte
- Gimnasia
- No realiza

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

Escala nominal:

Si () No ()

Tipo

- 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 (34).

Definición operacional

Escala ordinal:

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

III. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de

complejidad (35).

Definición operacional

Escala nominal:

Apoyo social natural

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

Apoyo social organizado

Escala nominal:

- 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) (36).

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

Lejanía del lugar 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 ()

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Técnicas

En el presente trabajo de investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación del instrumento (37).

Instrumento

En el este estudio se utilizó un instrumento para la recolección de datos que se detallan a continuación:

El instrumento fue elaborado en base al **Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos de 18 años a más en el Perú**. Elaborado por la Dra. A. Vílchez aplicado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 30 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (ANEXO 2).

- Datos de identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno socioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), alimentos que consumen las personas.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

Control de calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

Validez de contenido: Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, diez 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 en 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 (38).

3.5. Plan de análisis

Procedimiento para la recolección de datos:

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

- Se informó y pidió 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 fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

Análisis y procesamiento de los datos

Los datos fueron ingresados a una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software Pasw Statistics Versión 19.0, para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se realizaron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos.

3.6. Matriz de consistencia

**TITULO: DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO
– SULLANA, 2017**

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	METODOLOGÍA DE LA INESTIGACIÓN
<p>¿Cuáles son los determinantes de la salud de la persona adulta en el caserío Potrerillo - Valle Chipillico – Las Lomas - Sullana, 2017?</p>	<p>Identificar los determinantes de la salud de la persona adulta en el caserío Potrerillo - Valle Chipillico – Las Lomas - Sullana, 2017</p>	<p>-Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico de la persona adulta en el caserío Potrerillo.</p> <p>-Identificar los determinantes de los estilos de vida de la persona adulta en el caserío</p>	<p>-Determinantes del entorno biosocioeconomico. Edad, sexo, grado de instrucción ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).</p> <p>-Determinantes de los estilos de vida. Alimentos que consumen las personas,</p>	<p>Tipo y nivel de investigación.</p> <p>Cuantitativo, descriptivo.</p> <p>Diseño de la investigación</p> <p>Diseño de una sola casilla.</p> <p>Población Universo.</p> <p>Está constituida por 1017 personas adultas en el caserío Potrerillo - Valle Chipillico.</p>

		<p>Potreriillo.</p> <p>-Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias de la persona adulta en el caserío Potrerillo.</p>	<p>hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad.</p> <p>-Determinantes de las redes sociales y comunitarias. Acceso a los servicios de salud para las personas adultas y su impacto en la salud, apoyo social</p>	<p>Muestra.</p> <p>El universo muestral estuvo constituido por 278 personas adultas del caserío Potrerillo – Valle Chipillico y la muestra está determinada con la técnica del muestreo aleatorio simple</p>
--	--	---	---	---

3.7. Principios éticos

En toda investigación que se lleva a cabo, el investigador previamente debe 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, respetando la doctrina social de la iglesia como es la dignidad de la persona (39).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a las personas que la investigación es anónima y que la información obtenida es solo para fines de la investigación.

Privacidad

Se hizo hincapié que toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto evitando ser expuestos respetando la intimidad de las personas adultas, siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

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

Consentimiento

Solo se trabajó con las personas que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 05).

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

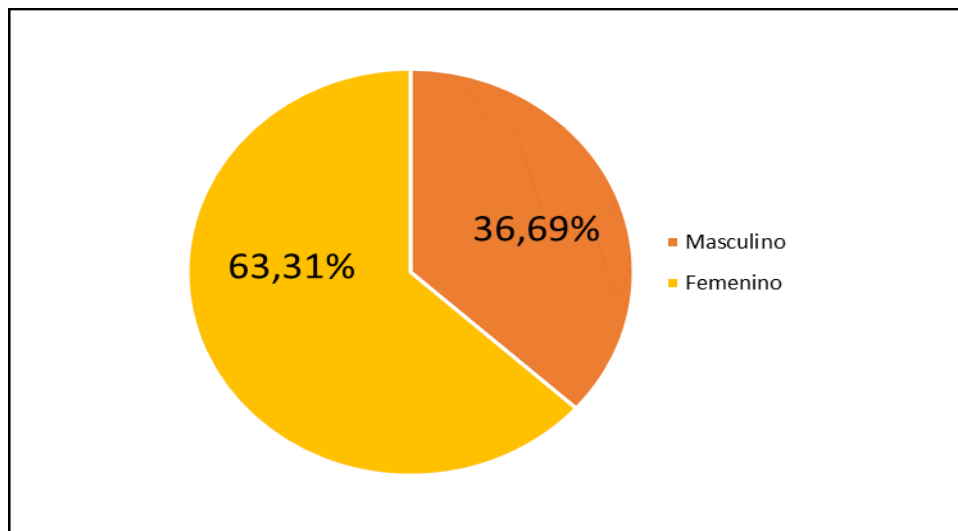
TABLA 1.

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILICO - SULLANA, 2017

Sexo	n	%
Masculino	102	36,69%
Femenino	176	63,31%
Total	278	100,00%
Edad	n	%
Adulto Joven (18 años a 29 años)	32	11,51%
Adulto Maduro (30 a 59 años)	170	61,15%
Adulto Mayor (60 a más años)	76	27,34%
Total	278	100,00%
Grado de Instrucción	n	%
Sin nivel instrucción	16	5,76%
Inicial/Primaria	95	34,17%
Secundaria Completa/Secundaria Incompleta	161	57,91%
Superior Universitaria	4	0,44%
Superior no universitaria	2	0,72%
Total	278	100,00%
Ingreso Económico	N	%
Menor de 750	147	52,88%
De 751 a 1000	128	46,04%
De 1001 a 1400	3	1,08%
De 1401 a 1800	0	0,00%
De 1801 a más	0	0,00%
Total	278	100,00%
Ocupación del jefe de familia	n	%
Trabajador estable	7	2,52%
Eventual	264	94,96%
Sin ocupación	3	1,08%
Jubilado	4	1,44%
Estudiante	0	0,00%
Total	278	100,00%

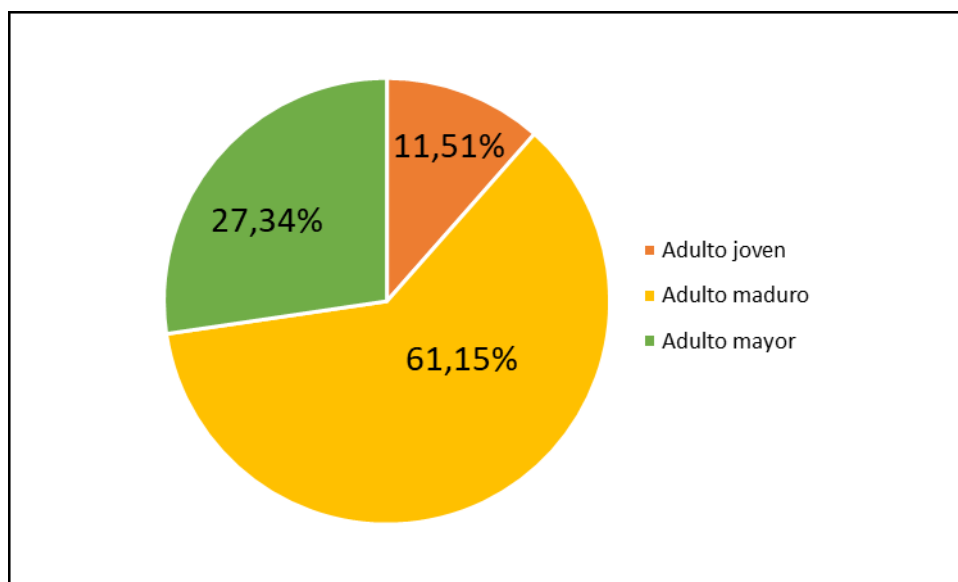
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 1: SEXO DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



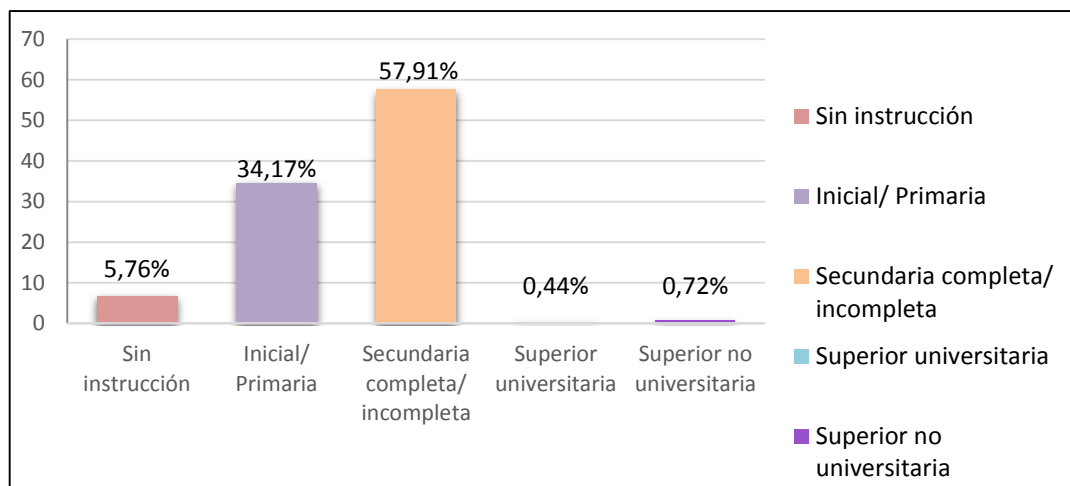
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 2: EDAD DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



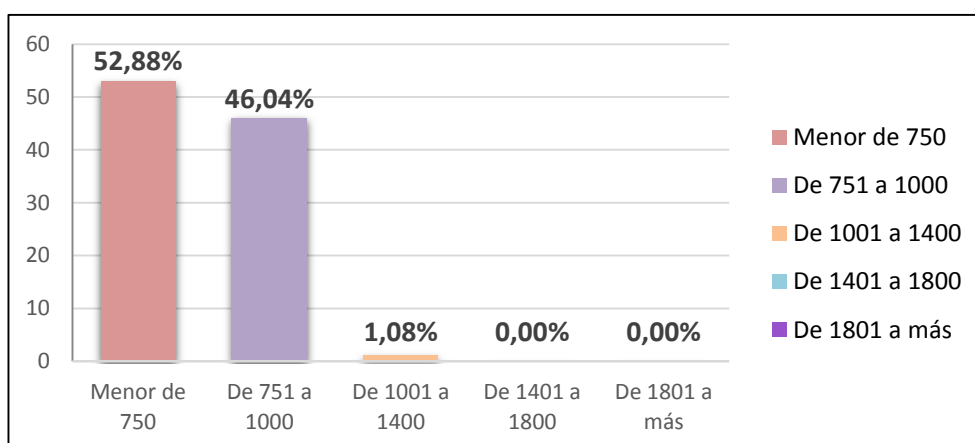
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 3: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



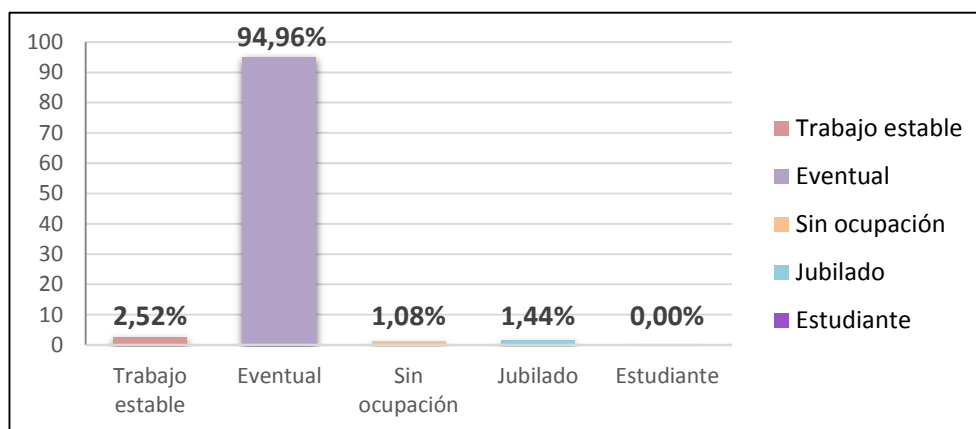
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 4: INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 5: OCUPACIÓN DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

TABLA 2.

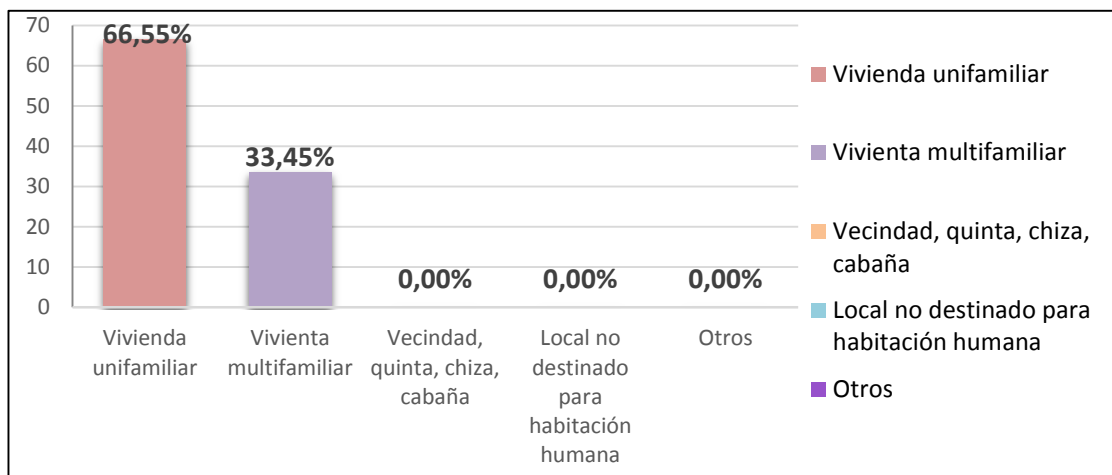
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017

Tipo de Vivienda	n	%
Vivienda Unifamiliar	185	66,55%
Vivienda multifamiliar	93	33,45%
Vecindada, quinta choza, cabaña	0	0,00%
Local no destinada para habitación humana	0	0,00%
Otros	0	0,00%
Total	278	100,00%
Tenencia de Vivienda	n	%
Alquiler	3	1,08%
Cuidador/alojado	7	2,52%
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,00%
Alquiler venta	0	0,00%
Propia	268	96,40%
Total	278	100,00%
Material de piso	n	%
Tierra	272	97,84%
Entablado	0	00,00%
Loseta, vinílicos o sin vinílicos/cemento	6	2,16%
Láminas asfálticas	0	0,00%
Parquet	0	0,00%
Total	278	100,00%
Material de Techo	n	%
Madera, estera	0	0,00%
Adobe	0	0,00%
Estera y adobe	0	0,00%
Material noble ladrillo y cemento	5	1,80%
Eternit/Calaminas	273	98,20%
Total	278	100,00%
Material de Paredes	n	%
Madera, estera	0	0,00%
Adobe	177	63,67%
Estera y adobe	32	11,51%
Material noble ladrillo y cemento	69	24,82%
Total	278	100,00%
Personas que Duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	40	14,39%
2 a 3 miembros	228	82,01%
Independiente	10	3,60%
Total	278	100,00%
Abastecimiento de Agua	n	%
Acequia	25	8,99%
Cisterna	0	0,00%

Pozo	0	0,00%
Red pública	253	91,01%
Conexión domiciliaria	0	0,00%
Total	278	100,00%
Eliminación de Excretas	n	%
Aire libre	0	0,00%
Acequia , canal	0	0,00%
Letrina	278	100,00%
Baño público	0	0,00%
Baño propio	0	0,00%
Otros	0	0,00%
Total	278	100,00%
Combustible para Cocinar	n	%
Gas, Electricidad	8	2,88%
Leña, Carbón	252	90,65%
Bosta	18	6,47%
Tuza (coronta de maíz)	0	0,00%
Carca de vaca	0	0,00%
Total	278	100,00%
Energía Eléctrica	n	%
Sin energía	0	0,00%
Lámpara (no eléctrica)	0	0,00%
Grupo electrógeno	0	0,00%
Energía eléctrica temporal	0	0,00%
Energía eléctrica permanente	278	100,00%
Vela	0	0,00%
Total	278	100,00%
Disposición de Basura	n	%
A campo abierto	18	6,47%
Al río	0	0,00%
En un pozo	0	0,00%
Se entierra, quema, carro recolector	260	93,53%
Total	278	100,00%
Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa	n	%
Diariamente	0	0,00%
Todas las semana pero no diariamente	0	0,00%
Al menos 2 veces por semana	0	0,00%
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas/Nunca	278	100,00%
Total	278	100,0%
¿Suelen eliminar la basura en alguno de los sgtes lugares?	n	%
Carro recolector	0	0,00%
Montículo o campo limpio	271	97,48%
Contenedor específicos de recogida	0	0,00%
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,00%
Otros	7	2,52%
Total	278	100,00%

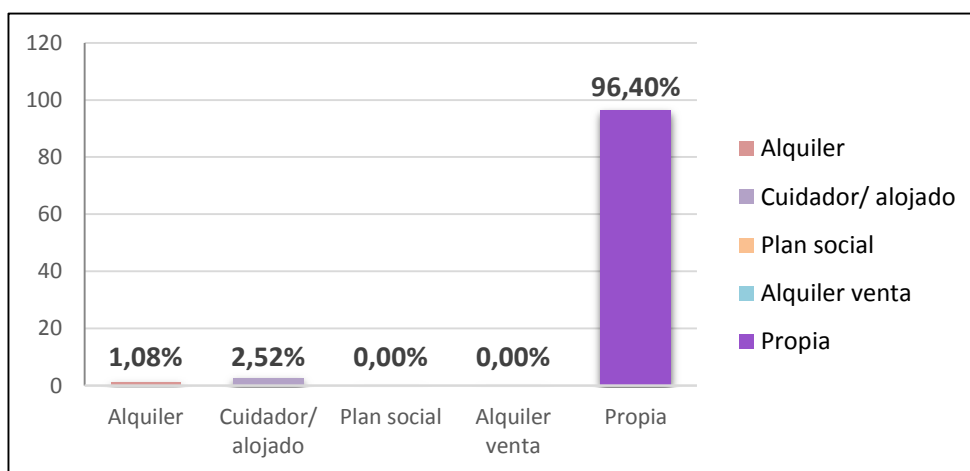
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 6.1: TIPO DE VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



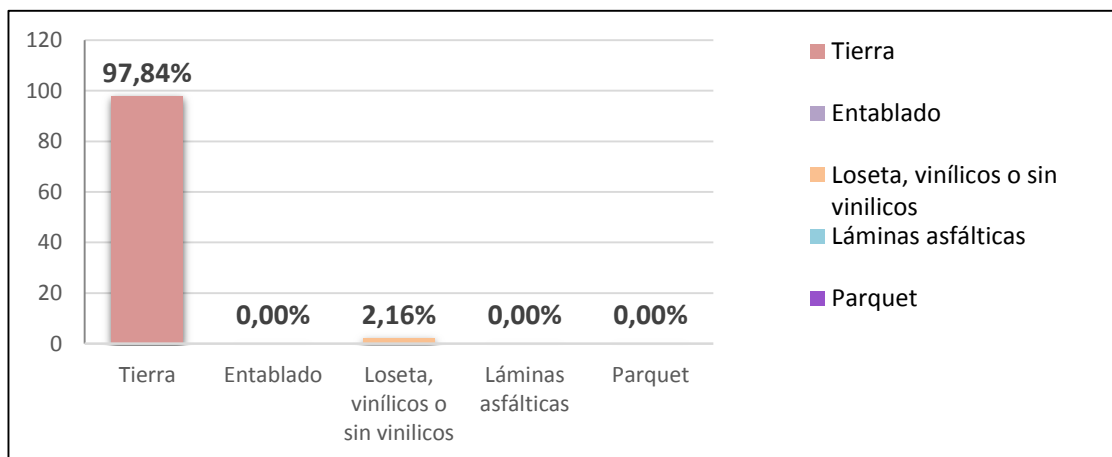
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 6.2: TENENCIA DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



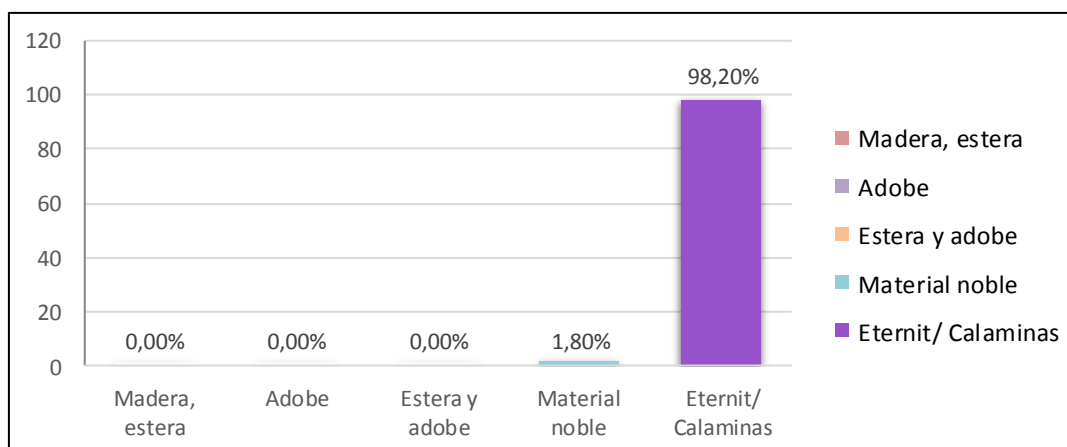
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 6.3: MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



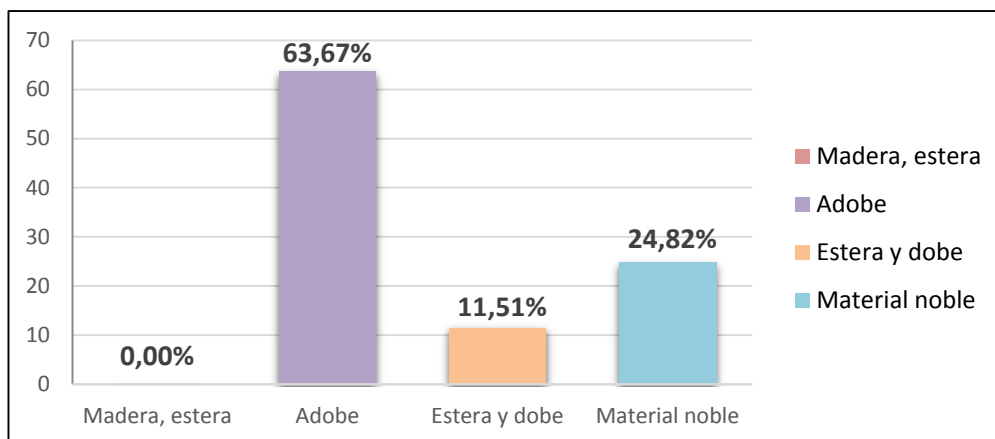
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 6.4: MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



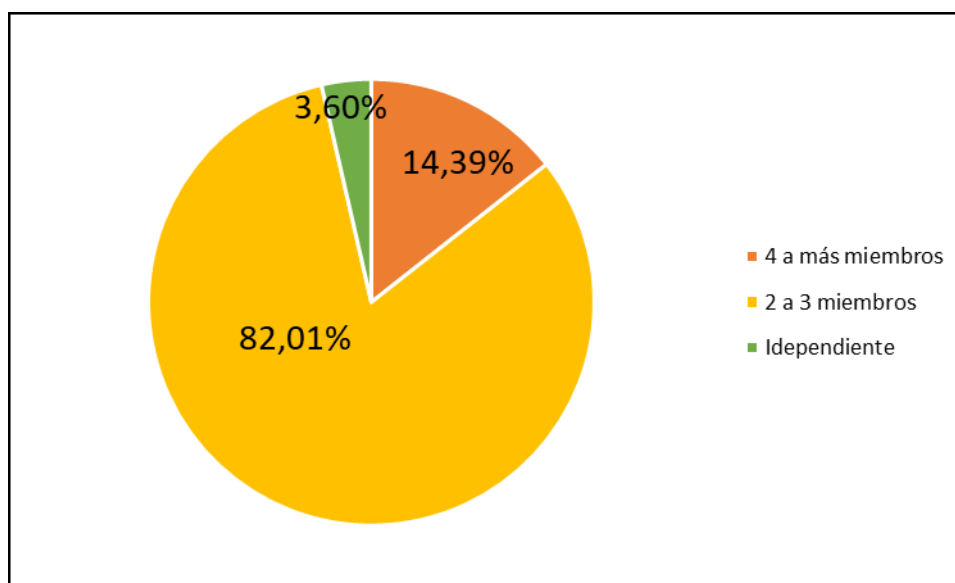
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 6.5: MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



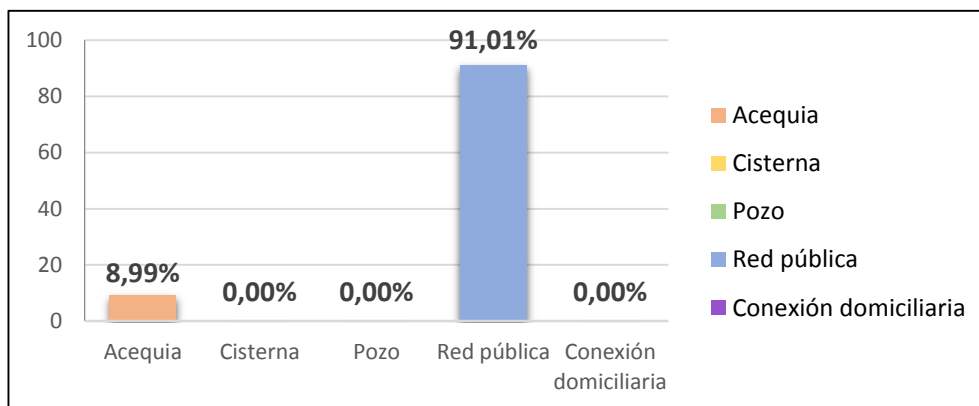
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 6.6: NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.



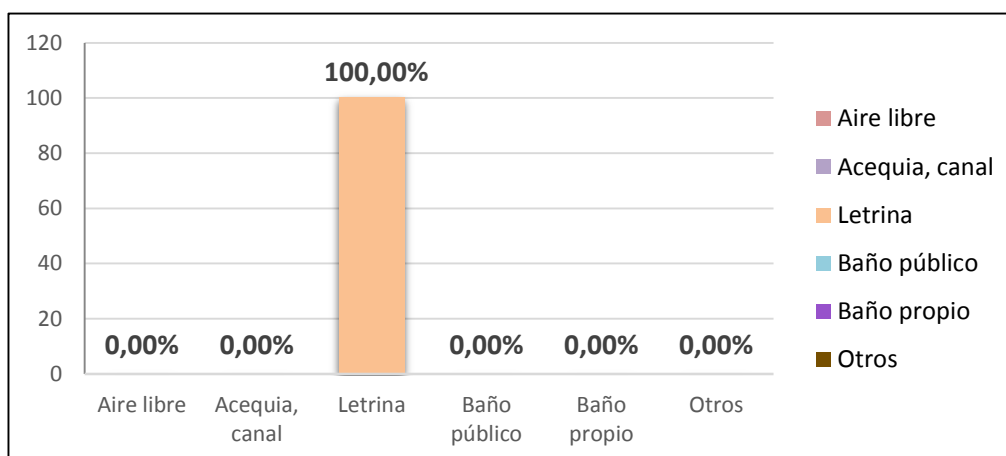
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 7: ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



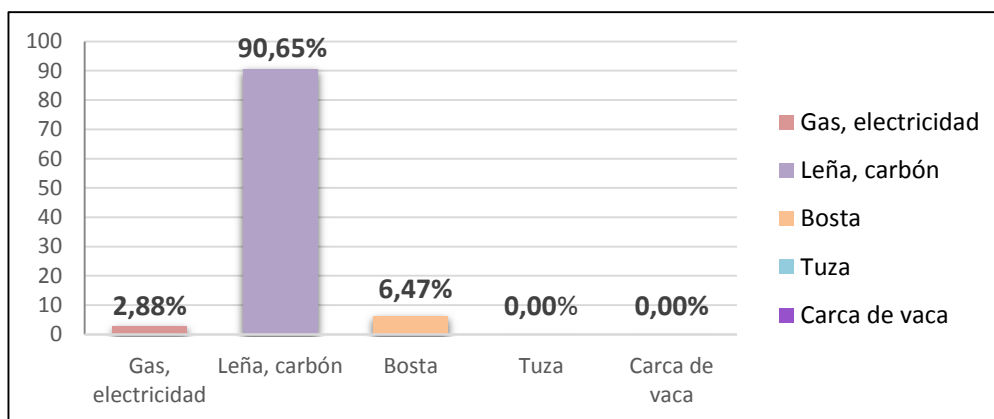
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 8: ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



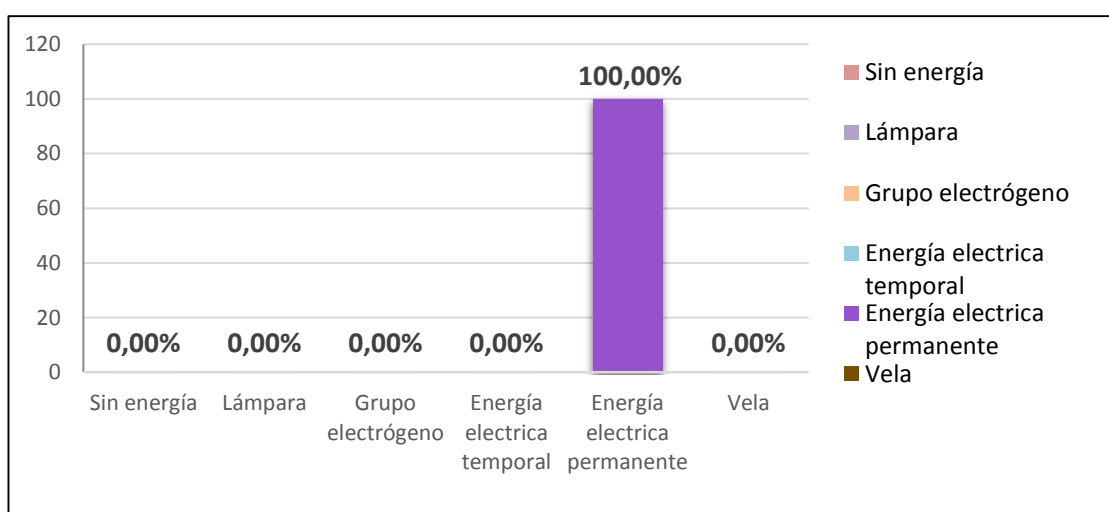
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 9: COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.



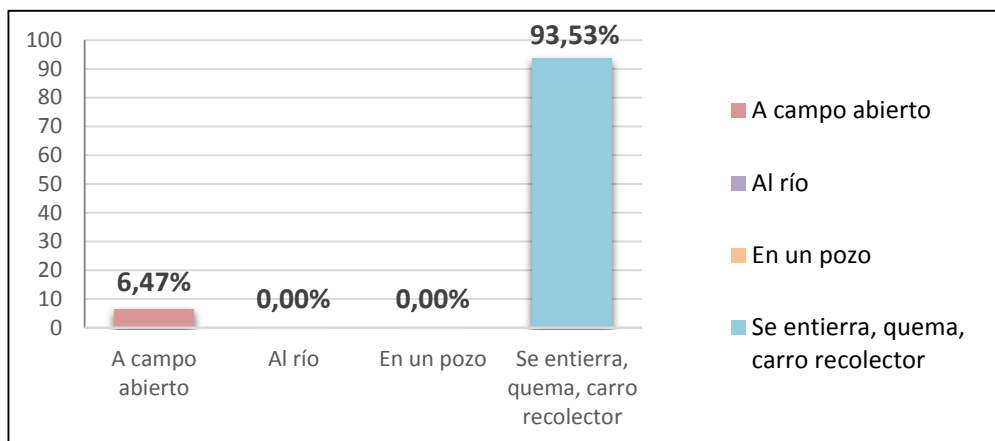
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 10: ENERGÍA ELÉCTRICA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



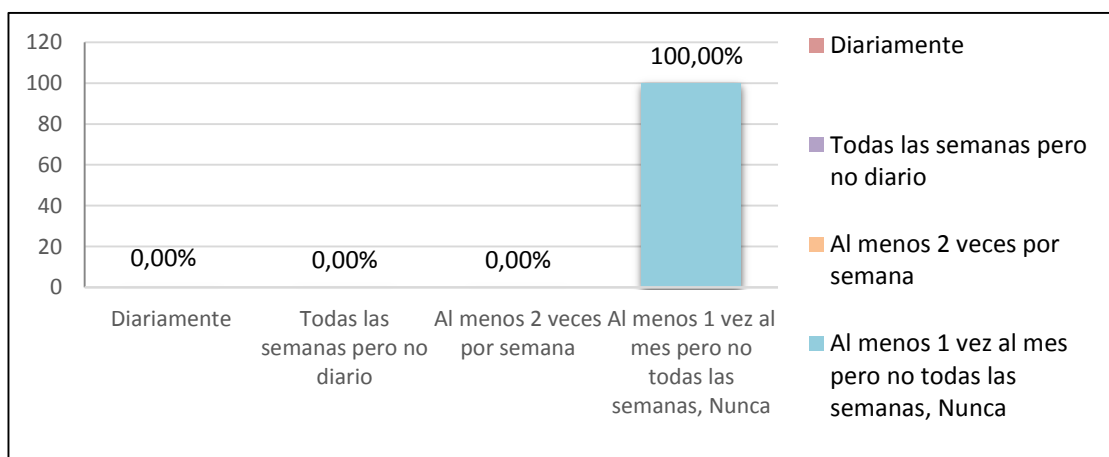
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 11: DISPOSICIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



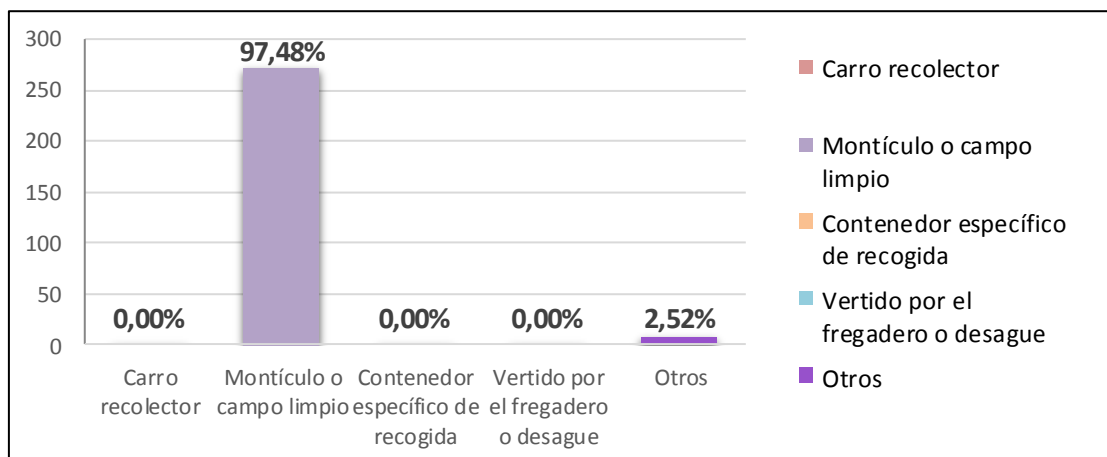
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 12: FRECUENCIA DE RECOJO DE BASURA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.



Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 13: ELIMINACIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

TABLA 3.

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO- SULLANA, 217.

¿Actualmente fuma?	n	%
Si fumo, diariamente	0	0,00%
Si fumo, pero no diariamente	37	13,31%
No fumo actualmente, pero he fumado antes	18	6,47%
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	223	80,22%
Total	278	100,00%
¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?	n	%
Diario	0	0,00%
Dos a tres veces por semana	0	0,00%
Una vez a la semana	8	2,88%
Una vez al mes	23	8,27%
Ocasionalmente	200	71,94%
No consumo	47	16,91%
Total	278	100,00%
¿Cuántas horas duerme Ud.?	n	%
6 a 8 horas	195	70,14%
08 a 10 horas	67	24,10%
10 a 12 horas	16	5,76%
Total	278	100,00%
Con que frecuencia se baña?	n	%
Diariamente	255	91,73%
4 veces a la semana	23	8,27%
No se baña	0	0,00%
Total	278	100,00%
¿Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud?	n	%
Si	71	25,54%
No	207	74,46%
Total	278	100,00%
¿En su tiempo libre realiza alguna actividad física?	n	%
Camina	17	6,12%
Deporte	25	8,99%
Gimnasia	0	0,00%
No realizo	236	84,89%
Total	278	100,0%
¿En las dos últimas semanas que actividad física realizo durante más de 20 minutos?	n	%
Caminar	45	16,19%
Gimnasia suave	0	0,00%
Juegos con poco esfuerzo	1	0,36%
	2	0,72%

Correr		
Deporte	24	8,63%
Ninguna	206	74,10%
Total	278	100,00%

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

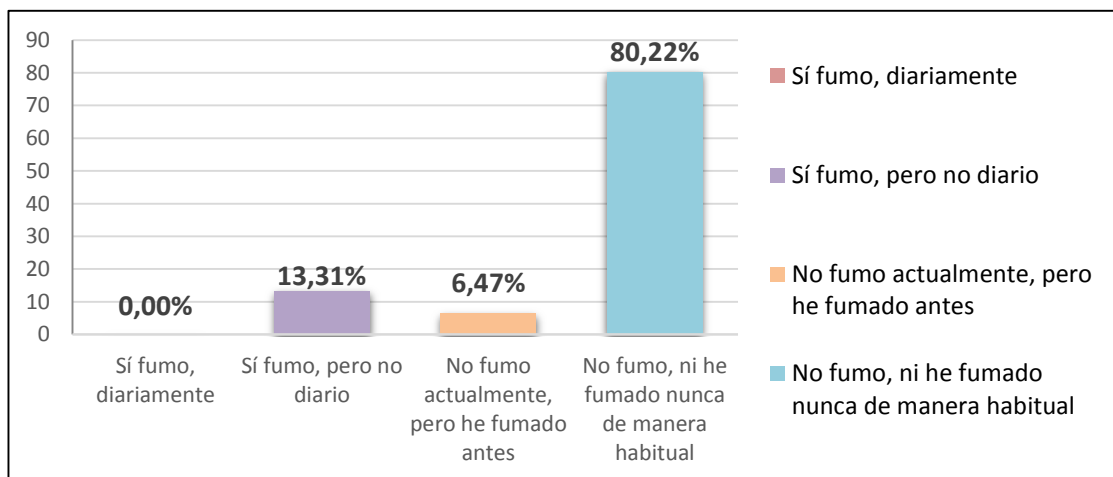
TABLA 3.

ALIMENTACIÓN DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017

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	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Frutas	180	64,75%	87	31,29%	11	3,96%	0	0,00%	0	0,00%
Carne	0	0,00%	0	0,00%	192	69,06%	80	28,78%	6	2,16%
Huevos	5	1,80%	97	34,89%	127	45,68%	37	13,31%	12	4,32%
Pescado	0	0,00%	0	0,00%	41	14,75%	237	85,25%	0	0,00%
Fideos, arroz	228	82,01%	38	13,67%	12	4,32%	0	0,00%	0	0,00%
Pan, cereales	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	22	7,91%	256	92,09%
Verduras, hortalizas	120	43,17%	126	45,32%	30	10,79%	2	0,72%	0	0,00%
Legumbres	70	25,18%	154	55,40%	54	19,42%	0	0,00%	0	0,00%
Embutidos y enlatados	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	114	41,01%	164	58,99%
Productos Lácteos	137	49,28%	102	36,69%	29	10,43%	8	2,88%	2	0,72%
Dulces y gaseosa	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	64	23,02%	214	76,98%
Refrescos con azúcar	21	7,55%	73	26,26%	109	39,21%	75	26,98%	0	0,00%
Frituras	25	8,99%	203	73,02%	32	11,51%	11	3,96%	7	2,52%

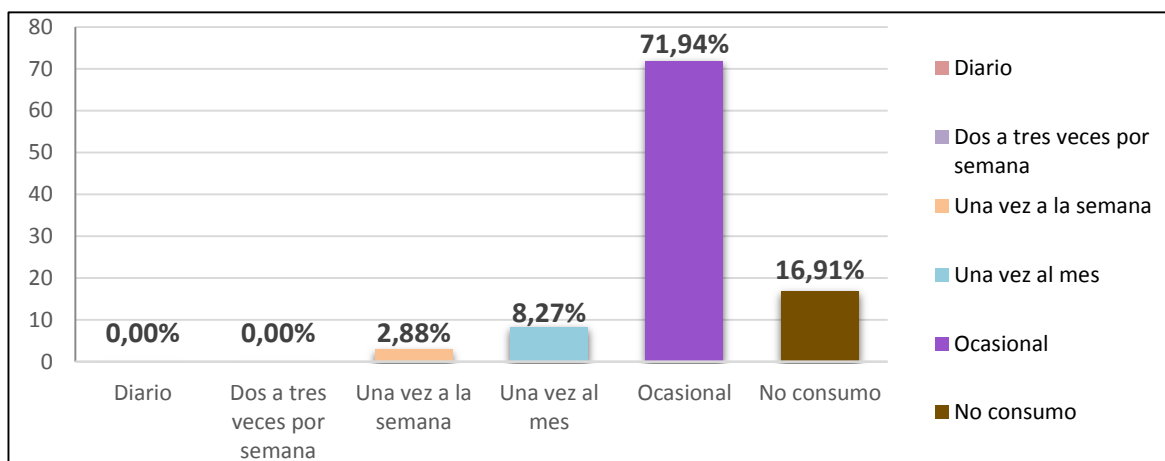
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 14: FUMA ACTUALMENTE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



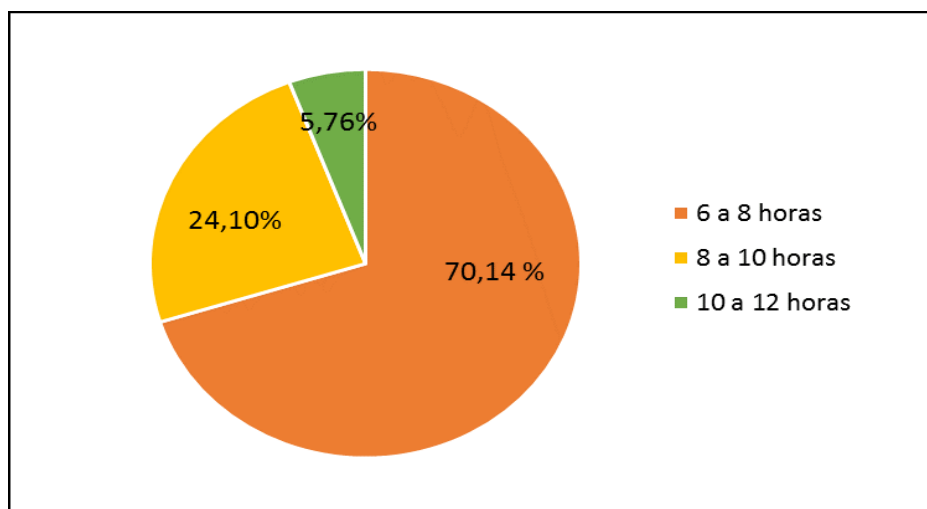
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 15: FRECUENCIA QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



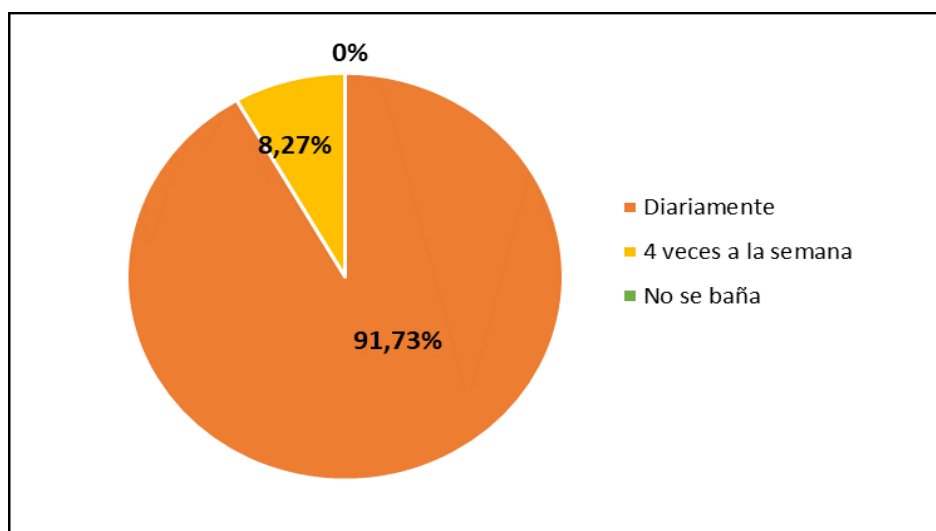
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 16: NÚMERO DE HORAS QUE DUERME LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



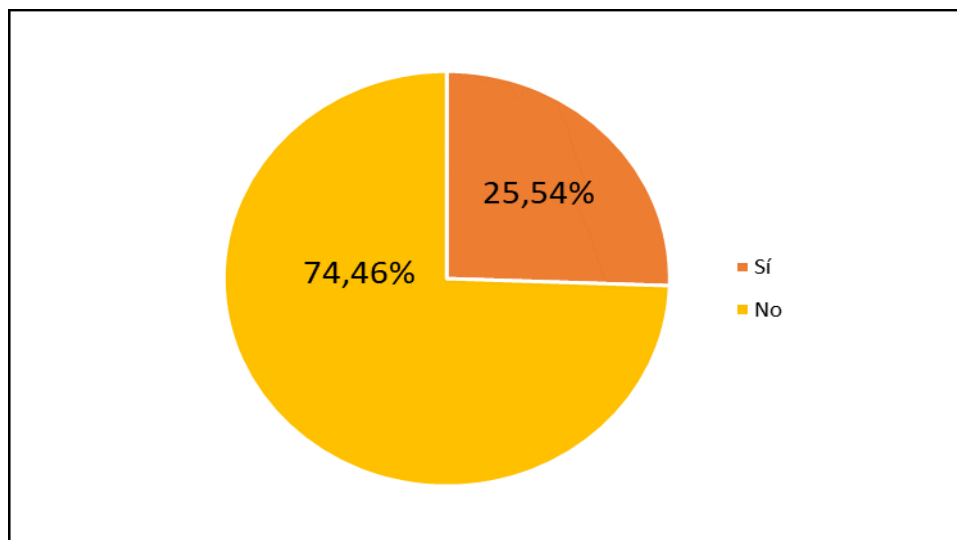
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 17: FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑA LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



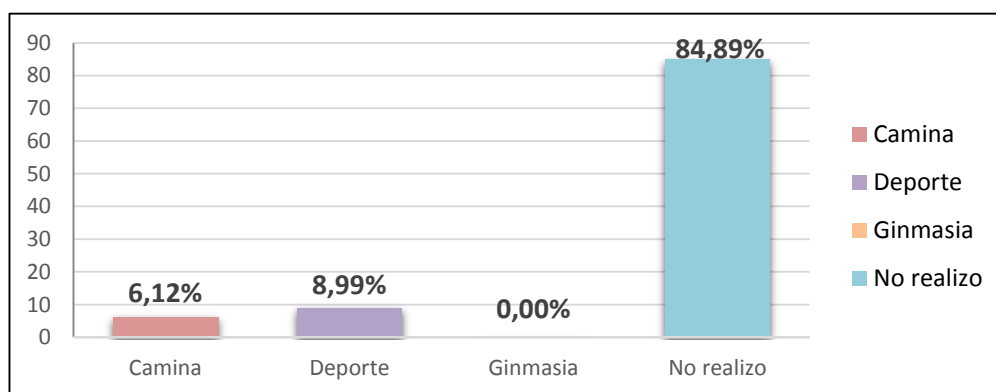
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 18: EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



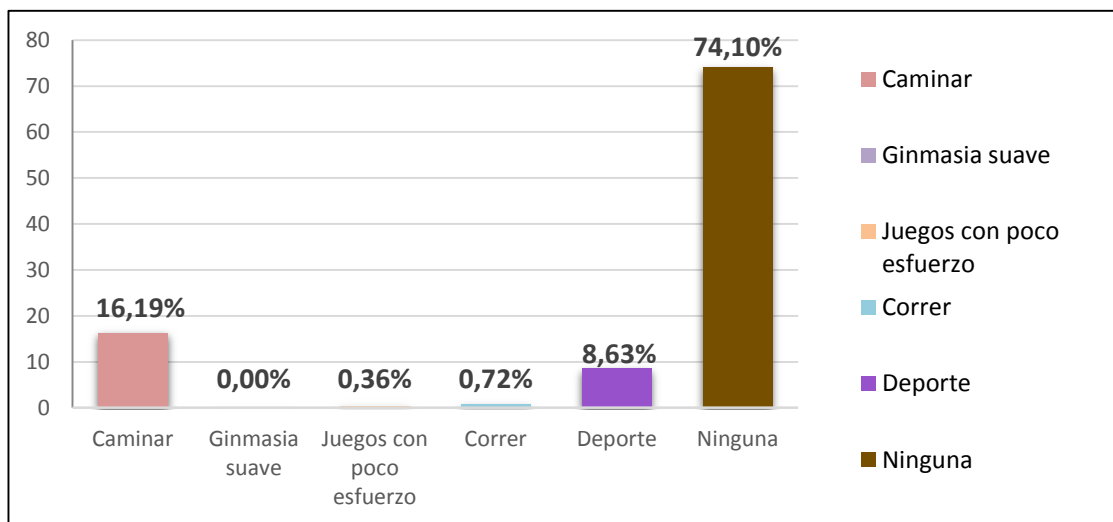
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 19: ACTIVIDAD FÍSICA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



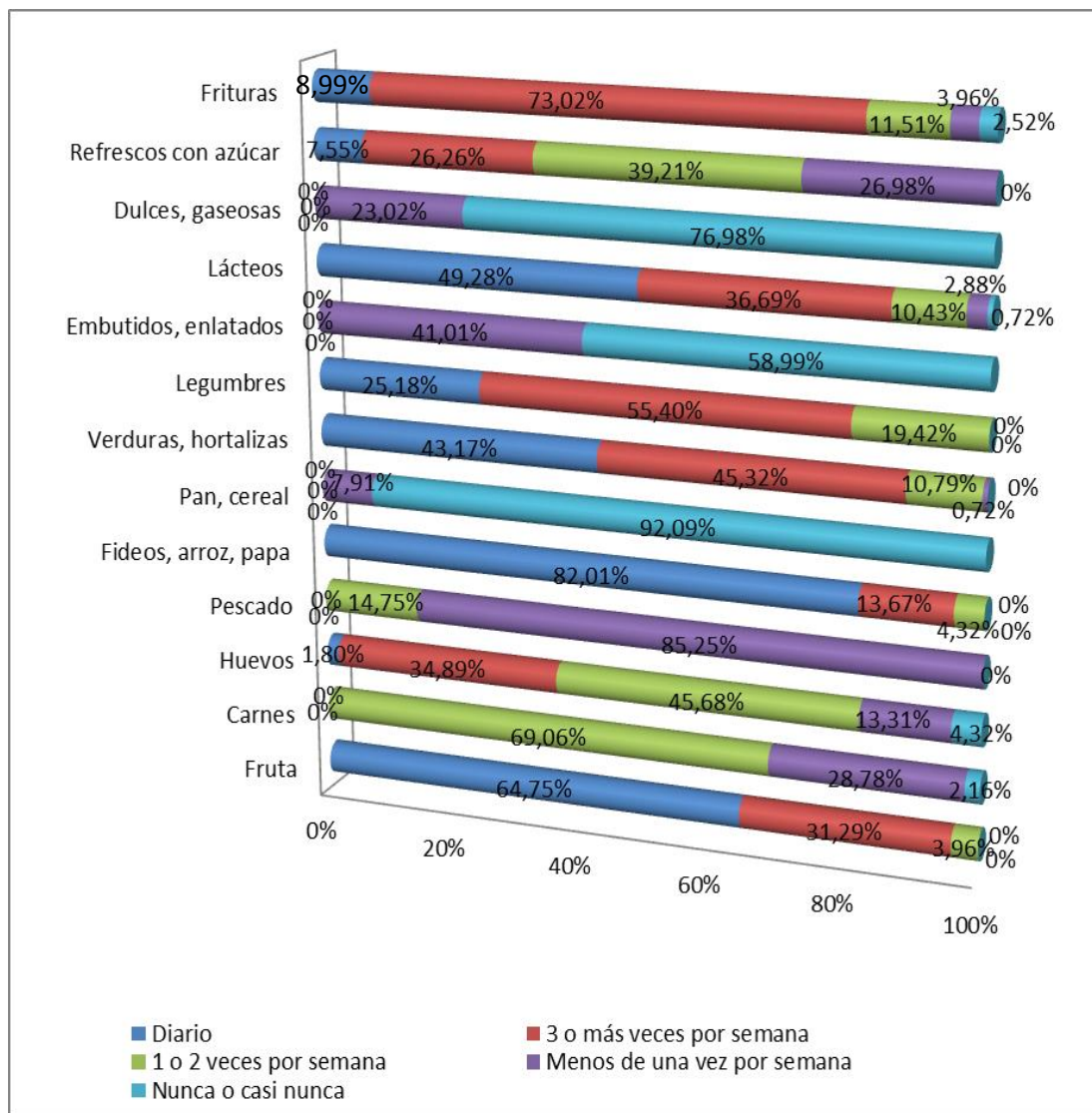
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 20: ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA LA PERSONA ADULTA DURANTE MÁS DE 20 MINUTOS EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - SULLANA, 2017.



Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 21: FRECUENCIA QUE CONSUME LOS ALIMENTOS LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

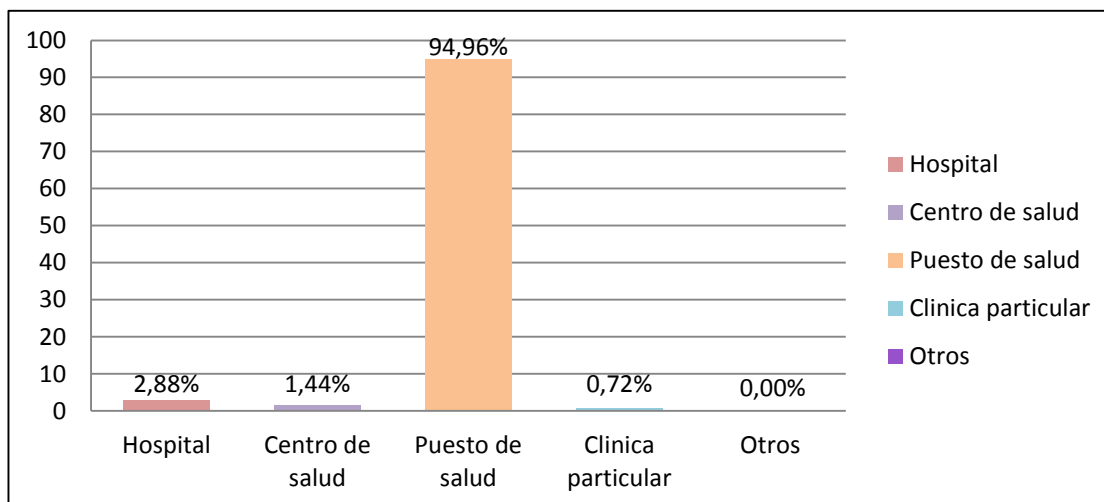
TABLA 4.

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.

¿ En qué institución de salud se atendió en estos 12 últimos meses:	n	%
Hospital	8	2,88%
Centro de salud	4	1,44%
Puesto de salud	264	94,96%
Clínicas particulares	2	0,72%
Otros	0	0,00%
Total	278	100,00%
¿Considera usted que el lugar donde lo (la) atendieron está?	n	%
Muy cerca de su casa	169	60,79%
Regular	101	36,33%
Lejos	0	0,00%
Muy lejos de su casa	8	2,88%
No sabe	0	0,00%
Total	278	100,00%
¿Qué tipo de seguro tiene Usted?	n	%
ESSALUD	7	2,52%
SIS-MINSA	253	91,01%
SANIDAD	0	0,00%
Otros/No cuentan	18	6,47%
Total	278	100,00%
El tiempo que espero para que lo (la) atendieran en el establecimiento de salud ¿le pareció?	n	%
Muy largo	4	1,44%
Largo	22	7,91%
Regular	78	28,06%
Corto	153	55,04%
Muy corto	21	7,55%
No sabe	0	0,00%
Total	278	100,00%
En general, ¿la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue?	n	%
Muy buena	8	2,88%
Buena	184	66,19%
Regular	65	23,38%
Mala	19	6,83%
Muy mala	2	0,72%
No sabe	0	0,00%
Total	278	100,00%
¿Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?	n	%
SI	0	0,00%
NO	278	100,00%
Total	278	100,00%

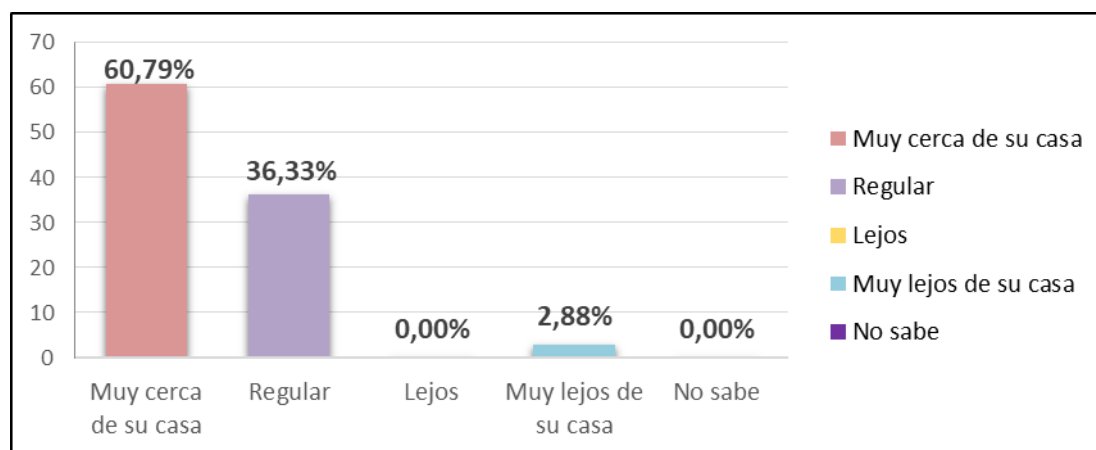
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 22: INSTITUCIÓN EN LA QUE SE ATENDIÓ EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



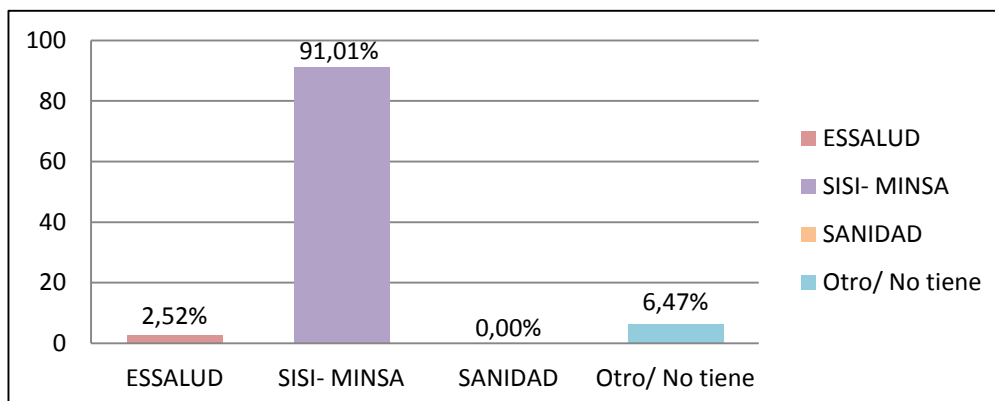
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 23: CONSIDERACIÓN DE DISTANCIA DONDE SE ATENDIÓ LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



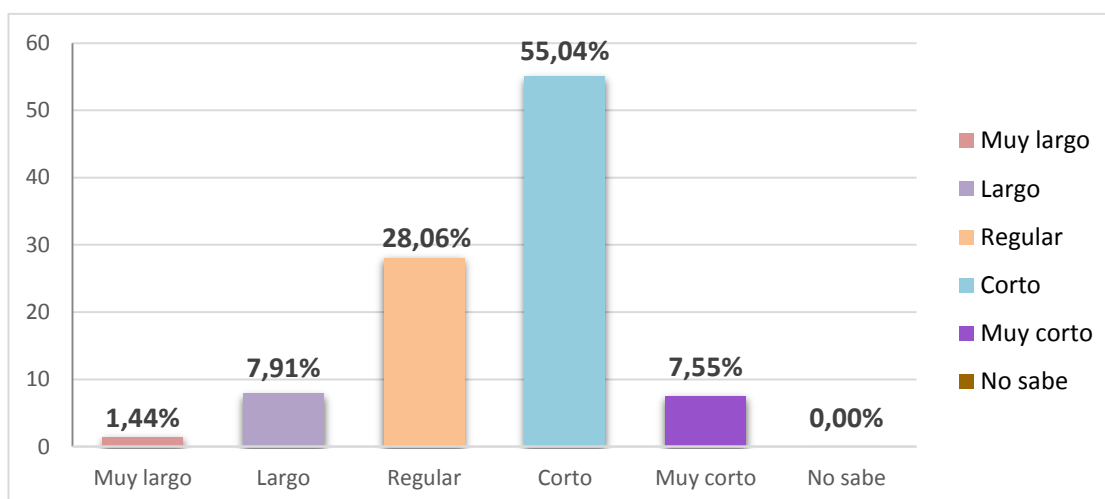
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 24: TIPO DE SEGURO QUE TIENE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



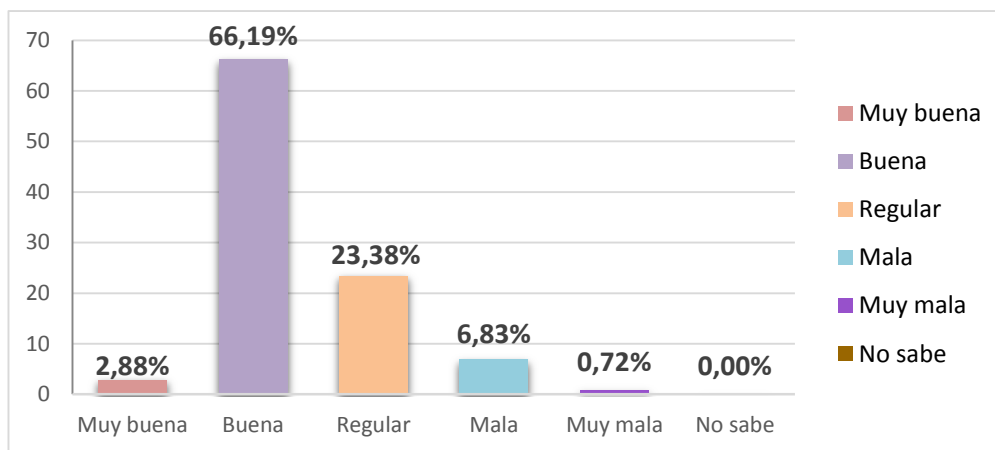
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 25: TIEMPO QUE ESPERÓ PARA ATENDERSE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



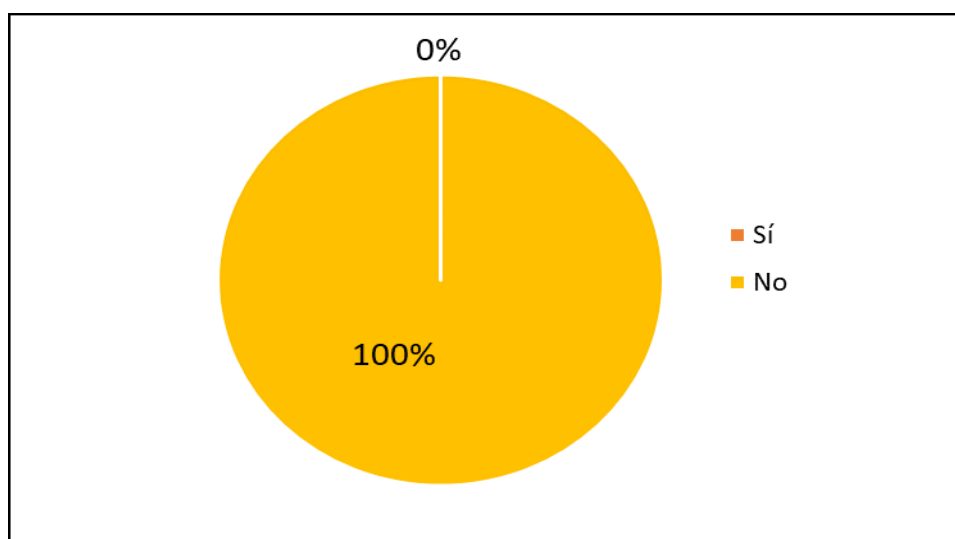
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 26: CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 27: EXISTE PANDILLAJE CERCA DE LA CASA DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

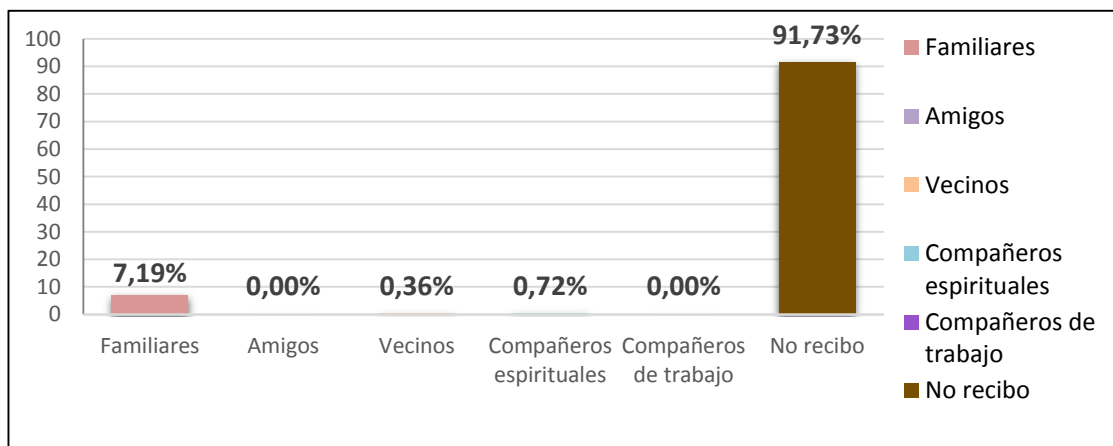
TABLA 5.

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017.

¿Recibe algún apoyo social natural	n	%
Familiares	20	7,19%
Amigos	0	0,00%
Vecinos	1	0,36%
Compañeros espirituales	2	0,72%
Compañeros de trabajo	0	0,00%
No recibo	255	91,73%
Total	278	100,00%
¿Recibe algún apoyo social organizado	n	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,00%
Seguridad social	0	0,00%
Empresa para la que trabaja	0	0,00%
Instituciones de acogida	0	0,00%
Organizaciones de voluntariado	0	0,00%
No recibo	278	100,00%
Total	278	100,00%

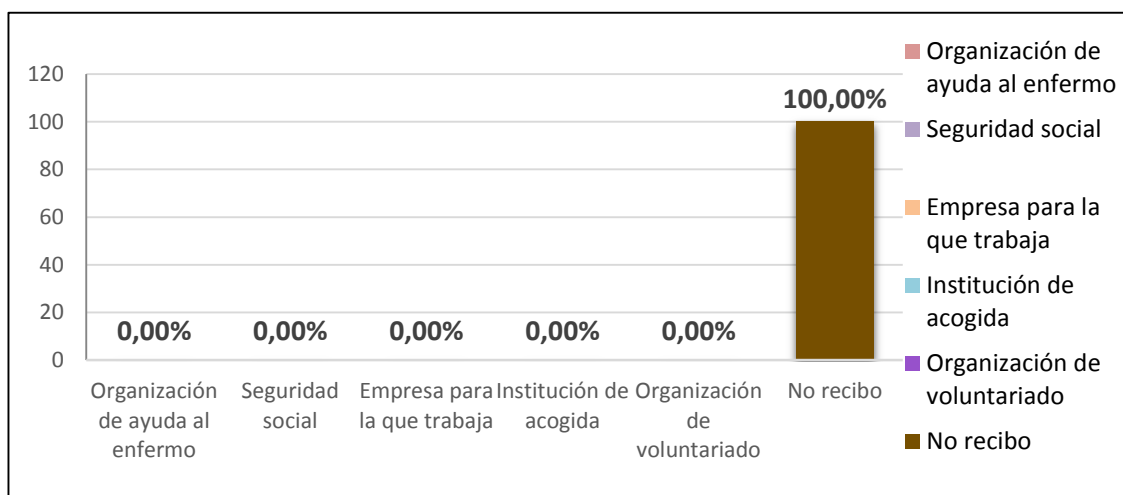
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

RÁFICO 28: RECIBE APOYO SOCIAL NATURAL LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 29: RECIBE APOYO SOCIAL ORGANIZADO LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

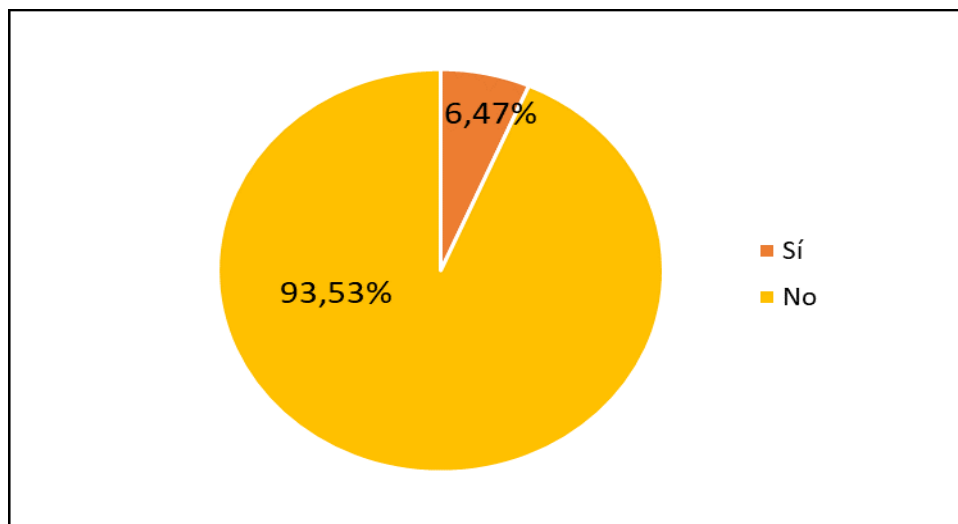
TABLA 6.

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO DE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017

Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones: pensión 65	n	%
Si	18	6,47%
No	260	93,53%
Total	278	100,00%
Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones: Comedor popular	n	%
Si	36	12,95%
No	242	87,05%
Total	278	100,00%
Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones: Vaso de leche	n	%
Si	20	7,19%
No	258	92,81%
Total	278	100,00%
Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones: de Otros	n	%
Si	0	0,00%
No	278	100,00%
Total	278	100,00%

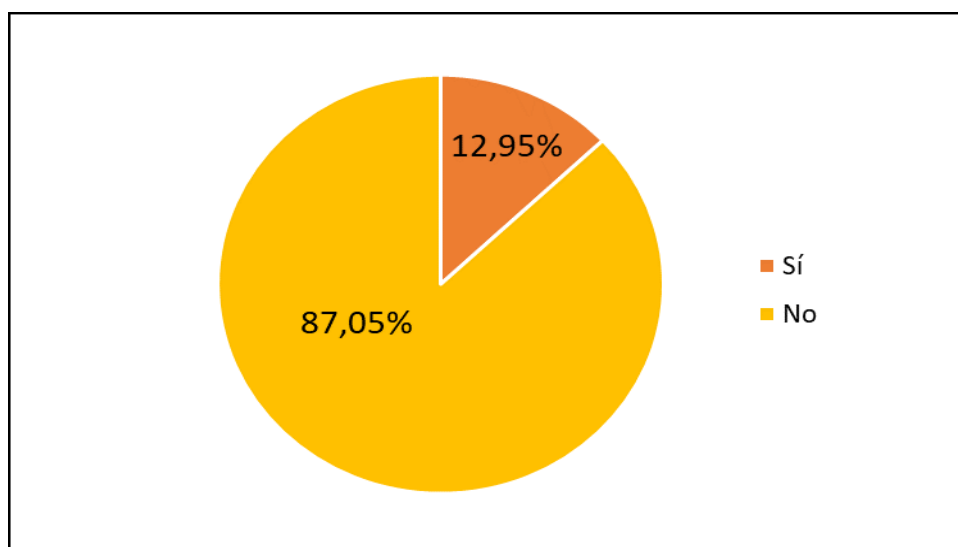
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 30.1: RECIBE PENSIÓN 65 LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



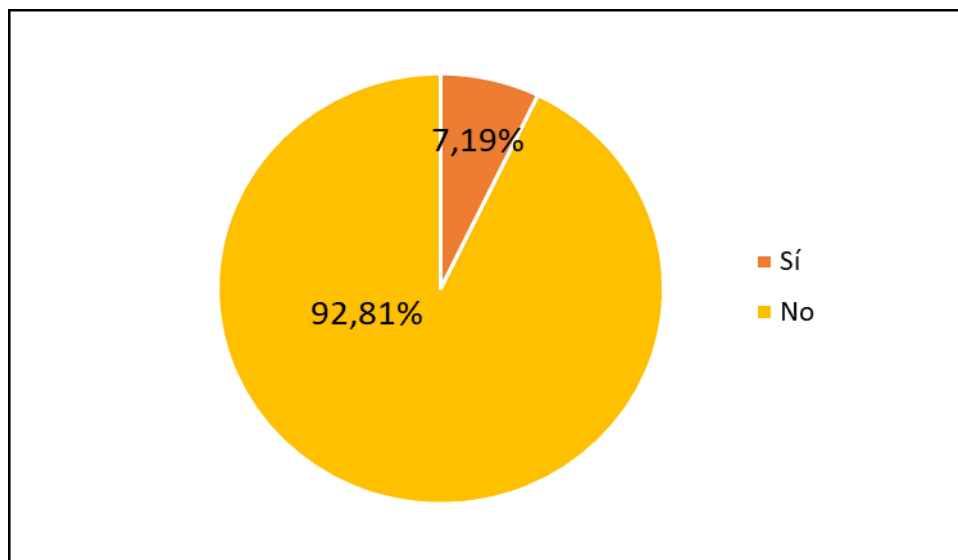
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 30.2: RECIBE APOYO DEL COMEDOR POPULAR LA PERSONA ADULTA EN EL CASERIO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



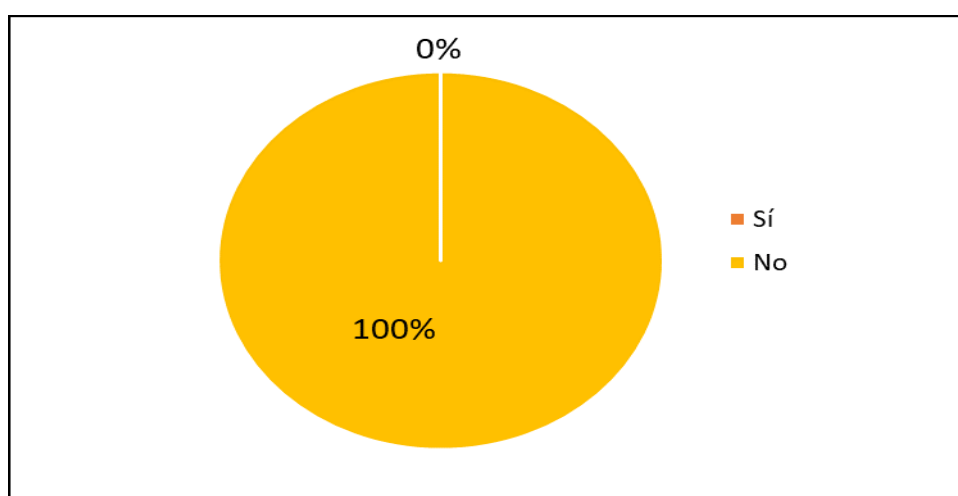
Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

RÁFICO 30.3: RECIBE APOYO DEL VASO DE LECHE LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

GRÁFICO 30.4: RECIBE APOYO DE OTRAS ORGANIZACIONES LA PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – SULLANA, 2017



Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos, elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, aplicado a la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico – Sullana, 2017.

4.2. Análisis de los resultados

A continuación se presenta el análisis de los resultados de las variables de los determinantes de la salud de la persona adulta en el caserío Potrerillo – Valle Chipillico - Sullana, 2017

En la tabla N° 01: Con respecto a los determinantes de la salud biosocioeconómicos podemos observar que los adultos en el caserío Potrerillo, el 63,31% de ellos son de sexo femenino, el 61,15% son adultos maduros (de 30 a 59 años, 11 mese, 29 días), en el grado de instrucción se observa que el 57,91% tiene secundaria completa/ incompleta, además el 52,88% tienen un ingreso económico familiar menor de 750 soles mensuales y el 94,96% son trabajadores eventuales.

Estos resultados se asemejan con los encontrados por Garay N. (40), en su estudio Determinantes de la salud en la persona adulta de la asociación El Morro II. Tacna, 2013. Donde la muestra estuvo conformada por 236 personas adultas, y se observa que el 62,7% de la población encuestada son del sexo femenino, el 71,6% están en la etapa adulto maduro comprendida de (30 a 59 años 11 meses 29 días), el 56,4% tiene grado de instrucción de secundaria completa/secundaria incompleta, el 57,2% tienen un ingreso económico menor de 750 nuevos soles, el 61,1% tiene la ocupación eventual.

Los resultados del presente estudio coinciden a la investigación de Kabalan L. (41), quien estudió sobre los Estilos de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta de la asociación de vivienda Villa El Pacífico del distrito de Calana - Tacna, 2015. Encontrando en los factores biológicos que el 53,7% de los adultos tienen una edad comprendida entre 36 y 59 años, el 68,5% son del sexo femenino; con respecto al factor cultural el 74,1% de las personas adultas tienen secundaria; en relación a los factores sociales el

50,9% de las personas adultas son ama de casa y el 81,5% tienen un ingreso económico de 650 a 850 nuevos soles.

Asimismo los resultados se acercan al estudio realizado por Lama A. (42), en la tesis “Determinantes de la salud en las persona adulta del centro poblado Puente de los Serranos-Querecotillo-Sullana, 2014”, con una muestra de 298 adultos, donde los resultados fueron que el 71,10% de ellos son de sexo femenino, el 48,65% de las personas adultas son adultos maduros (de 30 a 59 años, 11 meses, 29 días), 69,12% tienen grado de instrucción secundaria completa /incompleta, además el 68,45% tienen un ingreso económico menor de 750 soles mensuales y el 94,96% son trabajadores eventuales.

Estos resultados difieren a los encontrados por Juárez J. (43), en su estudio Determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado Papelillo-Chulucanas- Piura, 2014, con una muestra de conformada por 223 personas adultas, cuyos resultado más resaltantes son que el 52,02% son e sexo masculino, el 37,67% (84) no cuentan con grado de instrucción, el 79,85% tienen un ingreso económico de S/. 751.00 a S/. 1000.00 al mes.

En enfermería, sus teorías disciplinares describen diferentes abordajes para el cuidado de las personas, recurriendo siempre al metaparadigma, obteniendo así una perspectiva teorizada del cuidado. En este sentido, los discursos que institucionalizan y sustentan su práctica tratan generalmente sobre apoyo, ayuda, autodeterminación, autonomía, confort, enseñanza del cuidado, humanismo, integralidad, limitación del daño, prevención de la enfermedad y/o promoción de la salud (44).

En el modelo “Promoción de la salud” propuesto por Nola Pender sirvió como base para el estudio de cómo las personas tomaban decisiones de su propio cuidado de la salud en un contexto de enfermería. Este modelo identifica los factores que se encontraron ya en la investigación más

temprana para influir en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades. Identifica los factores cognitivos y perceptuales como los principales determinantes de la conducta de promoción de salud; su objetivo es valorar el estilo de vida promotor de la salud (45).

En la investigación realizada en el caserío Potrerillo, se encontró que la persona adulta tiene características socioeconómicas particulares, puesto que la mayoría de la población se dedica a la agricultura, ganadería y comercialización de estos productos que a la vez abastecen a la ciudad de Piura.

Las mujeres rurales garantizan la seguridad alimentaria de sus comunidades, generan resiliencia ante el clima y fortalecen las economías. Sin embargo, las desigualdades de género tales como leyes y normas sociales discriminatorias, junto con un panorama económico, tecnológico y ambiental que cambia rápidamente, limitan su pleno potencial, situándolas muy por detrás de las mujeres urbanas y los hombres. (46).

En la investigación se encontró que la mayoría son de sexo femenino, que son quienes se encargan de los quehaceres domésticos, de la educación y crianza de los hijos, mientras que los hombres en su mayoría se encuentran trabajando la mayor parte del día; estos resultados explica que la idiosincrasia de la comunidad obliga a las mujeres a no desarrollarse más allá de las actividades domésticas.

Hay un acuerdo general en clasificar los distintos periodos de la vida en cuatro grandes bloques: infancia, juventud, madurez y vejez. La delimitación de cada uno de ellos es algo discutible, dependiendo de las costumbres de cada pueblo. La edad es un dato y como tal proporciona mucha información. Tanto es así que muchos estudios y análisis de la sociedad se realizan tomando como referencia la edad (47).

El adulto maduro o medio se encuentra aproximadamente dentro de los 30 a 60 años de edad. Durante esta etapa, la persona vive plenamente los roles sociales como lo es el trabajo profesional y la formación de una familia junto a la pareja. En esta etapa se alcanza la productividad y se consigue la autorrealización (48).

Al analizar la variable edad en la persona adulta del caserío Potrerillo, encontramos que en su mayoría son adultos maduros, resultado que indica que es la edad más predominante en esta comunidad, quienes son la población laboralmente activa, realizando trabajos en su mayoría independientes con el fin de mantener una mejor calidad de vida.

Resulta claro que la educación es un eje clave para el desarrollo. Su importancia radica en las consecuencias individuales y sociales que esta genera en el país; en tal sentido, se ha establecido que la educación primaria debe ser garantizada para el cien porcientos de los niños. Del mismo modo, no se debería soslayar el papel que cumple la educación secundaria ya que dicha etapa resulta indiscutible para que los niños y adolescentes logren adquirir un conjunto de capacidades para afrontar los desafíos en la sociedad. Al incrementarse los niveles educativos de la población, factores claves para el desarrollo (productividad, reducción de la pobreza, movilidad social) tienden a presentar mejoras (49).

En relación al grado de instrucción de la persona adulta del caserío Potrerillo se encontró que la mayoría tienen secundaria completa/incompleta, esto puede deberse a que la cultura de los pobladores no permite mejorar este aspecto, debido a que los padres no cuentan con los medios económicos para la educación de sus hijos, priorizando otras situaciones como la alimentación y sobrevivencia de su familia.

Por otro lado quienes tienen la posibilidad de seguir estudios superiores, que es la minoría de la población, lo han hecho gracias al esfuerzo de sus padres, privándose de otro tipo de comodidades. Esta realidad puede condicionar a tener menor probabilidad de obtener a una mejor posición social que le permita acceder con equidad a los servicios de salud, reflejando el impacto de la educación ya que constituye uno de los mecanismos para la superación de la pobreza.

En el ámbito de la economía, el concepto de ingresos es sin duda uno de los elementos más esenciales y relevantes con los que se puede trabajar. Como se puede ver entonces, el término ingresos se relaciona tanto con diversos aspectos económicos pero también sociales ya que la existencia o no de los mismos puede determinar el tipo de calidad de vida de una familia o individuo, así como también las capacidades productivas de una empresa o entidad económica (50).

En relación al ingreso económico de la persona adulta del caserío Potrerillo, la mayoría tiene un ingreso familiar menor de 750 soles mensuales, lo cual resulta para muchos insuficiente para cubrir sus necesidades básicas, dada la carga familiar que tienen. Sin embargo la población en estudio ha demostrado que a pesar de esta limitación por el ingreso mensual que estos reciben de sus trabajos han logrado administrar la economía del hogar y dividir los gastos.

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 y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la posición en el trabajo (51).

Los trabajadores eventuales se refieren a una amplia categoría de trabajadores cuya relación de negocios con la organización para los que

realizan el trabajo opera sobre una base de tiempo restringido basado en una contingencia como una gran carga de trabajo o proyectos especiales (52).

Al analizar la variable ocupación de la persona adulta del caserío Potrerillo, la mayoría tiene trabajo eventual, esto se debe principalmente a que generan sus ingresos independientemente en labores de agricultura sobre todo en cosecha de productos de temporada; y trabajos de ganadería. Estos resultados muestran que la manera de vivir está enmarcada por la idiosincrasia que puede repercutir en el desarrollo y en la calidad de vida de la persona, mostrando conformismo y falta de aspiraciones en mejoras de su desarrollo familiar.

En la tabla N° 02: Sobre los determinantes de la salud relacionados con la vivienda podemos observar que en los adultos del caserío Potrerillo, el 66,55% de ellos tienen una vivienda unifamiliar, el 96,40% de las personas adultas tienen una vivienda propia, el 97,84% de las viviendas tienen piso de tierra, además el 98,20% de las viviendas tienen techo de plancha de calamina o eternit, así también el 63,67% de las viviendas tienen sus paredes de adobe.

En cuanto al número de personas que duermen en una habitación el 82,01% la utilizan de 2 a 3 miembros, además el 100% se abastece de agua mediante red pública. Respecto a la eliminación de excretas se observa que el 100% utiliza las letrinas. En cuanto al combustible que se utiliza para cocinar los alimentos el 90,65% utiliza leña/ carbón; el 100% cuenta con energía eléctrica permanente. Así mismo se observa que el 93,53% entierra o quema su basura, que el 100% afirma que nunca pasan recogiendo la basura y que el 97,48% elimina su basura en montículos o campo libre.

Los resultados coinciden a los obtenidos por Torre L. (53), en su estudio Determinantes de salud de los adultos del caserío de Churap-Monterrey-Huaraz, 2013. Cuya muestra estuvo conformada por 135 adultos,

obteniendo como resultado que el 58% cuentan con vivienda unifamiliar, el 49% tienen vivienda propia, el 55% de las viviendas cuentan con piso de tierra, el 51% de las viviendas tienen techo de eternit/ calamina, el 93% de las viviendas cuentan con paredes de adobe, el 73% de las personas duermen de 2 a 3 miembros por habitación.

Los resultados obtenidos en el presente estudio son similares a los encontrados por Quiñonez L. (54), en su estudio Proyecto educativo sobre vivienda saludable dirigido a las familias de la comunidad Las Peñas – Portoviejo – Provincia de Manabí – Ecuador, 2010. Con una muestra de 73 familias, donde se concluyó que el 44% de las familias encuestadas han construido su vivienda con caña, el 85% de las familias encuestadas se encuentran de uno a dos personas por cama, el 55% cuentan con dos dormitorios en sus viviendas, el 53% de las familias tienen en sus viviendas una disposición final de excretas con letrinas, el 75% de las familias se abastecen de agua entubada, El 84% de las familias encuestadas queman la basura. Pero este estudio difiere en referencia al combustible utilizado para cocinar, del cual el 79% de las familias utilizan gas como combustible en sus viviendas.

Los resultados tienen similitud con los encontrados por Diestra B. (55), en su estudio Determinantes de salud de los adultos de la comunidad de Shilla sector “B” UnionCarhuaz, 2013. Donde la muestra estuvo conformada por 158 adultos, con respecto a los determinantes de la salud en relación con el entorno físico, llegando a las conclusiones que el 98,1% conforman una vivienda unifamiliar, el 98,8% tienen vivienda propia, el 93,7% de las viviendas tienen piso de tierra, el 55,1% de las viviendas tienen techo de eternit, el 94,3% de las viviendas tienen paredes de adobe, el 51,9% de las viviendas cuentan con letrinas, el 94,3% de las personas quema la basura.

Los resultados difieren a lo investigado por Ruiz A. (56), en su estudio Nivel de conocimiento sobre vivienda saludable en madres de niños

menores de 5 años del sector 5 de San Luis – Amarilis - Huánuco, 2014. Donde la muestra estuvo conformada por 80 madres, de las cuales el 53% son adultas jóvenes, el 41% de ellas viven en casa de un familiar, el 88% afirmaron abastecerse de agua potable por caño, el 51% guardar el agua en baldes, el 83% eliminar los residuos a través del servicio de recolección municipal.

Según la Organización Panamericana de la Salud, la vivienda saludable alude a un espacio de residencia que promueve la salud de sus moradores. Este espacio incluye: la casa (el refugio físico donde reside un individuo), el hogar (el grupo de individuos que vive bajo un mismo techo), el entorno (el ambiente físico y psicosocial inmediatamente exterior a la casa) y la comunidad (el grupo de individuos identificados como vecinos por los residentes). Una vivienda saludable carece o presenta factores de riesgo controlados y prevenibles e incluye agentes promotores de la salud y el bienestar (57).

Una vivienda familiar es aquella en la que el edificio habitable está ocupado por una única familia. El concepto de vivienda unifamiliar se emplea arquitectónicamente en oposición a la idea de vivienda colectiva o vivienda multifamiliar. Las viviendas unifamiliares están concebidas para que se puedan adaptar a las necesidades de cada familia. De esta manera, una familia puede decidir cómo quiere que se construya su hogar en función de sus gustos y sus necesidades (58).

En el presente estudio al analizar la variable tipo de vivienda, se encontró que más de la mitad cuenta con vivienda unifamiliar, puesto que en su mayoría son familias jóvenes; también puede deberse porque el caserío Potrerillo en sus inicios fue descampado, hecho que fue aprovechado por los pobladores para invadir y mediante transcurrió el tiempo pudieron obtener estabilidad de la propiedad.

Una vivienda es aquel espacio físico, generalmente un edificio, cuya principal razón de ser será la de ofrecer refugio y descanso, gracias a las habitaciones que ostenta en su interior, a las personas y todo lo que ellas traerán consigo como ser sus enseres y propiedades personales (59).

El término habitación es muy usado en nuestro idioma para denominar a cualquiera de los cuartos que integran una casa o un departamento y también se usa para denominar al dormitorio, es decir, muchos la usan para designar el cuarto de la casa en el cual duermen y se encuentra la cama (60).

Una vivienda adecuada es aquella que cuenta con los servicios necesarios, la comodidad de su calidez, los espacios necesarios para la privacidad y evitar el hacinamiento; una casa que sea el refugio de una familia. En Hábitat para la Humanidad - México entendemos la importancia de un piso firme, como el cimiento básico de una buena salud física y mental. Sabemos también que contar con espacios para cada actividad hace una diferencia fundamental, pues la privacidad reduce en gran medida el estrés y los conflictos. Por eso preferimos hablar de una vivienda adecuada, hecha con materiales fuertes y originarios de cada comunidad; una vivienda propia y segura capaz de restaurar el bienestar y los valores más elementales de una familia (61).

En la investigación efectuada a la persona adulta del caserío Potrerillo se encontró que la mayoría tienen vivienda propia; el material del piso de las viviendas mayormente es de tierra, el material del techo de las viviendas son de calamina o eternit, las paredes de adobe; y de 2 a 3 miembros duermen en una habitación. Probablemente estos resultados signifiquen un enfoque de riesgo para la población, ello puede deberse al hecho de que muchas familias no cuenten con los recursos económicos deseados para edificar y sostener una vivienda segura y más cómoda, y la falta o poco conocimiento del significado e importancia de una vivienda saludable, para poder prevenir las enfermedades infectocontagiosas como enfermedades respiratorias, infecciones de la piel, parasitosis, por mencionar algunas; lo cual puede ser

un determinante de la calidad de vida precaria entre los miembros de la vivienda; también puede estar asociado a factores culturales o sociales.

La ausencia de agua potable puede provocar importantes problemas de salud a las personas que la consuman directamente de perforaciones o de arroyos que por supuesto no han sido debidamente potabilizados. Algunos de los inconvenientes más corrientes para la salud cuando se consume agua sin potabilizar son la diarrea y el cólera, que en niños pequeños hasta puede desencadenar la muerte (62).

El agua potable nos permite consumirla sin condicionamientos de ningún tipo porque está garantizado que por su condición no presentará efectos negativos en nuestro organismo. Cuando el agua no se trata puede ser portadora de virus, de bacterias, de sustancias tóxicas, radiactivas, entre otros, muy perjudiciales para la salud de los seres vivos (62).

Al analizar la variable abastecimiento de agua en la persona adulta del caserío Potrerillo, se encontró que la mayoría cuenta con abastecimiento de agua proveniente de red pública, pero aún existe una parte de la población que se abastece de agua proveniente de acequia, esto puede representar un foco de infecciones gastrointestinales entre la población, debido a la falta de agua potable para el consumo y uso diario, viéndose más afectados los niños y personas adultos mayores cuyo sistema inmunológico es vulnerable a problemas de salud.

La disponibilidad de letrinas adecuadas y el lavado de las manos, preferiblemente con jabón, evitan la transmisión de bacterias, virus y parásitos presentes en las excretas humanas, que de lo contrario pueden contaminar los recursos hídricos, el suelo y los alimentos. Esta contaminación es una importante causa de enfermedades diarreicas (segunda causa de muerte en los niños de los países en desarrollo), entre

ellas el cólera, y también produce otras enfermedades importantes, como la esquistosomiasis o el tracoma (63).

La mejora del acceso al saneamiento es fundamental para reducir el impacto de estas enfermedades y ayuda a crear entornos físicos que mejoran la seguridad, la dignidad y la autoestima. Los problemas de seguridad son especialmente importantes para las mujeres y los niños, que corren el riesgo de sufrir acosos y abusos sexuales mientras defecan por la noche o en lugares apartados (63).

En relación a la variable eliminación de excretas en la persona adulta del caserío Potrerillo, en su totalidad las viviendas cuentan con letrina. Esto debido al no contar con conexión de alcantarillado, puede deberse a que es una zona rural marginal y la falta de sensibilización de las autoridades ediles en la importancia de realizar obras de alcantarillado, sin embargo las personas en estudio mostraron interés en mantener un buen estado de saneamiento en sus viviendas, y mantener una vivienda saludable.

Los combustibles y tecnologías ineficientes para cocinar producen elevados niveles de contaminación del aire de interiores dado que liberan elementos nocivos para la salud, tales como pequeñas partículas de hollín que penetran profundamente en los pulmones. En viviendas mal ventiladas el humo puede producir concentraciones de partículas finas 100 veces superiores a las aceptables. La exposición afecta particularmente a las mujeres y los niños, que pasan la mayor parte del tiempo cerca del hogar (64).

Según la OMS en general, las pequeñas partículas y otros contaminantes del humo de interiores inflaman las vías respiratorias y los pulmones, dificultan la respuesta inmunitaria y reducen la capacidad de oxigenación de la sangre. Además, se ha demostrado la relación entre la contaminación del aire de interiores y el bajo peso ponderal, la tuberculosis, las cataratas y los cánceres nasofaríngeos y laríngeos (64).

Analizando las variables de la persona adulta del caserío Potrerillo, encontramos que en su mayoría utilizan leña/ carbón como combustible para cocinar, esto debido a la falta de recursos económicos para adquirir combustible más saludable o también puede deberse a costumbre que vienen de generaciones anteriores, ignorando el peligro al que se encuentran expuestos; dicha práctica pone en riesgo la salud de las personas, puesto que el inhalar el humo que emana estos combustibles sólidos, provoca enfermedades mayormente respiratorias.

Los residuos sólidos implican la basura, los desechos, que generamos las personas en nuestras casas, empleos, es decir, en espacios residenciales, comerciales o institucionales, los que se generan en el espacio público como consecuencia del barrido y otras acciones de limpieza, y que se hallan en estado sólido (65).

Analizando las siguientes variables en las personas adultas del caserío Potrerillo; en relación con la disposición de la basura casi todos la entierran o la queman, todos manifestaron que nunca pasan recogiendo la basura por sus casas, y suelen eliminarla en su mayoría en montículo o campo limpio. Estos resultados muestran que existe riesgo de contraer infecciones y enfermedades a causa de insectos y roedores al no seleccionar los residuos sólidos de los orgánicos; por falta de limpieza pública por parte de las autoridades ediles. Sin olvidar que el humo que emana la quema de la basura, puede causar enfermedades pulmonares irreversibles.

En la tabla N° 03: Sobre los determinantes de los estilos de vida podemos observar que en los adultos del caserío Potrerillo – Valle Chipillico - Sullana, 2017. El 80,22% de las personas adultas no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, el 71,94% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente; así como el 70,14% de las personas adultas duerme de 6 a 8 horas diarias, el 91,73% se baña diariamente. Con respecto al realizarse algún examen médico en un establecimiento de salud el 74,46% no se ha

realizado ningún examen médico. El 84,89% no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre, el 74,10% en las 2 últimas semanas no ha realizado ninguna actividad física por más de 20 minutos.

Respecto a la dieta alimenticia de los adultos del caserío Potrerillo – Las Lomas - Sullana, 2017. Se destacan que diariamente el 64,75% consume frutas, el 82,01% consume fideos/ arroz, el 25,18% consume legumbres, el 49,28% consume productos lácteos, 7,55% consume refrescos con azúcar y el 8,99% consume frituras. Mientras que de 3 o más veces por semana el 45,32% consume verduras y hortalizas. Así también que de 1 o 2 veces por semana el 69,06% consume carne, el 45,68% consume huevos. También que menos de una vez por semana el 85,25% consumen pescado. Nunca o casi nunca el 92,09% consumen pan/ cereales, el 58,99% consumen embutidos/ enlatados y el 76,98% consumen dulces y gaseosas.

Los resultados de esta investigación se asemejan a los encontrados por Jaramillo N. (66) en su estudio Determinantes de salud de los adultos del caserío de Pampamaca sector “E” Carhuaz, 2014. Cuya muestra estuvo conformada por 150 adultos. Entre los resultados destacan que el 87% de los adultos no fuma, el 60% no consume bebidas alcohólicas, el 99% de las personas adultas duermen entre 6 a 8 horas diarias, el 100% no se realiza examen médico periódico.

Los resultados son parecidos a los encontrados por Rodríguez S. (67) en su investigación Determinantes de salud de los adultos del centro poblado de Curhuaz - Sector Caururo – Independencia – Huaraz, 2014. Donde su muestra estuvo conformada por 110 adultos. Llegando a la conclusión que diariamente el 85,5% consumen fideos y arroz, el 98,2% consumen verduras y hortalizas; de una a dos veces por semana el 37,3% consumen carnes.

También tienen similitud con el estudio de Ruiz A. (68), en su estudio Evaluación y valoración de los hábitos y estilos de vida determinantes de la

salud, y del estado nutricional en los adolescentes de Ceuta – España, 2015. Con una muestra de 507 adolescentes; donde el 13,56% no realiza actividad física y el 31,58% realiza de 1 a 2 horas a la semana alguna actividad física.

Los resultados difieren a los encontrados por Lázaro C. (69), en su estudio Hábitos de consumo de alcohol y su relación con la condición física saludable en adolescentes de la región Murcia - España, mayo 2011. Su investigación tuvo como muestra a 533 alumnos, de los cuales 272 son hombres y 261 mujeres. Los resultados revelan que el 47,7% de los sujetos de la muestra realizan prácticas físico-deportivas, mientras que el 52,3% no realizan prácticas físico-deportivas, esto está relacionado con el sexo masculino; con relación al consumo de alcohol se asemeja a la presente investigación, en dichos datos se observa que el 24,4% si consume alcohol y el 75,6% no es consumidos de bebidas alcohólicas.

Los resultados tienen algo de similitud con los encontrados por Álvarez G, Andaluz J. (70), con su estudio Estilos de vida saludable en los estudiantes internos de enfermería de la Universidad de Guayaquil 2014 – 2015. Cuya muestras estuvo conformada por 80 estudiantes 100% de los estudiantes de internado, en lo que respecta la alimentación saludable, se observó que el 50% casi siempre consumen comida chatarra, el 60% realiza ejercicio como la caminata y 40% no ejecuta ningún tipo de ejercicio vigoroso, identificándose que a veces el 40% de los estudiantes a pesar de dormir bien no se encuentra descanso, el 80% siendo índice de riesgo a veces tienden.

Estilo de vida saludable según Dellert S. Elliot (1993) tiene en cuenta tanto aquellos comportamientos que implican un riesgo para la salud como aquellos otros que la protegen. Según este autor, el estilo de vida saludable se entiende cada vez más como un patrón de comportamientos relacionado con la salud que se llevan a cabo de un modo relativamente estable (71).

El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Los consumidores de tabaco que mueren prematuramente privan a sus familias de ingresos, aumentan el costo de la atención sanitaria y dificultan el desarrollo económico. En los adultos, el humo ajeno causa graves trastornos cardiovasculares y respiratorios, en particular coronariopatías y cáncer de pulmón, entre los lactantes causa muerte súbita, en las mujeres embarazadas ocasiona bajo peso ponderal del recién nacido. Casi la mitad de los niños respiran normalmente aire contaminado por humo de tabaco en lugares públicos (72).

El consumo de bebidas alcohólicas en las reuniones sociales es frecuente en muchos lugares del mundo, pero puede tener consecuencias sanitarias y sociales negativas relacionadas con sus propiedades tóxicas y la dependencia que puede producir. Además de las enfermedades crónicas que pueden contraer quienes beben grandes cantidades de alcohol a lo largo de varios años, el consumo de alcohol también se asocia a un aumento del riesgo de padecer afecciones agudas, tales como las lesiones, y en particular las provocadas por accidentes de tránsito (73).

Los datos encontrados en la presente investigación de la persona adulta del caserío Potrerillo, relacionado a los determinantes de los estilos de vida, se encontró que en su mayoría no fuman ni han fumado habitualmente y que el consumo de bebidas alcohólicas en su mayoría es ocasional, pero existe una cantidad de personas que sí realizan estos hábitos. Resultados que muestran que estas costumbres pueden estar relacionados con las prácticas culturales y sociales propias de la comunidad, como fiestas patronales, eventos culturales y religiosos, en donde el consumo de bebidas alcohólicas aumenta y los adultos son vulnerables al consumo de tabaco que pueden conllevar a riesgos en la salud no solo de ellos, sino de las personas que están expuestas al humo que emana el tabaco.

Todos necesitamos dormir lo suficiente para que nuestra mente y nuestro organismo se mantengan sanos. Pero cuando hablamos de dormir lo suficiente, no nos referimos solo al cómputo total de horas, también es importante acostarse siempre a la misma hora y que cuando nos despertemos, no sigamos cansados. Dormir bien y descansar por la noche es importante porque ayuda a que enfermamos con menos frecuencia, a mantenernos en nuestro peso saludable y a pensar con más claridad en nuestro trabajo. Para tomar las decisiones oportunas en cada momento, reducir el riesgo de presión arterial alta o para llevarnos mejor con los demás (74).

Al analizar las siguientes variables de la persona adulta del caserío Potrerillo, se encontró que más de la mitad de las personas duermen de 6 a 8 horas diarias, esto debido a las actividades diarias que realizan como trabajos laborales en los hombres y trabajos domésticos en el caso de las mujeres, les demandan menos tiempo de sueño; también se puede dar porque están acostumbrados a hacerlo debido a la manera que han sido criados.

Está comprobado que a través del baño removemos no solo la suciedad, sino también la transpiración y el componente graso exudado, propio de la piel, que se acumula tapando los poros y dificultando en gran medida la liberación de toxinas. Del mismo modo, es a través del baño que removemos la gran cantidad de bacterias a la que estamos expuestos en lo cotidiano y que quedan adheridas a nuestra piel (75).

Si incluimos en el concepto de salud mental, debemos decir que el baño es el momento predilecto para la liberación y reducción de estrés, la relajación, y la meditación. A su vez, este hábito es uno de los principales medios de descarga de tensión, por lo que es especialmente efectivo ante dolores de cabeza y contracturas. Ya sea por salud o por placer, bañarse es una de las costumbres más importantes que nos trasmite la sociedad, y es sumamente

necesario que dediquemos un momento del día a nuestra higiene personal (75).

En relación a la frecuencia que se bañan los adultos del caserío Potrerillo, la mayoría lo hace diariamente, estos resultados están relacionados porque la mayoría son adultos maduros quienes realizan trabajo que demandan actividad física generando sudor; también puede darse porque el caserío Potrerillo es una zona rural que cuenta con un clima cálido, propicio para una rutina diaria de baño. Sin embargo existe una porcentaje menor de personas que no realizan este hábito importante para mantener la salud física y mental, puesto que no solo nos ayuda a no contraer enfermedades sino también a mantener un buen estado anímico.

Existen muchas enfermedades silenciosas que sólo manifiestan molestias en etapas avanzadas, razón suficiente para realizar un chequeo médico preventivo una vez al año. La idea es realizar evaluaciones periódicas de salud con el objetivo de detectar enfermedades en etapa inicial o factores de riesgo, como sedentarismo, tabaquismo y alimentación inadecuada. "El diagnóstico precoz de patologías y la promoción de estilos de vida saludables permiten disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades frecuentes" (76).

Analizando las variables con respecto a la realización de examen médico periódico en algún establecimiento de salud, más de la mitad manifestó que no lo realiza. Estos resultados se deben a que no presentan ningún problema de salud evidenciado por signos o síntomas, olvidando la importancia de los chequeos periódicos para la detección temprana de enfermedades; también puede darse debido a la falta de economía para el acceso a un examen preventivo; por otro lado esto se da por la lejanía o también por creencia y costumbres propias de cada persona.

Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual. Por lo tanto, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea. Un nivel adecuado de actividad física regular en los adultos reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas; mejora la salud ósea y funcional, y es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso. Los niveles de actividad física recomendados por sus efectos beneficiosos en la salud y como prevención de enfermedades no transmisibles (77).

También encontramos en las variables actividad física de la persona adulta del caserío Potrerillo, que más de la mitad no realiza alguna actividad física en su tiempo libre, y no han realizado actividad física en las últimas dos semanas durante 20 minutos. Estos resultados pueden deberse a más de una razón, podría darse por la falta de tiempo, poco interés, desmotivación o falta de conocimientos sobre la importancia de incluir actividades físicas en la vida cotidiana. La carencia de actividad física puede conllevar a una pérdida gradual de su integridad funcional y estructural, con lo que se pueden ir acumulando daños degenerativos que se evidencian como enfermedades crónicas a futuro.

Las conductas sedentarias pueden favorecer el hábito del tabaco, la inadecuada ingesta alimentaria, lo que conlleva a problemas de obesidad y sus consecuentes trastornos como la hipertensión, dislipidemia, diabetes, entre otras; enfermedades presentes en la población en estudio.

Llevar una dieta sana a lo largo de la vida ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como distintas enfermedades no transmisibles y diferentes afecciones. Sin embargo, el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los hábitos alimentarios. Ahora se

consumen más alimentos hipercalóricos, más grasas saturadas, más grasas de tipo trans, más azúcares libres y más sal o sodio; además, hay muchas personas que no comen suficientes frutas, verduras y fibra dietética, como por ejemplo cereales integrales (78).

La composición exacta de una alimentación saludable, equilibrada y variada depende de las necesidades de cada persona (por ejemplo, de su edad, sexo, hábitos de vida, ejercicio físico), el contexto cultural, los alimentos disponibles localmente y los hábitos alimentarios. No obstante, los principios básicos de la alimentación saludable son siempre los mismos (78).

En relación a los alimentos que consumen las personas adultas del caserío Potrerillo, se evidencia que la mayoría de la población consume alimentos con alto contenido de carbohidratos, así como también que una parte de la población en estudio consume bebidas con azúcar y frituras diariamente. Resultado que nos estaría indicando que hábito de consumir alimentos ricos en energía y pobres en nutrientes puede ser consecuencia de la falta de medios económicos que no permite obtener alimentos más saludables. También por factores culturales, sociales como la influencia de la publicidad, por falta de tiempo o porque les resulta más práctico, lo que se traducen en una alta ingesta de carbohidratos, grasas totales y saturadas, que en conjunto con el sedentarismo, pueden favorecer el exceso de peso y las enfermedades crónicas.

En la tabla N°04: Según los determinantes de las redes sociales y comunitarias, podemos observar que en los adultos del caserío Potrerillo, el 94,17% se ha atendido en los 12 últimos meses en un puesto de salud, así también se observa que el 36,33% consideran que la distancia del lugar donde lo atendieron es regular de su casa, el 91,01% está asegurado en el SIS-MINSA, el 28,06% esperó regular tiempo para que lo atendieran en la institución de salud y el 23,38% considera regular la calidad de atención

que recibió. El 100% refiere que no existe delincuencia y pandillaje en la zona.

Estos resultados se asemejan a los encontrados por Morales C. (79), en su estudio Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrato Risaralda, febrero – abril 2009. Su estudio tuvo como muestra a 20 pacientes, donde se concluyó que en relación al nivel de satisfacción frente a la atención de enfermería el 60% muestran un nivel de satisfacción medio, el 55% tiene satisfacción media según a la accesibilidad.

También tienen similitud con los resultados encontrados por Mongui E. (80), en su estudio Percepción de la calidad de la atención médica en población con discapacidad físico-motora que acude a la fundación A.P.R.I.L.P. – Argentina 2015. Estudio que tuvo como muestra a 110 personas con discapacidad motora, donde los resultados más significativos son que con respecto a la percepción de la distancia para acceder a la atención médica en su mayoría con el 39,1% de los adultos tienen una percepción muy lejos, en relación con percepción del tiempo para acceder a la atención médica el 43,6% lo considera largo; en cuanto a la percepción del costo para acceder a la atención médica 78,2 % de la población con discapacidad físico motora manifiesta que no hizo ningún pago para acceder su atención médica, mientras que del 21,8% que hicieron algún pago, el 15,5% manifiesta que fue económico.

Los resultados difieren a los encontrados por Rodríguez L. (81), en su estudio Reintegración social de los jóvenes provenientes de pandillas “latín King” Solanda – Quito 2012. La muestra estuvo conformada por 100 jóvenes de entre 15 y 18 años, escogidos aleatoriamente de dos colegios del sector de Solanda al sur de la ciudad. Donde dio como resultado que el 29% de los jóvenes encuestados mencionan que entre los últimos 6 meses han

escuchado de entre 2 y 6 hechos suscitados por pandillas, un 28% hace mención a más de 6 veces, un 24% responde que tan solo una vez, y un 19% menciona que no ha escuchado de casos de pandillas en los últimos seis meses. El 53% de encuestados está de acuerdo en que son jóvenes los que se involucran principalmente con este tipo de personas, el 40% mencionan que todo tipo de personas entran a estos grupos, solamente un 4% y un 3% hacen referencia a gente pobre y de clase media respectivamente.

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (82).

Primer nivel de atención es la puerta de entrada de la población al sistema de salud, en donde se desarrollan principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad (83).

El sistema de salud en el Perú se compone de EsSalud (población asalariada), Minsa, Gobiernos Regionales y Locales, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales así como el sector privado. El sistema de salud segmentado y desarticulado con múltiples actores, tanto en la prestación de servicios como en el aseguramiento público, que ejecutan distintas funciones no necesariamente complementarias y con grandes grados de superposición. El Seguro Integral de Salud (SIS) es un subsidio público, que facilita el acceso gratuito a la atención básica para la población pobre y extremadamente pobre (84).

En la investigación realizada, la persona adulta del caserío Potrerillo tiene acceso a los servicios de salud, ya que en la zona existe un Puesto de Salud, donde acudieron a atenderse durante los últimos 12 meses más de la mitad de la población en estudio, teniendo en cuenta que en salud es el primer nivel de atención el más accesibles, es por ello que menos de la mitad considera que la distancia del lugar donde lo atendieron es regular; debido a que existen personas que tienen enfermedades complejas y el puesto de salud no cuenta con especialidades, estos moradores se ven obligados a acudir a Hospitales en la ciudad de Piura. En su mayoría de los adultos cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS).

Tener disponibilidad inmediata de los servicios de salud cuando enfermamos, poder acceder a tratamientos médicos y ser atendidos de urgencia, son los pilares básicos de nuestro sistema de salud en nuestro país pero sin embargo en muchas zonas rurales, estos pilares se tambalean incluso desaparecen. Carecer de la seguridad que proporciona tener una atención sanitaria a nuestro alcance, es uno de los factores con más peso en la despoblación de nuestros pueblos y como consecuencia la falta de desarrollo de las zonas rurales (85).

Analizando las siguientes variables de la persona adulta del caserío Potrerillo, dio como resultado que el tiempo de espera para poder ser atendidos en un establecimiento de salud menos de la mitad considera que es regular, considerando que el puesto de salud carece de personal para poder dar una atención más integral y oportuna; y en relación a la calidad de atención menos de la mitad manifestó que fue regular, esto puede ser por los tiempos de espera, deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico o el trato del personal. Este hallazgo se debe probablemente a una menor calidad de atención que puede repercutir en peores consecuencias de los problemas en la salud y bienestar, así como un menor acceso a los servicios de salud de la población, por ello la importancia de brindar una atención que cumpla con todos los estándares de calidad.

La familia es el primer medio de control social. Es allí donde el niño aprende a socializar positivamente. Un fracaso en esa etapa lleva a los problemas sociales que hoy vemos a diario, como el uso de la violencia para resolver conflictos o la inexistencia de valores como la responsabilidad, la solidaridad o el respeto de límites (86).

También se puede observar que en su totalidad las personas adultas del caserío Potrerillo refieren que no existe delincuencia en la zona, esto puede deberse a la educación implantada en las familias y también a que es una comunidad pequeña alejada de la ciudad de Piura donde probablemente se encuentren malas influencias para la comunidad.

En la tabla N° 05: Según los determinantes de las redes sociales y comunitarias, podemos observar que en los adultos del caserío Potrerillo, 2017. El 91,73% no recibe apoyo social natural y el 100% no ha recibido apoyo social organizado.

Los resultados se asemejan a los encontrados por Correa M. (87), en su estudio Determinantes de la salud en la persona adulta del Caserío de Samán - Marcavelica - Sullana, 2013, cuya muestra estuvo conformada por 274 personas adultas. En los datos más relevantes se destacan que El 84,67% no recibió apoyo social natural, el 98,54% no ha recibido apoyo social organizado.

Los resultados son casi parecidos a los de Villalobos E. (88), en su tesis Apoyo social en los adultos mayores de un centro de salud de José Leonardo Ortiz – Chiclayo, 2014. La muestra estuvo conformada por 100 adultos, en los resultados obtenidos se puede observar que existe un nivel bajo de apoyo social (49), lo que indica que los adultos mayores reciben menor afecto, cariño, seguridad lo cual, no le permite tener las estrategias adecuadas para hacer frente a situaciones estresantes. En relación con los

niveles de las dimensiones del apoyo social en los adultos mayores, se puede observar que la dimensión que más destaca es el apoyo instrumental, el cual se ubica en un nivel medio (13); lo cual indica que reciben más ayuda material directa o servicios por parte de la red donde se encuentran a diferencia del apoyo emocional, interacción social positiva y apoyo afectivo que se ubican en un nivel bajo.

Se entiende al apoyo social como aquellas "transacciones" interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación. Con frecuencia, las redes sociales surgen por la participación de organizaciones, diferentes entidades, centros e iglesias y, por supuesto, mediante vínculos familiares e informales, como amigos, vecinos y compañeros de trabajo. El apoyo social se da mediante las redes sociales, que a su vez se definen como la serie de relaciones personales a través de los cuales la persona mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información (89).

En la investigación realizada a la persona adulta del caserío Potrerillo sobre determinantes de redes sociales y comunitarias se encontró que la mayoría refiere que no recibe apoyo social natural, y en su totalidad las personas adultas no reciben apoyo social organizado. Resultado que estaría indicando que el apoyo social en la población no se da de manera frecuente probablemente por factores sociales. El apoyo natural ya sea de familias, amigos o proveniente del trabajo, puede asociarse a mejores estados de salud porque ayudarían a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que a mantener un sentido de dominio y control sobre las circunstancias de la vida, sobre todo en los adultos mayores que necesitan sentir mayor atención.

En la tabla N° 06: En los determinantes de las redes sociales según la organización de quien recibió apoyo, podemos observar que en los adultos del caserío Potrerillo, tenemos que el 93,53% no recibe apoyo por parte del programa Pensión 65, así también el 87,05% no recibe apoyo por parte del

comedor popular, el 92,81% no recibe apoyo del programa vaso de leche y el 100% no recibe ningún apoyo por parte de otras instituciones o programas del estado.

Los resultados difieren a los encontrados por Bernardo J. (90), en su estudio Programa Juntos: efecto en la sostenibilidad social en las beneficiarias del distrito de San José de Quero 2010-2011. Donde la muestra estuvo conformada por 3 funcionarios y 30 beneficiarias del programa, cuyos resultados fueron que para el 80 % de las beneficiarias si se han ido integrando a la comunidad, mientras para el 20 % no hubo integración; el 83 % de las encuestadas afirman vivir en situación de pobreza, mientras el 17 % menciona que no se considera pobre.

El Programa de Complementación Alimentaria o comedores populares en Perú, es un programa que brinda asistencia alimentaria a niños, madres gestantes, madres lactantes y/o familias en condiciones de pobreza y pobreza extrema. Contribuir a elevar el nivel alimentario y nutricional de la población pobre y extremo pobre, mediante un complemento alimentario otorgado a través de comedores populares organizados por grupos de mujeres, instituciones y otras organizaciones (91).

Pensión 65 surge como una respuesta del estado ante la necesidad de brindar protección a un sector especialmente vulnerable de la población, y les entrega una subvención económica de 250 soles bimestrales por persona y con este beneficio contribuye a que ellos y ellas tengan la seguridad de que sus necesidades básicas serán atendidas, que sean revalorados por su familia y su comunidad, y contribuye también a dinamizar pequeños mercados y ferias locales (92).

En la investigación realizada a la persona adulta del caserío Potrerillo, en relación a los determinantes de las redes sociales según la organización de quien recibió apoyo, se encontró que la mayoría refiere no recibir apoyo del

programa Pensión 65, del comedor popular, del programa vaso de leche, ni de otra institución. Esto puede deberse a que la población no tiene conocimientos o motivación en la participación sobre estos programas del gobierno, en relación al comedor popular puede darse porque prefieren cocinar sus alimentos en casa. Estos resultados muestran claramente la ineficiencia de los programas de gobierno en cuanto al seguimiento y cumplimiento de las políticas de cada programa, puesto que su finalidad es brindar apoyo integral a las personas de bajos recursos, mostrando abandono y desinterés en los moradores de esta comunidad.

V. CONCLUSIONES

5.1. Conclusiones

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

- En los Determinantes del entorno biosocioeconómicos encontramos que la mayoría son de sexo femenino, adultos maduros, con ingreso económico menor de 750 soles mensuales, tienen trabajo eventual y más de la mitad tienen grado de instrucción secundaria completa/ incompleta. En el entorno físico tenemos que la mayoría tienen vivienda tipo unifamiliar, casi todos con tenencia propia, tienen techo de calamina, piso de tierra y paredes de adobe. Todos utilizan red pública, letrinas para eliminar sus excretas, nunca pasan recogiendo la basura, y la mayoría suelen eliminarla a campo limpio, tienen energía eléctrica permanente, más de la mitad el número de personas que duermen en una habitación es de 2 a 3 miembros; y utilizan carbón para cocinar.
- En los determinantes de estilos de vida, casi todos no fuman ni han fumado habitualmente, consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, duermen de 6 a 8 horas diarias, se bañan diariamente. Más de la mitad no se han realizado exámenes médicos periódicos, no han realizado actividad física en las dos últimas semanas, no realiza actividad física en su tiempo libre. En cuanto a su dieta alimenticia la mayoría consume diariamente fideos, arroz, fruta; más de la mitad consumen frituras, verduras y hortalizas 3 o más veces a la semana; en su mayoría consumen carne, huevos, refrescos con azúcar 1 o 2 veces por semana; pan, pescado, embutidos, enlatados menos de una vez a la semana.
- Con respecto a los determinantes de apoyo comunitario más de la mitad se atendieron en puesto de salud en los 12 últimos meses, menos de la

mitad consideran que el lugar donde lo atendieron es muy lejos en cuanto a la distancia, la mayoría cuentan con seguro integral de salud, el tiempo de espera en la atención es corto y buena la calidad de atención. En las redes sociales según apoyo social natural y organizado en su totalidad no reciben algún apoyo social organizado, la mayoría no recibe apoyo natural. Según la organización de quién recibe apoyo tenemos que casi todos no reciben pensión 65, la mayoría no recibe apoyo de comedor popular ni del vaso de leche. Y en su totalidad refiere que no existe pandillaje cerca de su casa.

5.2. Recomendaciones

- Informar los resultados de esta investigación a las autoridades del puesto de salud al que pertenece la comunidad estudiada, para las mejoras correspondientes de los determinantes de la salud en la población.
- Las autoridades correspondientes deben gestionar con el abastecimiento de desagüe y recolección de basura, teniendo como base las consecuencias sanitarias que arrojaron esta investigación.
- Que las autoridades sanitarias fortalezcan los programas preventivos promocionales existentes para fomentar mejoras de salud y educar a los moradores sobre los determinantes sociales de la salud.
- Seguir realizando investigaciones sobre determinantes de la salud teniendo en cuenta los resultados de este estudio, analizando y comparando los resultados en otras comunidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud: Determinantes sociales de la salud. [página en internet]. España: Asamblea Mundial de la Salud; ©2009 [citado 2017 abril 26]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
2. Estrategias europeas para la lucha contra desigualdades sociales en la salud. [Documento en internet]. Reino Unido: Centro colaborador de la OMS; 2006. [citado 2017 abril 26]. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/estrategiasDesigual.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud: Subsanan las desigualdades en una generación. [documento en internet]. Ginebra; ©2008 [Citado 2017 abril 26]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf
4. Determinantes Sociales de la Salud. [página en internet]. España: Comisión sobre determinantes sociales de la salud; ©2009. [citado 2017 abril 26]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/
5. Villar M. Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención. SiELO. [Artículo de opinión]. Lima: Sub Comité de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, 2011. [citado 2018 enero 27]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011
6. Conceptos claves: Determinantes de la salud. [página en internet]. España: centro de prensa; ©2013. [citado 2017 abril 26]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/

7. Ministerio de salud: Determinantes sociales de la salud en Perú. [página en internet]. Lima, ©2005 [citado 2017 abril 26]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/12_determinantes_sociales_salud.pdf
8. Organización Mundial de la Salud: Mejorar las condiciones de vida cotidianas. [página en internet]. Naciones Unidas; ©2011. [citado 2017 abril 26]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index1.html
9. Municipalidad: Oficina de estadística. Las Lomas: Municipalidad; octubre, 2017.
10. García J. Análisis y bienestar de los adultos mayores en México [tesis para optar al grado de maestro en población y desarrollo]. México: Flacso, 2008. Disponible en: http://conocimientoabierto.flacso.edu.mx/medios/tesis/garcia_jc.pdf
11. Vidal D, Chamblas I, Zabala M, Müller R, Rodríguez M, Chávez A. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta Chile. SciELO. [Artículo en internet]. Concepción - Chile 2011. [citado 2017 agosto 12]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100006
12. Aquino D. Determinantes de la salud de la persona adulta. Sector 1, Salaverry - Trujillo, 2012. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.

13. Salazar F. Determinantes de la salud de los adultos del caserío de Vista Alegre Sector "P" - Huaraz, 2013 [Tesis para optar el título profesional de licenciado en enfermería]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
14. Méndez N. Determinantes de salud de los adultos del caserío Chua Alto sector T Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título profesional de licenciado en enfermería]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
15. Juárez J. Determinantes de la salud en la persona adulta del caserío Chalacala Alta - Bellavista - Sullana, 2013. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
16. Sobrevilla V. Determinantes de salud en la persona adulta del caserío Somate bajo - Bellavista - Sullana, 2013 [Tesis para optar el título profesional de licenciado en enfermería]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
17. Ordinola L. Determinantes de la salud en la persona adulta del caserío San Vicente de Piedra Rodada - Bellavista - Sullana, 2013 [Tesis para optar el título profesional de licenciado en enfermería]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
18. Salud y determinantes de salud: Informe Lalonde. [página en internet]. Lima: 2014 enero 24. [citado 2017 octubre 14]. Disponible en: <https://saludypoesia.wordpress.com/2014/01/24/informe-lalonde/>
19. Dalhigren G. Whitehead M. Subir de nivel parte 2: estrategias europeas para la lucha contra desigualdades sociales en la salud. Universidad de Liverpool, 2006. Pág. 21.

20. Domínguez M. Determinantes sociales de la salud. [Monografía en internet] España: Universidad de Cantabria, junio 2012 [Citado 2017 octubre 16]. Disponible en: http://www.academia.edu/33233643/MONOGRAF%C3%8DA_SOBRE_LO_S_DETERMINANTES_SOCIALES_DE_SALUD_AUTORA_M%C3%93NICA_DOM%C3%8DNGUEZ_SANTAMAR%C3%8DA_DIPLOMADA_UNIVERSITARIA_EN_ENFERMER%C3%8DA
21. Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. [monografía en internet]. Chile, 2002. Edición, editorial. 10 páginas. Disponible desde: https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3225/mod_resource/content/0/Curso_DSS_11/equidad_DSS_conceptos_basicos.pdf
22. 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.
23. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
24. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>
25. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 páginas]. Disponible en: <http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
26. Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.

27. ContraPeso.info: sexo y género. [página en internet]. Colombia; 23 de febrero del 2012. [citado el 26 abril 2017]. Disponible en: <http://contrapeso.info/2012/sexo-y-genero-definiciones/>
28. Pérez J. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas. CSIC. 2009 disponible en: <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>
29. Eusko J. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en: http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID
30. Ballares M. Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM): México; 2010. Disponible en: <http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
31. Definición HTML. Gestionado con WordPress; 2012. Ocupación. [Publicado: 2009. Actualizado: 2012]. Disponible desde: <http://definicion.de/ocupacion/>
32. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf
33. Dávila E. Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001.

34. Martínez R. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en: http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf
35. Martos E. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
36. Sánchez L. Satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos. [Título para optar el grado de Médico Cirujano]. México: Universidad autónoma del Estado de Hidalgo, 2005.
37. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
38. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>
39. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm
40. Garay N. Determinantes de la salud en la persona adulta de la asociación El Morro II. Tacna, 2013. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2013.

41. Kabalan L. Estilos de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta de la asociación de vivienda Villa El Pacífico del distrito de Calana - Tacna, 2015. [Tesis para optar el grado de licenciada de enfermería]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.
42. Lama A. Determinantes de la salud en la persona adulta en el centro poblado Puente De Los Serranos - Querecotillo - Sullana, 2014. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.
43. Juárez J. Determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado Papelillo- Chulucanas- Piura, 2014. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2017.
44. Salcedo R, Zárate R, González B, Rivas J. Los determinantes sociales de la salud, el caso de enfermería. [documento en internet]. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Ciudad de México, México. [citado 2018 enero 27]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim172j.pdf>
45. Londoño S. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier. [serie en internet]. Madrid: España; 31 de mayo 2013. [citado 2018 enero 27]. 2011. 7a ed, Capítulo 21. Disponible en: <http://teoriasenenfermeria.blogspot.pe/2013/05/modelo-de-promocion-de-salud-capitulo-21.html>
46. ONU Mujeres. [página en internet]. Día internacional de la mujer. Naciones Unidas: 22 de febrero 2018. Copyright [citado 2018 febrero 28]. Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/news/in-focus/international-womens-day>
47. Diccionario definición HTML. Argentina. Editores web 2008. Edad. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/general/edad.php>

48. Carrillo D. Adolescencia y adultez: su proceso educativo [página en internet]. Adulto maduro. México: 15 de mayo 2014. [citado 2018 enero 27]. Disponible en: <https://adolescencia-aduldez.weebly.com/cambios-en-el-adulto-maduro>
49. Instituto Peruano de Economía. [página en internet]. Los estudios secundarios también importan. Copyright Perú: 2012. [citado 2018 febrero 28]. Disponible en: <http://www.ipe.org.pe/content/los-estudios-secundarios-tambien-importan>
50. Diccionario definición HTML. 4 ed. Argentina. Editores web. 2008. Ingresos. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/economia/ingresos.php>
51. Buenas tareas. [página en internet]. Defunción de profesión y ocupación. Pedrocano L, 22 de noviembre del 2012. [citado 2018 febrero 28]. Disponible en: <https://luciacano.wordpress.com/2012/11/22/definicion-de-profesion-y-ocupacion/>
52. Cuida tu dinero. [página en internet]. Ventajas y desventajas de los trabajadores eventuales. Lebednik C. España: febrero 01 2018. [citado 2018 febrero 28]. Disponible en: <https://www.cuidatudinero.com/13182538/ventajas-y-desventajas-de-los-trabajadores-eventuales>
53. Torre L. Determinantes de salud de los adultos del caserío de Churap-Monterrey-Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
54. Quiñonez L. Proyecto educativo sobre vivienda saludable dirigido a las familias de la comunidad Las Peñas – Portoviejo – Provincia de Manabí – Ecuador, 2010. [Tesis de grado]. Riobamba – Ecuador: Escuela superior

politécnica de Chimborazo facultad de salud pública escuela de educación para la salud.

55. Diestra B. Determinantes de salud de los adultos de la comunidad de Shilla sector “B” Unión Carhuaz, 2013. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2017.
56. Ruiz A. Nivel de conocimiento sobre vivienda saludable en madres de niños menores de 5 años del sector 5 de San Luis – Amarilis - Huánuco, 2014. [tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. universidad de Huánuco: Facultad de ciencias de la salud escuela académico profesional de enfermería, Perú 2016.
57. Organización Panamericana de la Salud. Vivienda saludable: Reto del Milenio en los Asentamientos Precarios de América Latina y el Caribe [página en internet]. Perú: Guía para las autoridades nacionales y locales; 2009. [citado 2018 enero 27]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/dgps_para_serums_2009ii/pfvs/vivienda_saludable.pdf
58. Diccionario Definición ABC. Editores web: Navarro J. Argentina; 16 junio 2016. Vivienda unifamiliar. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/derecho/vivienda-unifamiliar.php>
59. Diccionario definición ABC. Editores web: Ucha F. 23 diciembre 2008. Vivienda. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/social/vivienda.php>
60. Diccionario definición HTML. Argentina. Editores web. 2015. Habitación. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/general/habitacion.php>

61. Hábitat para la humanidad. [página en internet]. La importancia de la vivienda: Un nuevo día para Carmelita y su familia. México A.C, 2017. [citado 2018 enero 27]. Disponible en: <https://www.habitatmexico.org/b-importancia-vivienda-carmelita-y-su-familia-61/>
62. Diccionario definición HTML. Argentina. Editores web. 2010. Agua potable. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/medio-ambiente/agua-potable.php>
63. Organización Mundial de la Salud. [página de internet]. El saneamiento deficiente pone en peligro la salud pública. Centro de prensa. [citado 2018 enero 27]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr08/es/>
64. Organización Mundial de la Salud. Contaminación del aire de interiores y salud. [página en internet]. Centro de prensa. Febrero de 2016. [citado 2018 enero 27]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/es/>
65. Diccionario definición HTML. Argentina. 2012. Editores web. Residuos sólidos. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/medio-ambiente/residuos-solidos.php>
66. Jaramillo N. Determinantes de salud de los adultos del caserío de Pampamaca sector “E” Carhuaz, 2014. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería]. Huaraz: Universidad los Ángeles de Chimbote, 2017.
67. Rodríguez S. Determinantes de salud de los adultos del centro poblado de Curhuaz - sector Caururo – independencia – Huaraz, 2014. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Huaraz: Universidad los Ángeles de Chimbote, 2017.

68. Ruíz A. Evaluación y valoración de los hábitos y estilos de vida determinantes de la salud, y del estado nutricional en los adolescentes de Ceuta – España, 2015. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada – Ceuta, 2015.
69. Lázaro C. Hábitos de consumo de alcohol y su relación con la condición física saludable en adolescentes de la región Murcia - España, mayo 2011. [Tesis doctoral]. Universidad de Murcia: Facultad de educación, 2013.
70. Álvarez G, Andaluz J. Estilos de vida saludable en los estudiantes internos de enfermería de la universidad de Guayaquil 2014 – 2015. [título de licenciada en enfermería]. Ecuador: Universidad de Guayaquil facultad de ciencias médicas escuela de enfermería, 2014 – 2015.
71. Estilos de vida y Promoción de la Salud: material didáctico. [página en internet]. Estilos de vida saludables. [citado 2018 enero 27]. Disponible en: <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema2.pdf>
72. OMS: Día Mundial Sin Tabaco. [página en internet]. Tabaco. centro de prensa. Mayo de 2017 [citado 2018 enero 27]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
73. Temas de Salud: Consumo de bebidas alcohólicas. [página en internet]. América Latina: Boletín de la OMS. ©Septiembre de 2010 [citado 2018 enero 27]. Disponible en: http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/es/
74. Asociación de medicina estética de Madrid. La importancia de dormir nuestras 8 horas. [página en internet]. Madrid; ©2014. [citado 2018 enero 30]. Disponible en: <http://www.asociacionesteticamadrid.org/importancia-dormir-8-horas/>

75. Importancia: Importancia de bañarse. [página en internet]. Chile: editores web; ©2014. [citado 2018 enero 30]. Disponible en: <http://importancia.de/banarse/>
76. Clínica Alemán: La importancia del chequeo médico preventivo. [página en internet]. Departamento de medicina preventiva; 26 junio del 2010. [citado 2018 enero 30]. Disponible en: <https://portal.alemana.cl/wps/wcm/connect/Internet/Home/blog-de-noticias/Ano+2011/02/La+importancia+del+chequeo+medico+preventivo>
77. OMS: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [página en internet]. Naciones Unidas; ©2018 [citado 2018 enero 30]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
78. Organización Mundial de la Salud: Alimentación sana. [página en internet]. España: Centro de prensa; ©2015. [citado 2018 enero 30]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
79. Morales C. Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrato Risaralda, febrero – abril 2009. [Tesis para optar el título de enfermería]. Pontificia Universidad Javeriana, Santa Fe de Bogotá, 2009.
80. Mongui E. Percepción de la calidad de la atención médica en población con discapacidad físico-motora que acude a la fundación A.P.R.I.L.P. [Tesis para optar el título de magister en salud pública]. Argentina: Universidad Nacional de la Plata, 2015.
81. Rodríguez L. Reintegración social de los jóvenes provenientes de pandillas “latín king” Solanda. [Tesis previa a la obtención del título de licenciada en

comunicación social]. Quito-Ecuador: Universidad Central del Ecuador: facultad de comunicación social, 2012.

82. Organización Panamericana de la Salud: Atención primaria de la salud. [página en internet]. América Latina: Copyright 2018. [citado 2018 enero 30]. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
83. Correa V. Fortalecimiento del primer nivel de atención en el marco del aseguramiento universal y descentralización en salud con énfasis en la atención primaria de salud renovada. Ponencia Enfer. [Artículo en internet]. 2013 Abril. [citado 2018 enero 30]. Director de Servicios de Salud. Ministerio de salud. 2 (2) 1-3 Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/ponencias/ponencia05.pdf>
84. Melitón E. Situación actual del sistema de salud en el Perú desafíos y perspectivas. Ministerio de salud. [Artículo en internet]. 18 de marzo del 2010. [citado 2018 enero 30]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Profesionales/Archivos/2010/SituacionActual-MelitonArce-MINSA.pdf>
85. Alma Natura. La importancia de los centros de salud en el desarrollo rural. [página en internet]. Perú; 18 febrero del 2016. [citado 2018 enero 27]. Disponible en: <http://almanatura.com/2016/02/importancia-los-centros-salud-desarrollo-rural/>
86. Foros la nación: Familia y delincuencia juvenil. [página en internet]. Venezuela; 3 de julio 2013. [citado el 27 de enero del 2018]. Disponible en: <https://www.nacion.com/opinion/foros/familia-y-delincuencia-juvenil/F6R65J52Q5EIXPKWG3HD3IS6J4/story/>

87. Correa M. Determinantes de la salud en la persona adulta del Caserío de Samán - Marcavelica - Sullana, 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.
88. Villalobos E. Apoyo social en los adultos mayores de un centro de salud José Leonardo Ortiz-Chiclayo, 2014. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 17 de noviembre 2015.
89. Sociedad Actual: La importancia del apoyo social en el adulto mayor. [página en internet]. Perú: blogspot; 11 de mayo de 2015. [citado 2018 febrero 2]. Disponible en: <http://adultosmayoreshoy.blogspot.pe/2015/05/la-importancia-del-apoyo-social.html>
90. Bernardo J. Programa Juntos: Efecto en la sostenibilidad social en las beneficiarias del distrito de San José de Quero 2010-2011. [tesis para optar el título de licenciada en sociología]. Universidad Nacional del Centro del Perú, facultad de sociología. Huancayo – Perú - 2014 .
91. Municipalidad provincial de Tarata. [página en internet]. Lima: Programa de Complementación Alimentaria. Webmaster; 2011. [citado el 2018 febrero 8]. Disponible en: <http://www.munitarata.gob.pe/portal/programa-de-complementacion-alimentaria.php>
92. Ministerio de Salud. [página en internet]. Lima: Qué es Pensión 65. MINSA: centro de prensa; Copyright 2011 [citado 2018 febrero 2]. Disponible en: <http://www.pension65.gob.pe/quienes-somos/que-es-pension-65/>

ANEXOS

ANEXO 1



DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA

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

Dónde:

n: Tamaño de muestra

N: Tamaño de población de personas adulta (N = 1017)

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

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

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

E: Margen de error (E = 0.05)

CALCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA:

$$n = \frac{1.96^2 (0.50) (1-0.50) (1017)}{1.96^2 (0.50) (0.50) + (0.05)^2 (1016)}$$

$$n = \frac{3.84 (0.50) (0.5) (1017)}{3.84 (0.25) + 0.0025 (1016)}$$

$$\frac{976.32}{3.5} = 278$$

Encuesta Piloto (10% de la n) = 28

ANEXO 2



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

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA
PERSONA ADULTA EN EL CASERÍO POTRERILLO – VALLE
CHIPILLICO – LAS LOMAS - SULLANA, 2017

Elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

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

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

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO:

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

2. Edad:

- Adulta joven de 18 – 29 años ()1
- Adulta Madura de 30 – 59 años ()2
- Adulta mayor ()3

3. Grado de instrucción:
- Sin nivel ()1
 - Inicial/Primaria ()2
 - Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()3
 - Superior no universitaria ()4
 - Superior universitaria ()5
4. Ingreso económico familiar en nuevos soles
- Menor de 750 ()1
 - De 751 a 1000 ()2
 - De 1001 a 1400 ()3
 - De 1401 a 1800 ()4
 - De 1801 a más ()5
5. Ocupación del jefe de familia
- Trabajador estable ()1
 - Eventual ()2
 - Sin ocupación ()3
 - Jubilado ()4
 - Estudiante ()5
6. Vivienda
- 6.1 Tipo:
- Vivienda Unifamiliar ()1
 - Vivienda multifamiliar ()2
 - Vecindada, quinta choza, cabaña ()3
 - Local no destinada para habitación humana ()4
 - Otros ()5
- 6.2 Tenencia
- Alquiler ()1

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

6.3 Material del piso:

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

6.4 Material del techo:

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

6.5 Material de las paredes:

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

6.6 Cuantas personas duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua:

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

8. Eliminación de excretas:

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

9. Combustible para cocinar:

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

10. Energía eléctrica:

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

11. Disposición de basura:

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

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

- Diario ()1
- Dos a tres veces por semana ()2
- Una vez a la semana ()3

- Una vez al mes ()4
- Ocasionalmente ()5
- No consumo ()6

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

17. ¿Con qué frecuencia se baña?

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

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

- SI ()1
- NO ()2

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

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

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

- Caminar ()1
- Gimnasia suave ()2
- Juegos con poco esfuerzo ()3
- Correr ()4

- Deporte ()5
- Ninguna ()6

21. **DIETA:**

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

ALIMENTOS	Diario (1)	3 o más veces a la semana (2)	1 o dos veces a la Semana (3)	Menos de una vez a la semana (4)	Nunca o casi nunca (5)
Fruta					
Carne (pollo Res, cerdo, etc)					
Huevos					
Pescado					
Fideos, arroz Papas					
Pan, cereales					
Verduras y Hortalizas					
Legumbres					
Embutidos, enlatados					
Lácteos					
Dulces, gaseosas					
Refrescos sin azúcar					
Frituras					

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

- Familiares ()1
- Amigos ()2

- Vecinos ()3
- Compañeros espirituales ()4
- Compañeros de trabajo ()5
- No recibo ()6

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

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

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

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

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

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

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

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

27. ¿Qué tipo de seguro tiene usted?

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

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

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

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

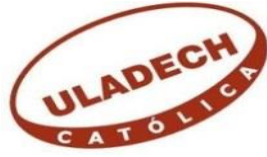
- Muy buena ()1
- Buena ()2
- Regular ()3
- Mala ()4
- Muy mala ()5
- No sabe ()6

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa

- SI ()1
- NO ()2

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO 3:



VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

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 la persona adulta en las Regiones del Perú** desarrollada por Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

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

Tabla 1

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

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

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

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

Tabla 2

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

N°	Expertos consultados										Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9	Experto 10					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	29	2,9	10	3	0,950
12	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	29	2,9	10	3	0,950
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000

19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
35	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
38	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
Coefficiente de validez del instrumento															0,997

ANEXOS 4



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

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

P4									
Comentario:									
P5									
Comentario:									
P6									
Comentario:									
P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
Comentario:									
P7									
Comentario:									

P8									
Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									

Comentario:									
P18									
Comentario:									
P19									
Comentario:									
P20									
Comentario:									
P21									
Comentario:									
P22									
Comentario:									
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario									
P25									
Comentario									
P26									
Comentario									

P27									
Comentario									
P28									
Comentario									
P29									
Comentario									
P30									
Comentario									
P31									
Comentario									

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

Gracias por su colaboración.

ANEXO 5



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA EN EL
CASERÍO POTERRILLO – VALLE CHIPILLICO – LAS LOMAS -
SULLANA, 2017**

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.

El investigador 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



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO: DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA ADULTA EN
EL CASERÍO POTERILLO – VALLE DE CHIPILLICO – SULLANA, 2017

Yo, Jorge Palacios Roa.....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.


Jorge Palacios Roa
DNI : 03602422
TENIENTE GOBERNADOR



FIRMA

ANEXO 6



DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA EN EL
CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO – LAS LOMAS -
SULLANA, 2017

CUADRO DE PRESUPUESTO BIENES Y SERVICIOS

RUBRO	NOMBRE DEL RECURSO	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO UNIDAD	COSTO TOTAL(S/.
	BIENES DE CONSUMO				
	Materiales de escritorio				
	Papel Bond T A-4 80 gr.	2	2	S/20.00	S/40.00
	Lapicero	Un.	2	S/2.00	S/4.00
	USB	Un.	1	S/30.00	S/30.00
	Cuaderno	Un.	1	S/5.00	S/5.00
	Computador	Un.	1	S/2.000	S/2.000
	Otros	-	-	S/40.00	S/40.00
TOTAL BIENES					S/2,119.00
	SERVICIOS				
	Pasajes	Un.	25	S/3.00	S/75.00
	Impresiones	Un.	10	S/0.30	S/3.00
	Copias	Un.	800	S/0.10	S/80.00
	Internet		-	S/150.00	S/150.00
	Telefonía Móvil y fija			S/100.00	S/100.00
TOTAL DE SERVICIOS					S/408.00
	Gastos adicionales				
				S/300	S/300
FUENTE DE FINANCIAMIENTO Autofinanciado					

ANEXO 7



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA EN EL
CASERÍO POTRERILLO – VALLE CHIPILLICO - LAS LOMAS –
SULLANA, 2017

N°	Actividades	AÑO 2017					AÑO 2018		
		MAY	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
		1	2	3	4	5	1	2	3
1	Elaboración del proyecto de tesis								
2	Presentación y aprobación del proyecto.								
3	Recolección de datos a partir de la metodología propuesta.								
4	Procesamiento de los datos.								
5	Análisis estadístico.								
6	Análisis y discusión de los resultados.								
7	Redacción del informe final de tesis								
8	Elaboración de artículo científico.								
9	Prebanca								
10	Sustentación de Tesis								

ANEXO 8



MAPA SATELITAL DE CASERÍO POTRERILLO

