



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA
ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ - LA UNION-
PIURA, 2015**

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

AUTORA

MARIA ELIZABETH ANTON PINGO

ASESORA

NELLY TERESA CONDOR HEREDIA

PIURA – PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR DE TESIS Y ASESOR

Mgr. SONIA ALEIDA RUBIORUBIO

PRESIDENTA

Mgr. SUSANA MARÍA MIRANDA VINCES DE SANCHEZ

SECRETARIA

Mgr. NANCY PATRICIA MENDOZA GIUSTI

MIEMBRO

Dra. NELLY TERESA CÓNDROR HEREDIA

ASESORA

AGRADECIMIENTO

Quiero dar gracias especiales: A esta prestigiosa casa de estudios Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud-Escuela de Enfermería.

Agradezco también a las Autoridades y a todos los adultos del Caserío Santa Cruz, razón de esta investigación y por haberme brindado su comprensión información apoyo con la valiosa.

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

MARIA ELIZABETH

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso por regalarme la vida y por haberme dado la fortaleza espiritual en momentos difíciles y sobre todo por guiarme e iluminarme por el camino del saber.

A mis padres Josefa y Ronaldo quienes me han enseñado a ser lo que soy, se lo dedico por su apoyo en mis estudios e inmenso amor. A mis hermanos Marcos, Miguel y Luis por su comprensión y apoyo constante para continuar en esta tarea.

A mis docentes que estuvieron en el proceso dentro de lo cual fue mi carrera, porque cada uno de ellos aportó a formar parte de lo que soy, son parte fundamental de este crecimiento como persona y como profesional.

MARIA ELIZABETH

RESUMEN

La investigación tuvo por objetivo Describir los Determinantes de la Salud de la Persona Adulta del Caserío Santa Cruz- La Unión- Piura, 2015. Fue de tipo cuantitativo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 219 personas adultas. El instrumento de recolección de datos fue el Cuestionario sobre determinantes de la salud. Concluyéndose: según los determinantes biosocioeconómicos, encontramos; más de la mitad de personas adulta son adultos maduros, sexo femenino, analfabetos, con ingreso económico menor de 750 soles mensuales. En cuanto a la vivienda; más de la mitad tienen una vivienda multifamiliar, casi todos son propia, se abastece de agua de cisterna, la mayoría utiliza el carbón y leña para cocinar sus alimentos. Más de la mitad entierra o quema su basura. En lo que se refiere a los Determinantes de Estilos de Vida; la mayoría nunca ha consumido tabaco de forma habitual, más de la mitad consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, menos de la mitad no se ha realizado ningún examen médico, no realizan ninguna actividad física. En cuanto a su dieta alimenticia menos de la mitad consume fideos 1 a 2 veces por semana. Según los determinantes de redes sociales y comunitarias, la mayoría se ha atendido en un Puesto de Salud los 12 últimos meses, así mismo tiene seguro del SIS-MINSA, casi todos no recibió apoyo social natural, también la mayoría no recibido apoyo social organizado.

Palabras claves: Determinantes de la Salud, persona adulta.

ABSTRACT

This research aimed to describe the health determinants of adult person of the hamlet Santa Cruz-La Unión-Piura, 2015. It was a quantitative descriptive type. The sample consisted of 219 adults. The data collection instrument was the Questionnaire of health determinants. Concluding: according to the biosocioeconomic determinants, we found; More than a half are mature adults, female, illiterate, with an income less than 750 soles per month. Regarding housing; more than half of them have a multi-family home, almost all of them are their own, they use cistern water, most use charcoal and firewood to cook their food. More than a half buries or burns their garbage. With regard to the lifestyles determinants; most have never used tobacco, more than a half consume alcoholic beverages occasionally, less than half have not had a medical examination, do not make any physical activity. About the diet, less than a half eat noodles 1 or 2 times a week. According to the determinants of social and community networks, the majority has been treated in a health center for the last 12 months, as well as SIS-MINSA insurance, almost all did not receive natural or organized social support.

Keywords: Determinants of Health, adult person.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
1. Título de la tesis	iii
2. Firma del jurado de tesis y asesor	iv
3. Agradecimiento	v
4. Dedicatoria	vi
5. Resumen	vii
6. Abstract	viii
7. Contenido	ix
8. Índice de tablas	x
9. Índice de gráficos	ix
I. Introducción	1
II. Revisión de literatura	7
III. Metodología	15
3.1 Diseño de la investigación... ..	15
3.2 Población y muestra	15
3.3. Definición y Operacionalización de variables e indicadores	16
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
3.5 Plan de análisis	29
3.6 Matriz de consistencia.....	30
3.7 Principios éticos	31
IV. Resultados	32
4.1 Resultados	32
4.2 Análisis de resultados	58
V. Conclusiones	82
Referencias bibliográficas.....	85
Anexos	100

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01:	32
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
TABLA N° 02:	36
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
TABLA N° 03:	45
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
TABLA N° 04:	51
DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
TABLA N° 05:	55
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
TABLA N° 06:	56
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N°01	33
SEXO EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°02	33
EDAD EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°03	34
GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°04	34
INGRESO ECONÓMICO EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°05	35
OCUPACIÓN EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°06.1	38
TIPO DE VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°06.2	38
TENENCIA DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°06.3	39
MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°06.4	39
MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA	

GRÁFICO N°6.5...	40
MATERIAL DE PAREDES DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°6.6...	40
NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°7.	41
ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°8.	41
ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°9...	42
COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°10.	42
ENERGÍA ELÉCTRICA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°11.	43
DISPOSICIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	

GRÁFICO N°12.	43
ELIMINACIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°13.	44
FUMA ACTUALMENTE LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°14.	46
FRECUENCIA QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°15.	46
NÚMERO DE HORAS QUE DUERME LA PERSONA ADULTA DEL CASERIO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°16.	47
FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑA LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°17.	47
EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°18.	48
ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	
GRÁFICO N°19.	48
FRECUENCIA QUE CONSUME LOS ALIMENTOS LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015	

GRÁFICO N°20	49
<p style="text-align: center;">INSTITUCIÓN EN LA QUE SE ATENDIÓ EN LOS ÚLTIMOS MESES LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015</p>	
GRÁFICO N°21	50
<p style="text-align: center;">CONSIDERACIÓN DE DISTANCIA DONDE SE ATENDIÓ LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015</p>	
GRÁFICO N°22	52
<p style="text-align: center;">TIPO DE SEGURO QUE TIENE LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015</p>	
GRÁFICO N°23	52
<p style="text-align: center;">TIEMPO QUE ESPERÓ PARA ATENDERSE LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015</p>	
GRÁFICO N°24	53
<p style="text-align: center;">CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015.</p>	
GRÁFICO N°25	53
<p style="text-align: center;">EXISTE PANDILLAJE CERCA DE LA CASA DE LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015</p>	
GRÁFICO N°26	54
<p style="text-align: center;">RECIBE APOYO SOCIAL NATURAL LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015</p>	
GRÁFICO N°27	54

RECIBE APOYO SOCIAL ORGANIZADO LA PERSONA
ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION-
PIURA, 2015

GRÁFICO N°28.....56
RECIBE PENSIÓN 65 LA PERSONA ADULTA DEL
CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION- PIURA, 2015

GRÁFICO N°29.....57
RECIBE APOYO DEL COMEDOR POPULAR LA PERSONA
ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNION-
PIURA, 2015

I. INTRODUCCIÓN

Los determinantes son un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones". Comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos estilos de vida y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud (1).

El presente trabajo de investigación se fundamentó en las bases conceptuales de los Determinantes de la Salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (2).

La Organización Mundial de la Salud, plantea que las condiciones sociales influyen decisivamente en la salud, por lo que es necesario actuar en todos los sectores para promover el bienestar. Según la OMS, la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y las causas principales de las inequidades sanitarias surgen de las condiciones en las que nace, vive, trabaja y envejece la gente, denominados determinantes sociales de la salud" que establecen un conjunto de posiciones socioeconómicas en las jerarquías de poder y acceso a recursos (3).

El análisis del proceso salud/enfermedad y de otros procesos vitales al tener una dimensión material, manifestada en su expresión orgánica, biológica y social y una dimensión subjetiva que se refiere a la interpretación y a la forma como se viven y enfrentan estos procesos desde la intersubjetividad colectiva, debe elaborar teóricamente las dimensiones biológica y social, así como lo material y lo subjetivo (4).

El marco de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS incluye dos categorías principales de determinantes sociales, los determinantes intermediarios de la salud o determinantes sociales propiamente dichos y los determinantes estructurales o determinantes sociales de las desigualdades en salud (5).

La salud ha sido considerada, de manera tradicional, como la ausencia de enfermedad. Este concepto es sumamente limitado, por ello la Organización Mundial de la Salud en 1967, amplía la definición de la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones. Esta definición, más amplia y completa, define la salud en términos positivos e innovadores introduciendo determinantes sociales y mentales, pero tiene aspectos negativos e incluso criticables, como por ejemplo equiparar "completo bienestar" con "salud" lo que hace la definición utópica, convirtiéndola en estática, sin considerar los diversos grados que la salud puede tener(6).

Para mejorar las condiciones de vida cotidianas propone: equidad desde el comienzo de la vida; entornos salubres para una población sana; acceso a una vivienda de calidad, acceso a agua salubre y a servicios de saneamiento, como derecho de todo ser humano; prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno; protección social a lo largo de la vida, en una perspectiva universal; y atención de salud universal (7).

Desde Alma Ata, pasando por el famoso Informe Lalonde, otros informes y declaraciones internacionales como la Carta de Ottawa, ahora reforzada por la declaración de Bangkok, afirman explícitamente que la salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales. La comisión mundial de determinantes Sociales de la Salud de la OMS, integrada por connotados académicos y políticos, han denominado a los determinantes sociales como las causas de las causas de la enfermedad (8).

La equidad se centra en el acceso, financiamiento y/o la distribución equitativa de servicios según necesidad sanitaria. Este énfasis en la distribución equitativa de recursos y servicios de acuerdo a necesidad intenta enfrentar de manera justa los problemas de salud que surgen en la sociedad. La inequidad en salud según Whitehead M. hace referencia a desigualdades que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran injustas (9).

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

Por su complejidad, sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que deben ser considerados dentro del concepto de salud. Están relacionados con aspectos tan variados como lo son los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. Dado el avance en la ciencia, la medicina, la tecnología y el conocimiento en general, la gran mayoría de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos de los biológicos. La incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse, sin caer en una concepción demasiado simplista del complejo binomio salud-enfermedad (11).

La actuación en el ámbito de los principales factores determinantes de la salud tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. En esta labor no sólo el personal médico y sanitario tiene una vital participación, se requiere de la acción comunitaria y de muchos sectores dentro y fuera del sector salud. Esta participación debe alentar y apoyar el desarrollo de acciones y redes para recoger, transmitir e intercambiar información para evaluar y desarrollar las políticas, estrategias y medidas adecuadas, con el objetivo de establecer intervenciones efectivas destinadas a abordar los diferentes factores determinantes de la salud (12).

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (13).

A esta realidad no escapa el Caserío de Santa Cruz que se ubica dentro de la jurisdicción del Puesto de la Unión – Piura. Este caserío limita por el norte con el Caserío de las Malvinas (distrito de La Arena), por el sur con el distrito de La Unión, por el este con el caserío de los Canizales y por el oeste con el caserío de Dos Altos, cuenta con una población de 1026 habitantes, de los cuales 510 son adultos, muchos de ellos se realizan diferentes ocupaciones, dentro de las cuales encontramos; estudiantes, profesionales, comerciantes, entre otros (14).

Este caserío carece de servicio de servicios básicos como agua potable y desagüe, pero si cuenta con el servicio de alumbrado eléctrico. Además como es una comunidad en progreso de desarrollo su población no goza de buena situación económica. El Centro de Salud La Unión les brinda actividades preventivas promocionales hacia la población, así como también brinda atención de salud en los servicios de obstetricia, medicina general y CRED (control y crecimiento de niño sano). Las enfermedades más predominantes en los niños de este caserío son; enfermedades respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y dermatitis. Mientras que en los adultos son, la hipertensión arterial, así como diabetes mellitus, infecciones urinarias, gripes, etc. (14).

Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación fue el siguiente:

¿Cuáles son los determinantes de la salud en la persona adulta del Caserío Santa Cruz - La Unión - Piura, 2015?

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

Describir los determinantes de salud en la persona adulta del Caserío Santa Cruz - La Unión - Piura, 2015

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

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

La justificación de la presente investigación fue:

Esta Investigación de salud me permitió identificar y ayudar a los problemas y necesidades, que pasan las personas del Caserío Santa Cruz, ya que los factores de riesgo y las condiciones de vida de la comunidad que se encuentra expuesta a muchas enfermedades debido al desarreglo población se observa múltiples desechos de basura tirada aguas estancadas animales muertos desechos esto origina enfermedades respiratorias agudas, enfermedades diarreicas , enfermedades a la piel y problemas, el dengue entre otras .

El presente estudio permitió instar a los estudiantes de la salud, a investigar más sobre estos temas y su aplicación en políticas para mejorar estos determinantes, También ayudó a entender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad en salud y mejorar la salud de la población, en general, y promocionar su salud.

Esta investigación fue necesaria para el centro de Salud La Unión, ya que según los resultados se puede contribuir a elevar la eficiencia de los Programas Preventivo y reducir los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Antecedentes

Investigación actual en el ámbito extranjero

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Bernach J, Muntaner (15), en su investigación “Determinantes sociales de la enfermedad,2010”. Los resultados obtenidos revelan que el origen de la enfermedad radica en tres grupos principales de causas: la biología, la genética, los hábitos y conductas personales, así como el uso de los servicios sanitarios. Además indica que los determinantes sociales no implica tanto al individuo produciéndole enfermedades si no que más bien son un asunto colectivo. “Un gran número de gente expuesta a un pequeño riesgo puede generar mucho más casos de enfermedades que un número pequeño de gente expuesta a un gran riesgo.

Carme B, Davide M (16). En su investigación “Determinantes Sociales y las desigualdades en salud en España, 2010”. Los resultados obtenidos revelan, que los factores de desigualdad influyen en la equidad de género, recursos económicos y los roles familiares en la salud de la mujer y el hombre. Además, fueron observados diferenciales de género: las mujeres presentaron peores condiciones de salud en relación a los hombres.

Investigación actual en el ámbito nacional

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Fuentes L. (17), su investigación “Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú, 2010” define que la tuberculosis es una enfermedad social y es la responsable del mayor número de muertes en la historia de la humanidad. El bacilo de Koch encuentra en la pobreza, hacinamiento, exclusión social e inequidad los condicionantes que facilitan su patogenicidad. A pesar de los esfuerzos para su prevención y control, en la actualidad nuestro país presenta una de las tasas de morbilidad más altas en América Latina. Por ello, se plantea un enfoque sociopolítico innovador e integral basado en los determinantes sociales de la salud. En el presente artículo se discuten los determinantes sociales de la salud vinculados a la tuberculosis en el país, así como la propuesta de un modelo alternativo de abordaje. Finalmente afirmamos que la lucha contra la tuberculosis requiere de la participación de diversos actores sociales y políticos, y que su éxito contribuirá a fomentar la ciudadanía en salud.

Cárdenas H, Roldan L. (18), en su investigación "Relación entre el estado nutricional y el nivel socioeconómico de adultos mayores no institucionalizados de Perú." Cuyo Objetivo: Determinar el estado nutricional de adultos mayores no institucionalizados y su relación con condiciones socioeconómicas diferenciadas. Metodología: Se seleccionaron aleatoriamente 300 adultos mayores residentes en viviendas de Lima Metropolitana, de diferentes estratos socioeconómicos, con afijación uniforme. El estado nutricional se determinó con el Índice de Masa Corporal y el Perímetro Braquial. Los adultos mayores se clasificaron según el IMC: en normal de 22 a 27, sobrepeso de 27,1 a 29,9 y obesidad ≥ 30 Kg/m². La ingestión dietética se evaluó con una encuesta de recordatorio de 24 horas.

Resultados: La prevalencia de exceso de peso fue 48%, 26% tenía sobrepeso y 22,3 % eran obesos, sin diferencias significativas entre niveles socioeconómicos. Se reportó mayor obesidad en mujeres y con diferencias significativas.

A nivel regional:

Sobrevilla V.(19), su tesis titulada “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Caserío Somate Bajo-Bellavista-Sullana, 2013” Sobre Determinantes de la salud biosocioeconómico del Caserío Somate Bajo-Bellavista-Sullana, se observa que el 67,49% de la población es de sexo masculino, el 50,18% es adulto maduro, el 38,87% tiene grado de instrucción inicial/primaria, el 39,58% tiene un ingreso económico De 1001 a 1400 nuevos soles y que el 39,58% es trabajador eventual, se observa que el 68,90% tiene vivienda de tipo unifamiliar, el 88,69% tiene tenencia propia, el 85,87% su material del piso es de tierra, el 82,33% tiene material de techo eternit/calamina, el 55,12% tiene material noble paredes de ladrillo y cemento, el 56,18% tienen habitación independiente, el 68,55% se abastece de agua conexión domiciliaria, el 58,66% tiene baño propio, el 62,90% utiliza gas, electricidad para cocinar, el 93,29% tiene energía eléctrica permanente, el 66,08% disponen de la basura al carro recolector, el 62,90% opinan que pasan recogiendo al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas, el 78,45% eliminan la basura en otros.

A nivel local:

Silupu K. (20), en su tesis titulada “Determinantes de la Salud del Adulto del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco -26 de Octubre -Piura, 2013”, se observa que el 60,5% son mujeres, 58,3% son adultos maduros, el 56,9% tiene un grado de instrucción de Secundaria Completa/Secundaria Incompleta, el 66,4% tiene ingreso económico menor de 750, ocupación del jefe de familia el 58,5% tienen trabajo eventual.

2.2 Bases Teóricas

El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (2).

En los estudios de Lalonde, los determinantes de salud se representaron gráficamente, mediante diagrama de sectores circulares, viéndose la importancia o efecto relativo que cada uno de ellos tienen sobre los niveles de salud pública. De todos ellos, el estilo de vida es el determinante que más influye en la salud representa el 43% de los casos de enfermedad o muerte y, a su vez, es el más modificable mediante acciones de promoción de salud. Otro determinante con bastante influencia 27% de los casos es el de la biología humana, el cual podemos considerar como el menos modificable, después vendría el medio ambiente 19% y en último lugar el de asistencia sanitaria con un 11% (21).

Los factores determinantes de la salud están relacionados con los estilos de vida, poseen múltiples dimensiones y están vinculados a varios problemas importantes de salud. Los estilos de vida se relacionan a su vez con los principales factores de riesgo de la mayoría de los problemas de salud pública actuales, especialmente en los países occidentales. Por otra parte han supuesto una serie de riesgos para la salud, puesto que esta tecnología ha incorporado nuevos conceptos de confort y bienestar, modificando el estilo de vida de los individuos, y no necesariamente mejorando su calidad de vida a largo plazo (22).

Ingreso económico, posición social y salud, en general, las personas que tienen mayores ingresos viven más tiempo y gozan de una mejor salud que

las personas de bajos ingresos. Esta relación persiste, independientemente del sexo, la cultura o la raza, aunque las causas de la enfermedad y la muerte pueden variar. Parece ser que el ingreso económico y la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud (23).

La Carta de Ottawa especificó los requisitos más importantes para la salud, como un ecosistema estable, paz y justicia social, trabajo, vivienda, buena nutrición y acceso a los servicios de salud, así como las acciones estratégicas para promover la salud, que son las políticas públicas saludables, los entornos de apoyo, el empoderamiento de la comunidad, las habilidades personales y la reorientación de los servicios de salud (24).

Los determinantes de la salud y la equidad son uno de los objetivos prioritarios de los esfuerzos de promoción de la salud. Desde la Carta de Ottawa (OMS, 1986), la promoción de la salud en el mundo y en las Américas se ha centrado en mejorar los determinantes de la salud mediante políticas públicas, el empoderamiento de las comunidades para la acción, la creación de entornos saludables y de apoyo, la reorientación de los servicios de salud y el desarrollo de habilidades personales (25).

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud el marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones (26).

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 (27).

Los determinantes biosocioeconomicos, son las condiciones sociales en las que vive una persona influyen su estado de salud. Circunstancias como la pobreza, bajo nivel de escolarización, inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, las malas condiciones de vivienda, falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa cualificación profesional constituyen algunos de los factores determinantes de gran parte de las desigualdades existentes entre países y dentro del mismo país en lo que respecta a los indicadores de salud como la esperanza de vida, la mortalidad, la morbilidad o las discapacidades (28).

Los determinantes de los estilo de vida es definido por la OMS como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, determinados por los factores socioculturales y las características personales. El entorno físico se refiere a un ecosistema en el que el ser humano interactúa con el entorno de modo continuo, de cuyo equilibrio depende el bienestar del individuo. Las áreas prioritarias de acción son la calidad del aire dentro y fuera de la vivienda, ruido, características de la vivienda, salubridad del agua de consumo humano, campos electromagnéticos, radiaciones y exposición a compuestos químicos (29).

Los determinantes de las redes y comunicaciones son los factores que determinan la salud de la población. Entre sus funciones está la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el tratamiento y rehabilitación. Hace referencia a la calidad, cobertura y accesibilidad. El modelo de asistencia sanitaria determina el énfasis en la promoción y prevención o en la curación

de la enfermedad, prestación de cuidados y tratamientos de las enfermedades, la disposición de los métodos y medios de diagnósticos; así mismo establece la accesibilidad al sistema y la universalidad del mismo. Sin embargo, se considera que es el factor que menos influye en la salud aunque, tal como hemos señalado, en la mayoría de países desarrollados es el determinante que más recursos económicos recibe (30).

La Educación en las personas con mayores niveles educativos tienen mayores probabilidades de ser empleados, de tener trabajos con más estatus social y tener ingresos estables. La educación incrementa las elecciones y oportunidades disponibles, la seguridad y satisfacción en el trabajo, y brinda a las personas las habilidades necesarias para identificar y resolver problemas individuales y grupales (31).

La salud es considerada un bien primario y un producto social. El derecho a la salud ha sido interpretado como un derecho incluyente, extendido no sólo a la atención de salud oportuna y adecuada, sino también a una amplia gama de condicionantes que abarcan desde el empleo, la vivienda, el acceso al agua potable y el saneamiento, hasta la educación; las condiciones sociales en las que vive una persona influyen su estado de salud. Circunstancias como la pobreza, bajo nivel de escolarización, inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, las malas condiciones de vivienda, falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa cualificación profesional constituyen algunos de los factores determinantes de gran parte de las desigualdades existentes entre países (32).

La comunidad, se refiere al entorno físico, el de un ecosistema en el que el ser humano interactúa con el entorno de modo continuo, de cuyo equilibrio depende el bienestar del individuo. Las áreas prioritarias de acción son la calidad del aire dentro y fuera de la vivienda, ruido, características de la vivienda, salubridad del agua de consumo humano, campos

electromagnéticos, radiaciones y exposición a compuestos químicos. El impacto en la salud se manifiesta a través de problemas de audición, alteraciones en el patrón de sueño, estrés, hipertensión, cáncer de piel y de otros tipos, asma, enfermedades circulatorias, respiratorias y defectos congénitos en el nacimiento (33).

El trabajo como mecanismo de integración, es decir, como principal actividad de apoyo para el vínculo social y no únicamente como norma, está dejando de ocupar el lugar central que tenía. Las causas que nos han llevado a esta situación son complejas y es por esto que hay que revisar la diferencia entre la exclusión laboral como construcción social y las formas particulares que esta toma en la actualidad (34).

El territorio, en este ámbito agrupa las condiciones de habitabilidad de una comunidad puede considerarse a cualquier área habitable, pueden estar constituidas por varios núcleos de población o un diseminado, por ello el abordaje de la salud tradicionalmente se ha visto como la intervención de una autoridad sanitaria en su ámbito jurisdiccional. En el Perú, se ha asumido también que el término jurisdicción es por extensión el territorio (país, departamento, provincia, distrito, etc.) sobre el cual esta potestad es ejercida. Así, es utilizada para designar el área geográfica de ejercicio de las atribuciones y facultades de una autoridad o las materias que se encuentran dentro de su competencia. Las necesidades humanas tienen componentes sociales y culturales ligados fuertemente a esta relación del territorio con los seres humanos (35).

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación es una sola casilla (36, 37).

Tipo y nivel de investigación:

La investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal (38, 39).

3.2. Población Muestral y Muestra

Población Muestral

La población estuvo conformada por 510 Personas adultas que habitan en el Caserío de Santa Cruz - La Unión - Piura.

Muestra

El tamaño de muestra fue de 219 personas adultas y se utilizó el muestreo aleatorio simple. (ANEXO 01).

Unidad de análisis

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

Criterios de Inclusión

- Persona adulta que vive más de 3 años en la zona.
- Persona adulta que acepta participar en el estudio.

- Tener la disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión

- Persona adulta que tenga algún trastorno mental.

3.3. Definición y Operacionalización de Variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONÓMICO

Son características biológicas, sociales, económicas y ambientales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud (40).

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 (40).

Definición Operacional

Escala de razón:

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

Sexo

Definición Conceptual.

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (41).

Definición Operacional

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (42).

Definición Operacional

Escala Ordinal

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

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (43).

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 (44).

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 (45).

Definición operacional

Escala nominal

- Vivienda unifamiliar
- Vivienda multifamiliar

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

Tenencia

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

Material del piso:

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

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

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

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

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

Energía Eléctrica

- Sin energía
- Lámpara (no eléctrica)

- Grupo electrógeno
- Energía eléctrica temporal
- Energía eléctrica permanente
- Vela

Disposición de basura

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

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

Eliminación de basura

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (46).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

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

Número de horas que duermen

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

Frecuencia en que se bañan

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

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

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

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

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad:

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

Alimentación

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (47).

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. (48).

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) (48).

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

Escala nominal

Institución de salud atendida:

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

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA

- Sanidad
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

Si () No ()

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala ordinal

Familiares

- Amigos
- Vecinos
- Compañeros espirituales

- Compañeros de trabajo
- No recibo

Apoyo social organizado

Escala ordinal

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

Apoyo de organizaciones del estado

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

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnicas

En el presente trabajo de investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación del instrumento (49).

Instrumento

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

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

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

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

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

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

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (49).

3.5. Plan de Análisis

Procedimiento para la recolección de datos:

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

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

Análisis y Procesamiento de los datos

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

3.6. Matriz de consistencia

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	INDICADORES	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
<p>¿Cuáles son los determinantes de la salud en las personas adultas en el Caserío de Santa Cruz - La Unión - Piura?</p>	<p><u>Objetivo general:</u> Describir los determinantes de la salud en las personas adultas en el Caserío de Santa Cruz - La Unión - Piura.</p> <p><u>Objetivos específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las determinantes del entorno biosocioeconómico y entorno físico. • Identificar las determinantes de los estilos de vida: alimentos y hábitos personales. • Identificar las determinantes de redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud, impacto en la salud y apoyo social. 	<p>Determinantes del entorno biosocioeconómico y ambientales</p>	<p>Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, vivienda, tenencia, material de vivienda, personas que duermen en una habitación, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, luz, eliminación de basura.</p>	<p>El diseño de investigación es una sola casilla.</p> <p>Es de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal.</p> <p>La población conformada por 845 personas adultas y su muestra de 264, se utilizó el muestreo aleatorio simple.</p> <p>Existen criterios de inclusión y exclusión.</p>
		<p>Determinantes de los estilos de vida y entorno físico.</p>	<p>Fuma, bebidas alcohólicas, horas que duermen, frecuencia de baño, examen médico, actividad física y alimentos que consumen.</p>	
		<p>Determinantes de redes sociales y comunitarias</p>	<p>Institución de salud que se atendió, lugar, calidad y tiempo que esperó para su atención, tipo de seguro, pandillaje o delincuencia, apoyo social natural y organizado, pensión 65, comedor popular, vaso de leche y otro tipo de apoyo.</p>	

3.7 Principios éticos

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (50).

Anonimato

Se aplicó al cuestionario indicándoles a las personas adultas que la investigación será anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de 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 encontraran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con las personas adultas que acepten voluntariamente participar en el presente trabajo (ANEXO 05).

IV. RESULTADOS

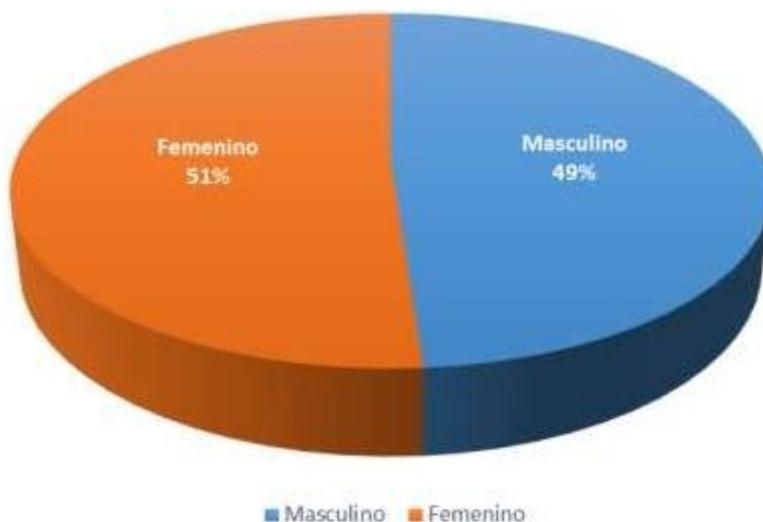
4.1 Resultados

TABLA N° 01: DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ-LAUNION-PIURA, 2015.

Sexo	n	%
Masculino	107	48,9
Femenino	112	51,1
Total	219	100,0
Edad (años)	n	%
Adulto joven	51	23,3
Adulto maduro	136	62,1
Adulto mayor	32	14,6
Total	219	100,0
Grado de instrucción	n	%
Sin instrucción	44	20,1
Inicial/Primaria	67	30,6
Secundaria: Incompleta/ Completa	58	26,5
Superior universitaria	20	9,1
Superior no Universitaria	30	13,7
Total	219	100,0
Ingreso económico familiar	n	%
Menor de S/. 750.00	142	64,8
De S/. 751.00 a S/. 1000.00	75	34,2
De S/. 1001.00 a S/. 1400.00	2	0,9
De S/. 1401.00 a S/. 1800.00	00	00
De S/. 1801.00 a más	00	00
Total	219	100,0
Ocupación	n	%
Trabajador estable	23	10,5
Eventual	167	76,3
Sin ocupación	18	8,2
Jubilado	9	4,1
Estudiante	2	0,9
Total	219	100,0

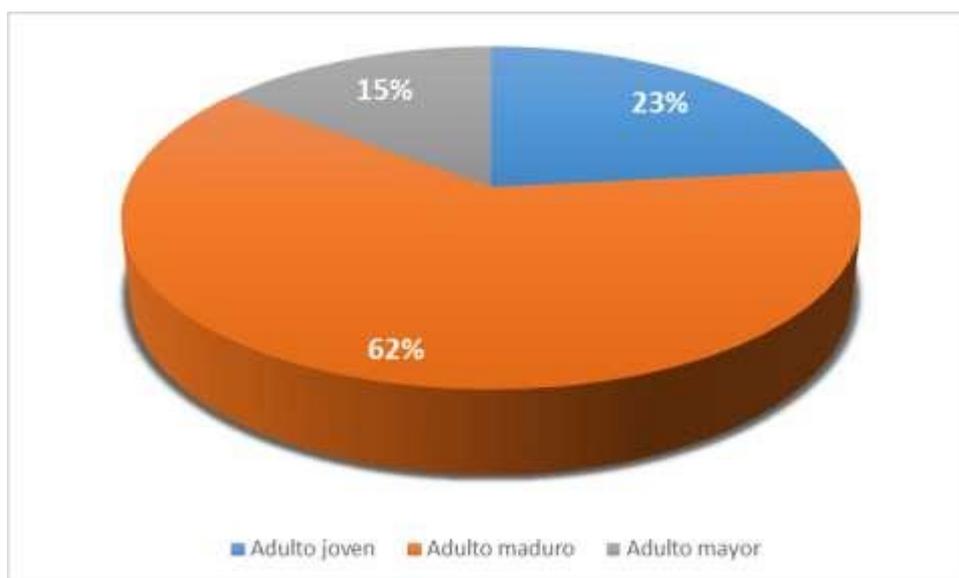
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vélchez, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz- La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 01:
SEXO DE LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ – LA
UNIÓN-PIURA, 2015



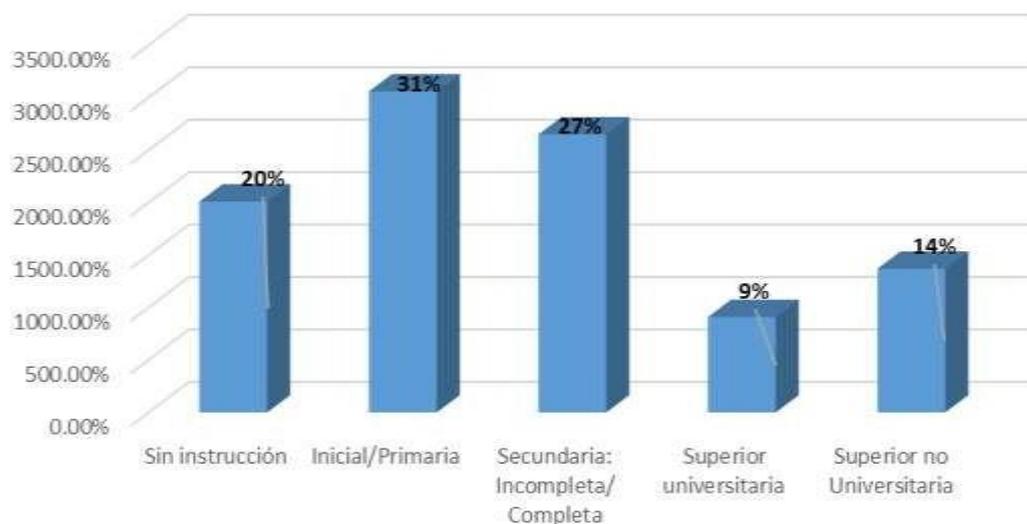
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 02:
EDAD DE LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ – LA
UNIÓN-PIURA, 2015



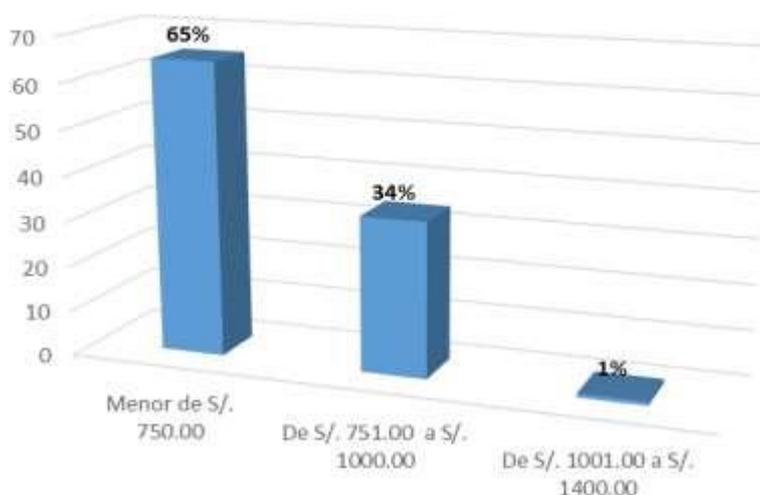
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 03:
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ – LA UNIÓN-PIURA, 2015.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

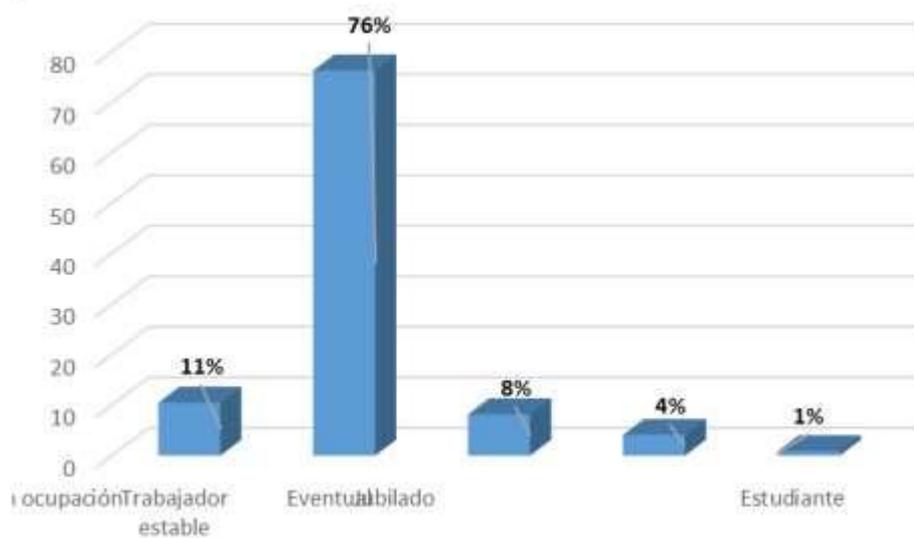
GRÁFICO N° 04:
INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ – LA UNIÓN-PIURA, 2015.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 05:

**OCUPACIÓN DE LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ
– LA UNIÓN-PIURA, 2015.**



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

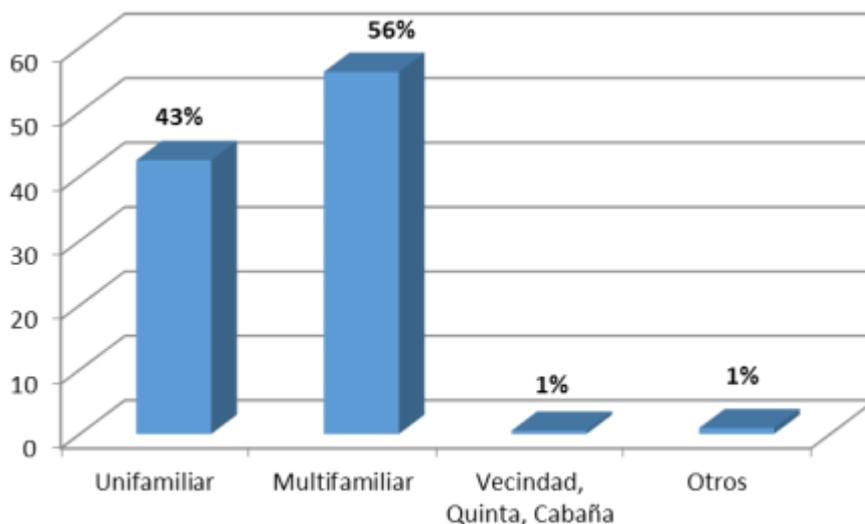
TABLA N° 02: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ – LA UNIÓN-PIURA, 2015.

tipo de vivienda	n	%
Unifamiliar	93	42,5
Multifamiliar	123	56,2
Vecindad, Quinta, Cabaña	1	0,5
Otros	2	0,9
Total	219	100,0
tenencia de vivienda	n	%
Alquiler	1	0,5
Cuidador/Alojado	6	2,7
Alquiler Venta	2	0,9
Propia	210	95,9
Total	219	100,0
material de piso de la vivienda	n	%
Tierra	169	77,2
EnTablado	3	1,4
Loseta, Vinílicos	5	2,3
Laminas Asfálticas	11	5,0
Parquet	31	14,2
Total	219	100,0
material del techo de la vivienda	n	%
Madera, Estera	2	0,9
Adobe	26	11,9
Material Noble: Ladrillo y Cemento	11	5,0
Eternit	180	82,2
Total	219	100,0
material de las paredes de la vivienda	n	%
Madera, Estera	5	2,3
Adobe	79	36,1
Estera y Adobe	3	1,4
Material noble: Ladrillo y cemento	132	60,3
Total	219	100,0
N° de personas que duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	8	3,7
2 a 3 miembros	161	73,5
Independiente	50	22,8
Total	219	100,0
abastecimiento de agua	n	%
Acequia	8	3,7
Cisterna	161	73,5
Red pública.	50	22,8

Total	219	100,0
Eliminación de excretas	n	%
Aire Libre	96	43,8
Acequia, Canal	1	0,5
Letrina	114	52,1
Baño Propio	6	2,7
Otros	2	0,9
Total	219	100,0
combustible para cocinar	n	%
Gas, Electricidad	77	35,2
Leña, Carbón	137	62,6
Bosta	3	1,4
Carca de vaca	2	0,9
Total	219	100,0
energía eléctrica	n	%
Sin Energía	3	1,4
Lámpara (No Eléctrica)	2	0,9
Grupo Electrógeno	2	0,9
Eléctrica Temporal	1	0,5
Eléctrica Permanente	211	96,3
Total	219	100,0
disposición de basura	n	%
A campo abierto	43	19,6
En un pozo	45	20,5
Se entierra, Quema, Carro Recolector	131	59,8
Total	219	100,0
Frecuencia de recojo de basura	n	%
Todas las semanas pero no diariamente	2	0,9
Al menos 2 veces por semana	2	0,9
Al menos una vez al mes	215	98,2
Total	219	100,0
Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	n	%
Carro Recolector	3	1,4
Montículo o campo limpio	44	20,1
Contenedor específico de recogida	1	0,5
Vertido por fregadero o desagüe	1	,5
Otro	170	77,6
Total	219	100,0

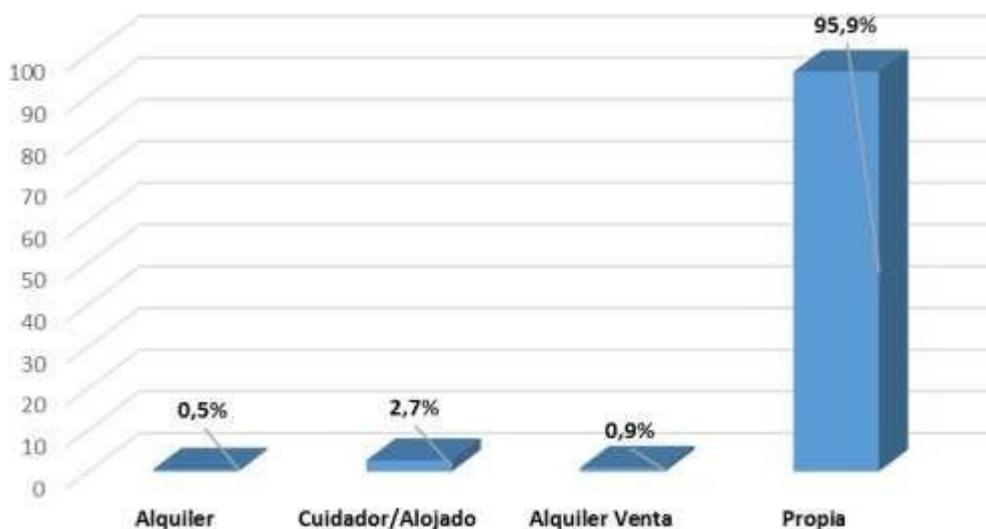
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz- La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 06:
TIPO DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE
SANTA CRUZ – LA UNIÓN-PIURA, 2015



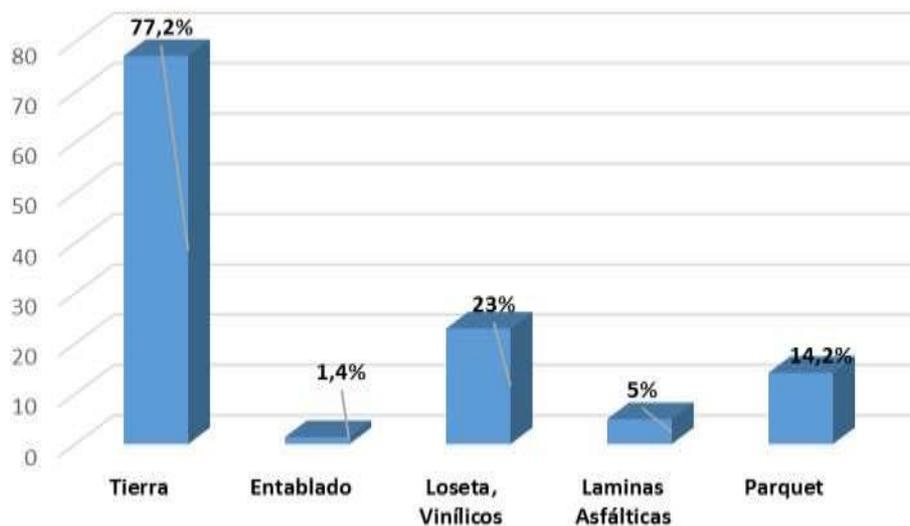
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 06.2:
TENENCIA DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO
DE SANTA CRUZ – LA UNIÓN-PIURA, 2015.



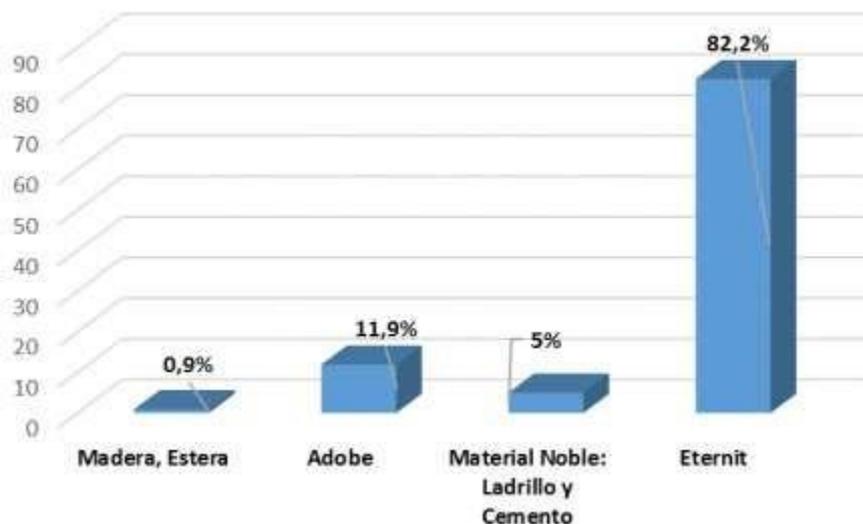
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 06.3:
MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA DEL
CASERÍO DE SANTA CRUZ – LA UNIÓN-PIURA, 2015.



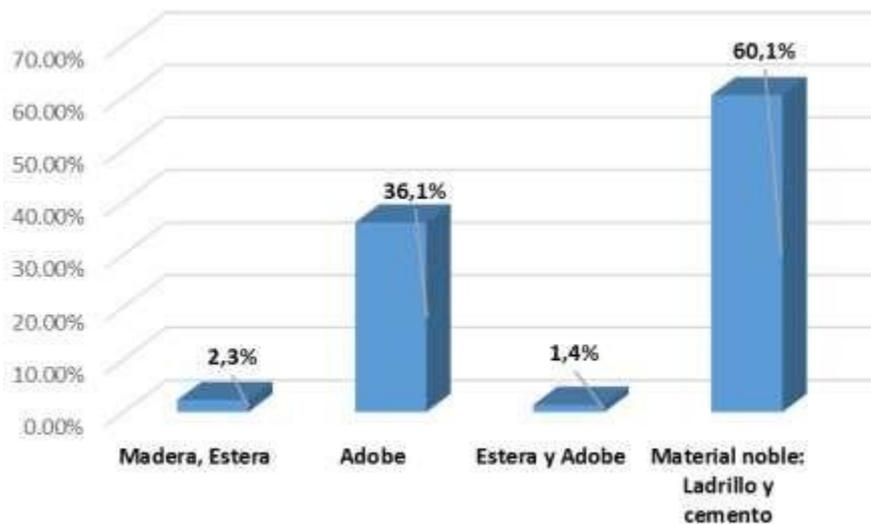
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vélchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 6.4:
MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA
DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ – LA UNIÓN-PIURA, 2015.



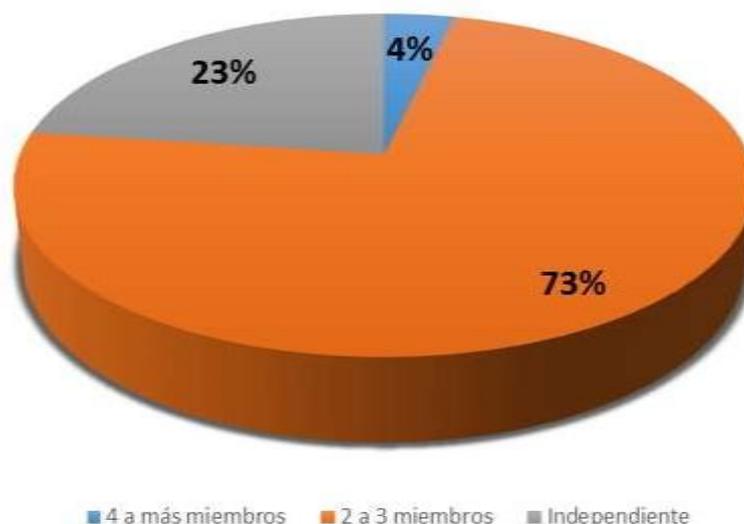
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vélchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 6.5:
MATERIAL DE PAREDES DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA
DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ – LA UNIÓN-PIURA, 2015.



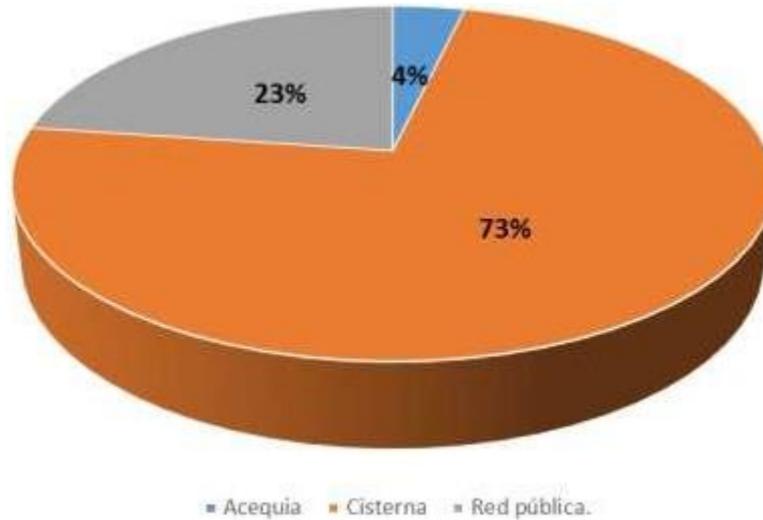
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 6.6:
NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN DE LA
VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ –
LA UNIÓN-PIURA, 2015.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 7:
ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ – LA UNIÓN-PIURA, 2015.



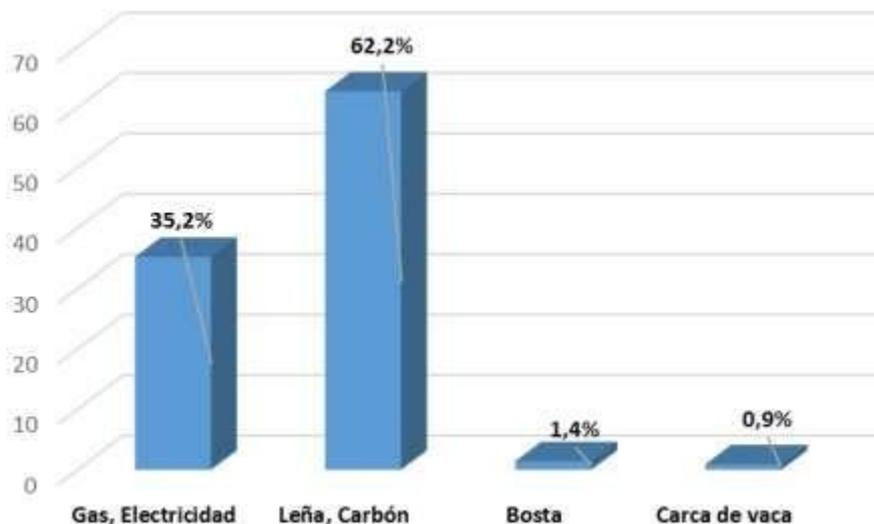
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 8:
ELIMINACIÓN DE EXCRETAS DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ – LA UNIÓN-PIURA, 2015.



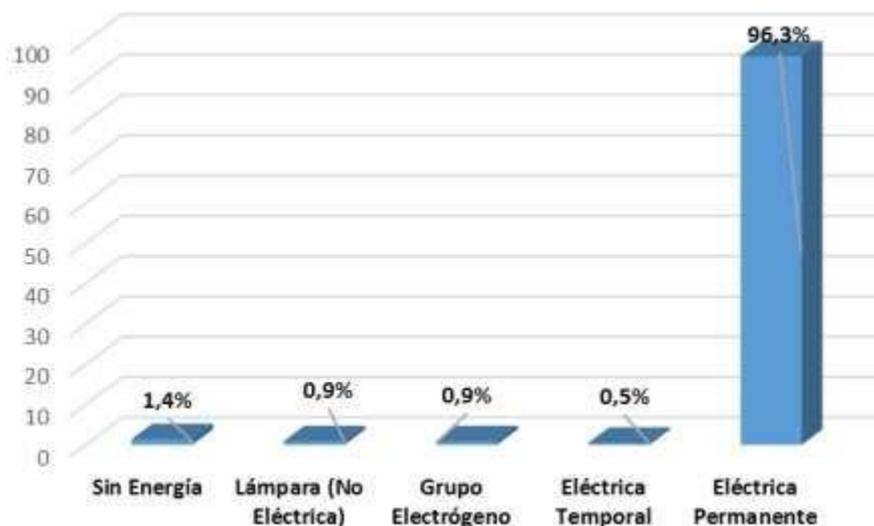
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 9:
COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ – LA UNIÓN-PIURA, 2015.



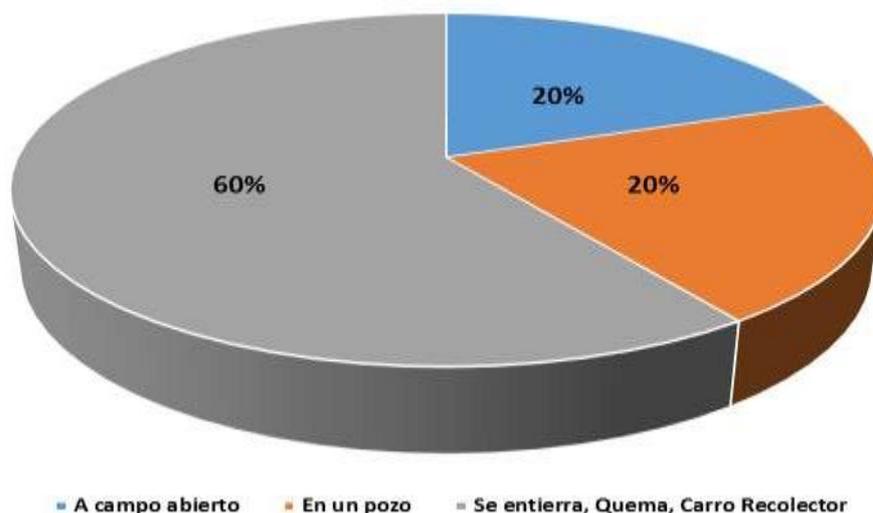
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 10:
ENERGÍA ELÉCTRICA DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ – LA UNIÓN-PIURA, 2015.



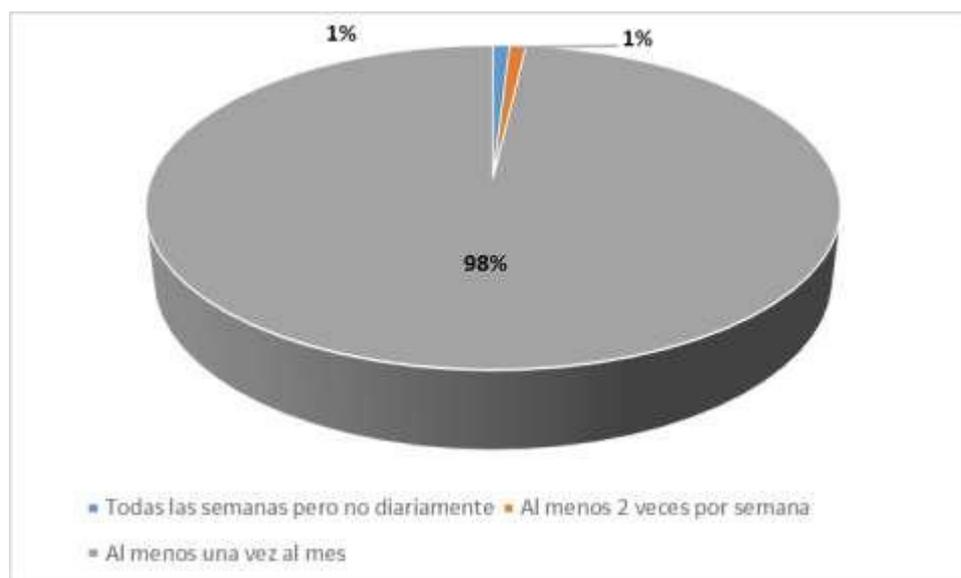
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 11:
DISPOSICIÓN DE BASURA DE LA VIVIENDA EN LA PERSONA ADULTA
EL CASERÍO DE SANTA CRUZ – LA UNIÓN-PIURA, 2015.



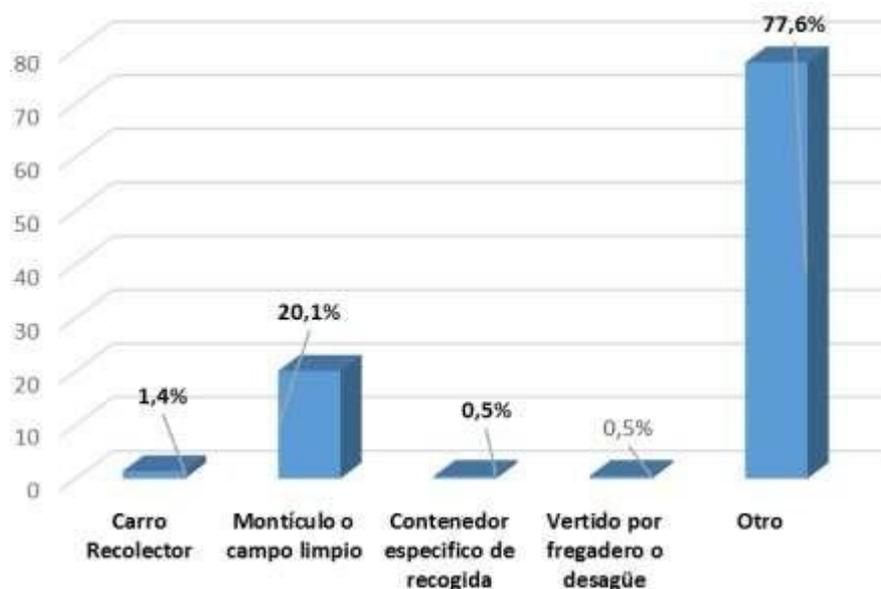
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 12:
FRECUENCIA DEL RECOJO DE LA BASURA DE LA VIVIENDA DE LA
PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-PIURA,
2015.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 13:
ELIMINACIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA
DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ – LA UNIÓN-PIURA, 2015.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vélchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

TABLA N° 03: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-PIURA, 2015.

Fuma actualmente:	n	%
No actualmente, pero lo he hecho antes	52	23,7
No, ni lo he hecho de manera habitual	167	76,3
Total	219	100,0
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n	%
Diario	1	0,5
Dos a tres veces por semana	1	0,5
Una vez a la semana	1	0,5
Una vez al mes	29	13,2
Ocasionalmente	69	31,5
No Consumo	118	53,9
Total	219	100,0
N° de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	197	90,0
[08 a 10)	19	8,7
[10 a 12)	3	1,4
Total	219	100,0
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	203	92,7
4 veces a la semana	16	7,3
Total	219	100,0
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	n	%
Si	86	39,3
No	133	60,7
Total	219	100,0
Actividad física que realiza en su tiempo libre	n	%
Caminar	59	26,9
Deporte	53	24,2
Gimnasia	1	0,5
No realizo	106	48,4
Total	219	100,0
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 min.	n	%
Caminar	62	28,3
Juegos con poco esfuerzo	1	0,5
Correr	12	5,5
Deporte	39	17,8
Ninguna	105	47,9
Total	219	100,0

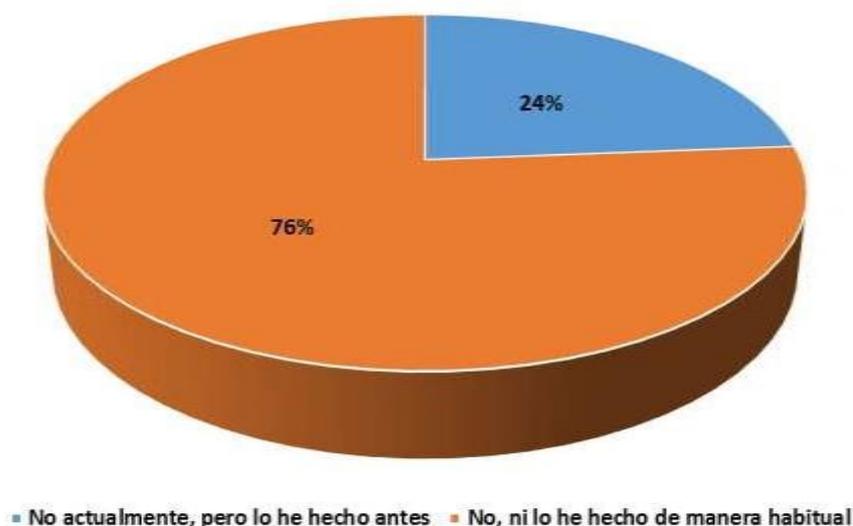
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz- La Unión-Piura, 2015.

TABLA N° 03: ALIMENTACIÓN DE LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-PIURA, 2015.

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frutas	94	42,9	110	50,2	15	6,8	00	00	00	00	219	100,0
Carne	26	11,9	89	40,6	99	45,2	5	2,3	00	00	219	100,0
Huevos	20	9,1	67	30,6	122	55,7	9	4,1	1	,5	219	100,0
Pescado	100	45,7	67	30,6	50	22,8	2	,9	00	00	219	100,0
Fideos	10	4,6	51	23,3	94	42,9	64	29,2	00	00	219	100,0
Pan, cereales	107	48,9	67	30,6	39	17,8	6	2,7	00	00	219	100,0
Verduras, hortalizas	36	16,4	157	71,7	24	11,0	2	,9	00	00	219	100,0
Otras	2	,9	86	39,3	102	46,6	24	11,0	5	2,3	219	100,0

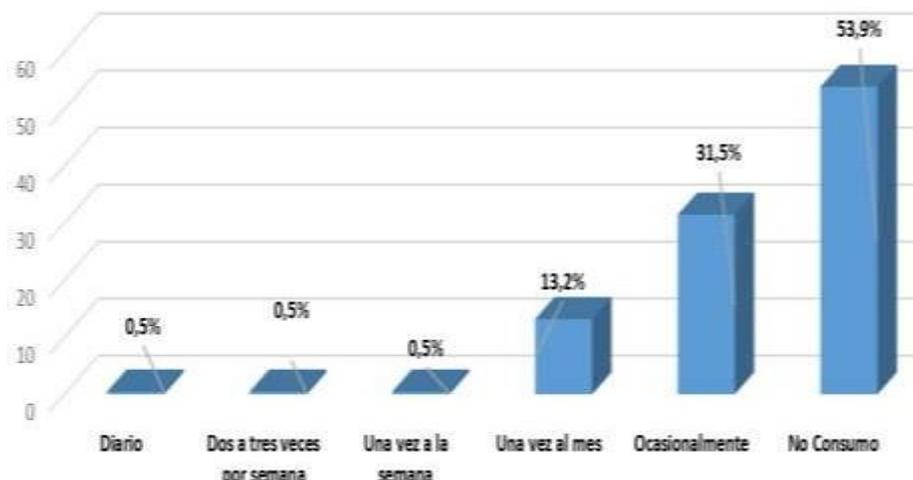
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz- La Unión-Piura, 2015.

**GRÁFICO N° 14:
FUMA ACTUALMENTE LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-PIURA, 2015.**



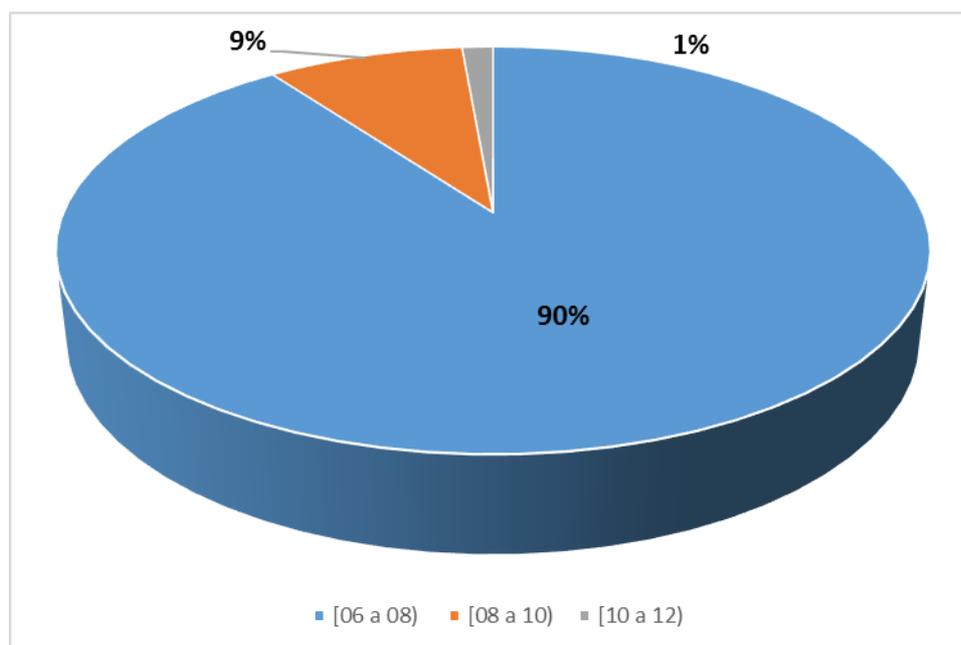
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 15:
FRECUENCIA QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-PIURA, 2015.



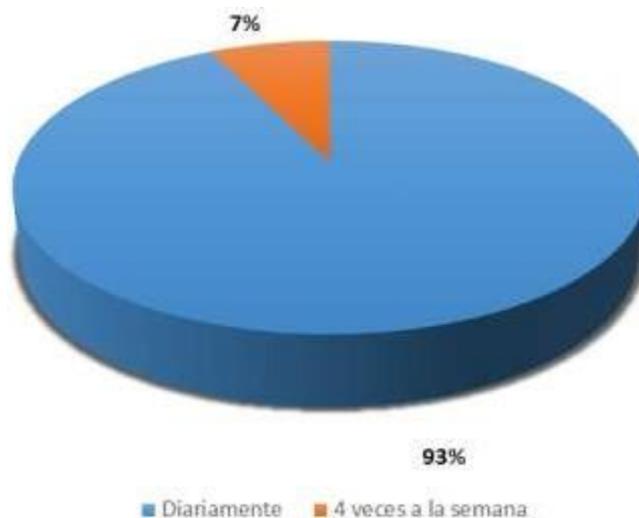
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 16:
NÚMERO DE HORAS QUE DUERME LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-PIURA, 2015.



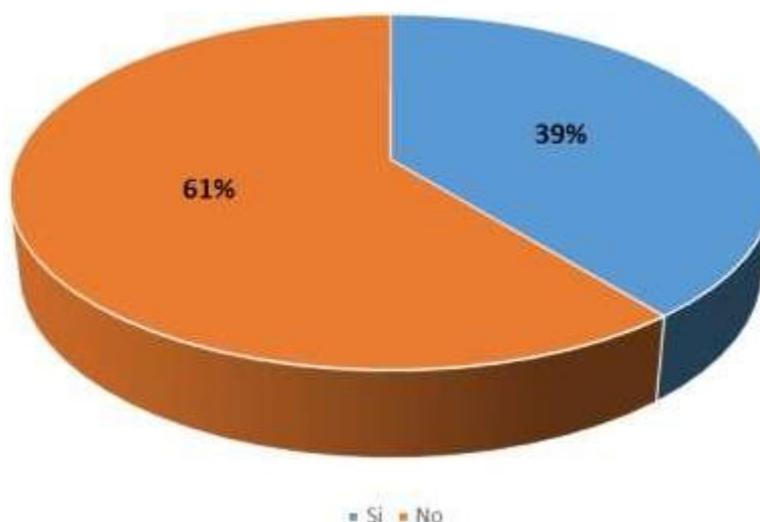
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 17:
FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑA LA PERSONA ADULTA DEL
CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-PIURA, 2015.



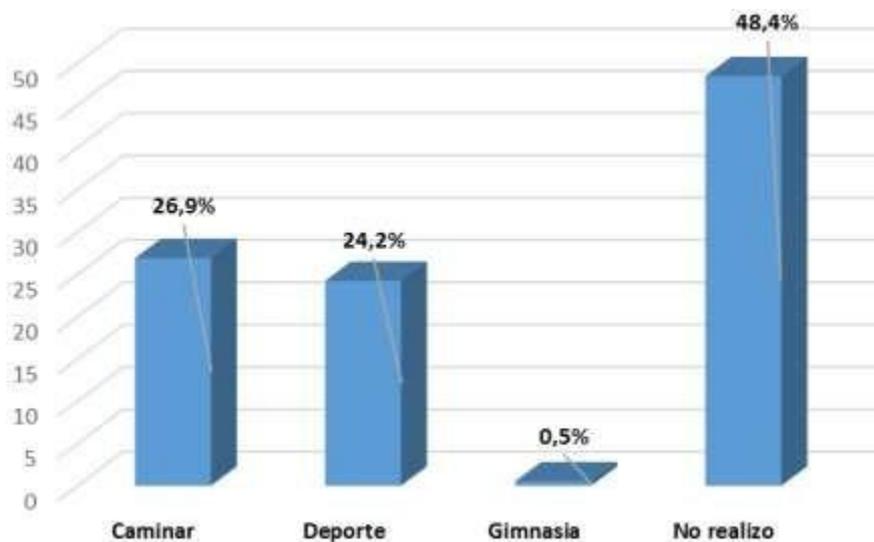
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 18:
EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO EN LA PERSONA ADULTA DEL
CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-PIURA, 2015.



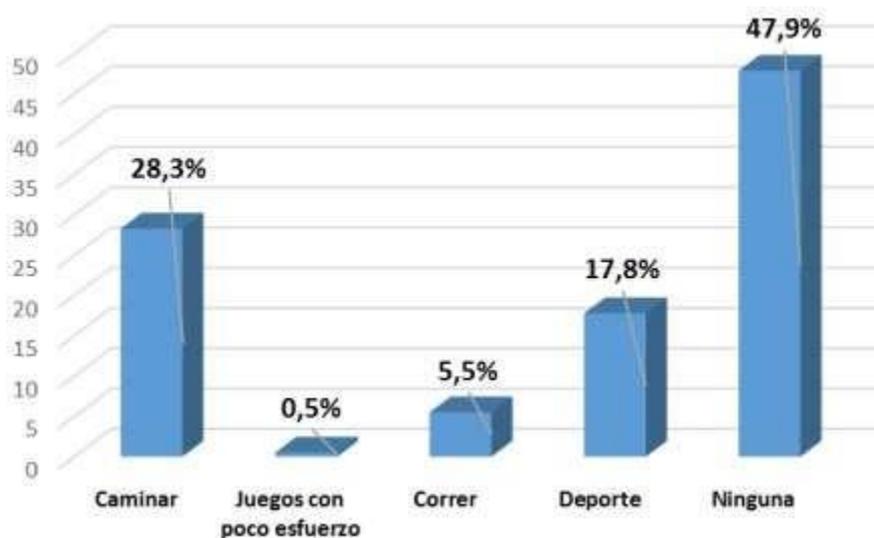
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 19:
ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-PIURA, 2015.



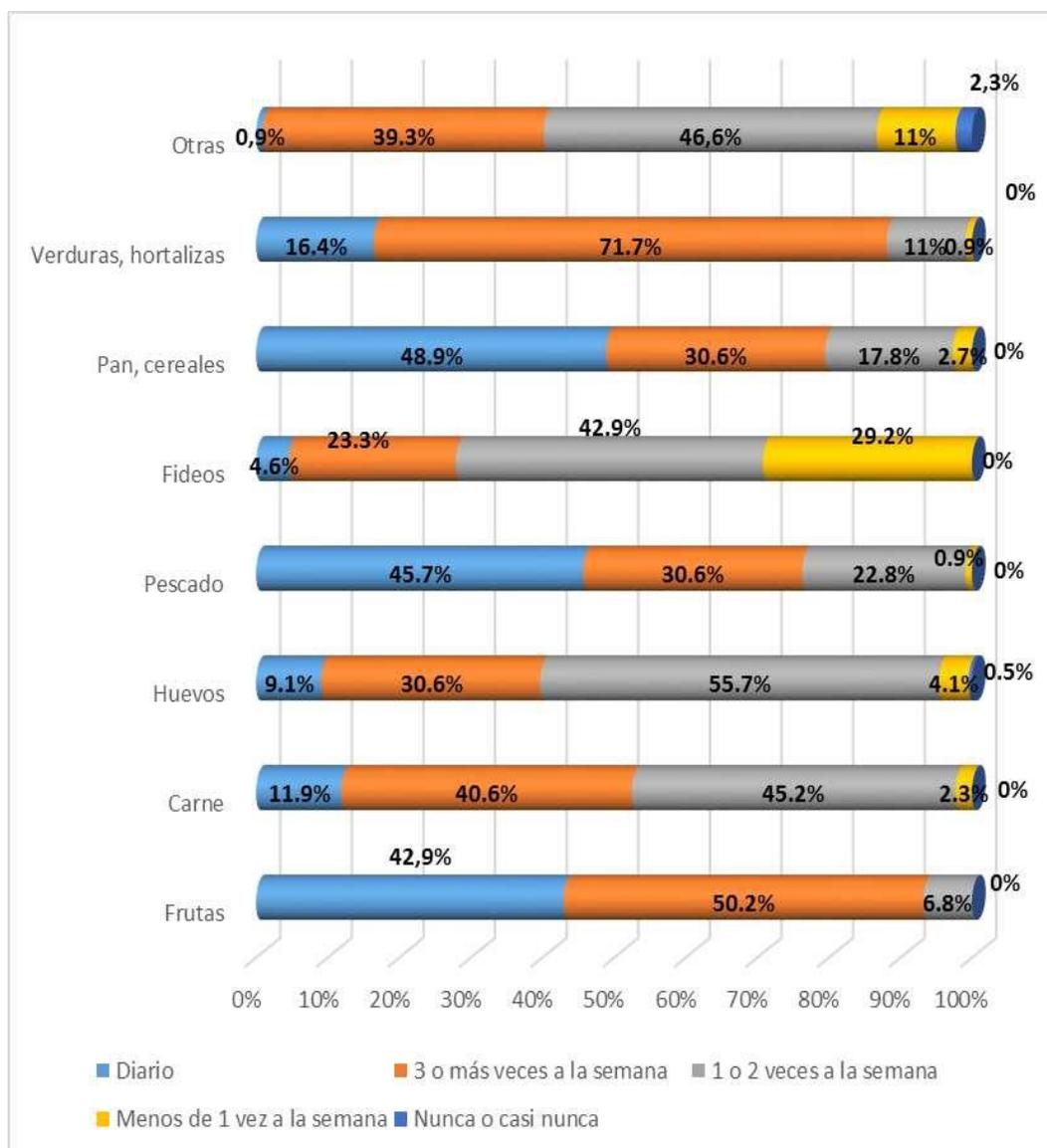
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 20:
ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZO DURANTE LAS ULTIMAS SEMANAS POR 20 MINUTOS LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-PIURA, 2015.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 21:
ALIMENTACIÓN DE LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA
CRUZ-LA UNIÓN-PIURA, 2015.



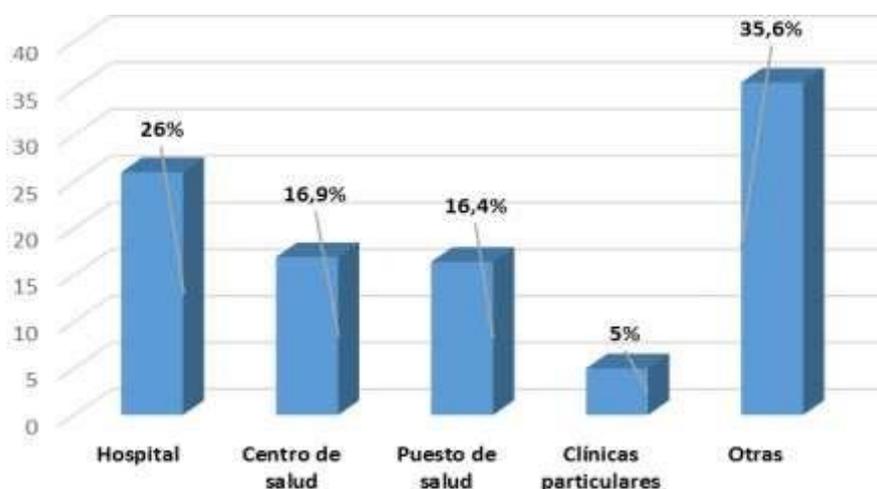
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz- La Unión-Piura, 2015.

TABLA N° 04: DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-PIURA, 2015.

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	57	26,0
Centro de salud	37	16,9
Puesto de salud	36	16,4
Clínicas particulares	11	5,0
Otras	78	35,6
Total	219	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n	%
Muy cerca de su casa	00	00
Regular	34	15,5
Lejos	68	31,1
Muy lejos de su casa	96	43,8
No sabe	21	9,6
Total	219	100,0
Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	18	8,2
SIS – MINSA	76	34,7
SANIDAD	1	,5
Otros	124	56,6
Total	219	100,0
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	10	4,6
Largo	32	14,6
Regular	145	66,2
Corto	4	1,8
Muy corto	1	,5
No sabe	27	12,3
Total	219	100,0
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	n	%
Muy buena	4	1,8
Buena	72	32,9
Regular	121	55,3
Mala	00	00
No Sabe	22	10,0
Total	219	100,0
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	n	%
Si	8	3,7
No	211	96,3
Total	219	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz- La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 22:
INSTITUCIÓN EN LA QUE SE ATENDIÓ EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES LA
PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-PIURA,
2015.



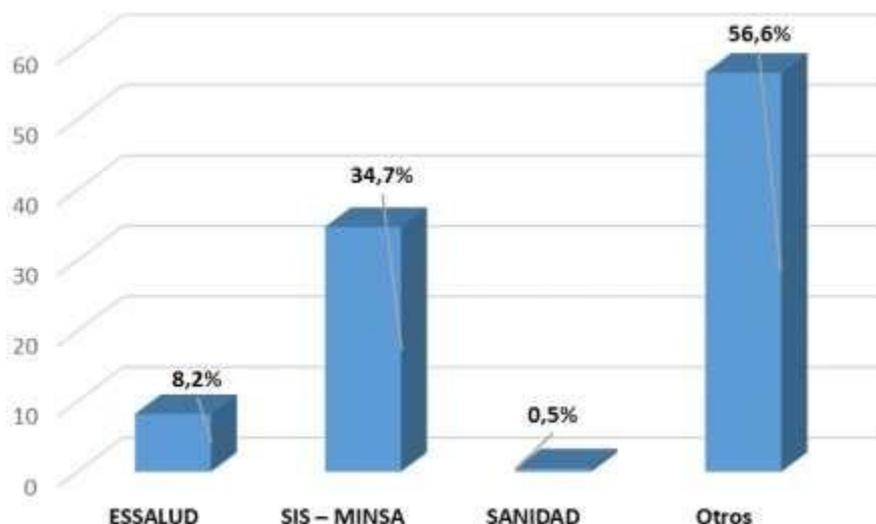
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 23:
CONSIDERACIÓN DE DISTANCIA DONDE SE ATENDIÓ LA PERSONA
ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-PIURA, 2015.



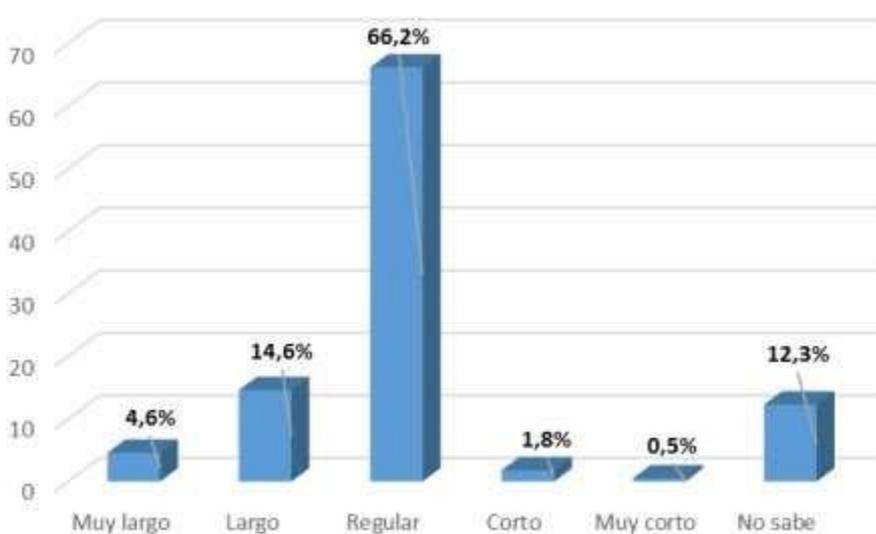
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 24:
TIPO DE SEGURO QUE TIENE LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-PIURA, 2015.



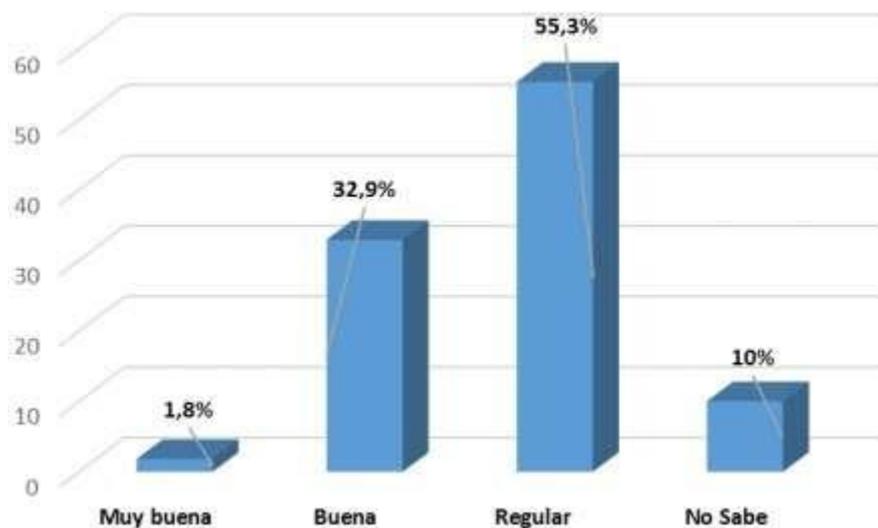
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 25:
TIEMPO QUE ESPERO PARA ATENDERSE LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-PIURA, 2015.



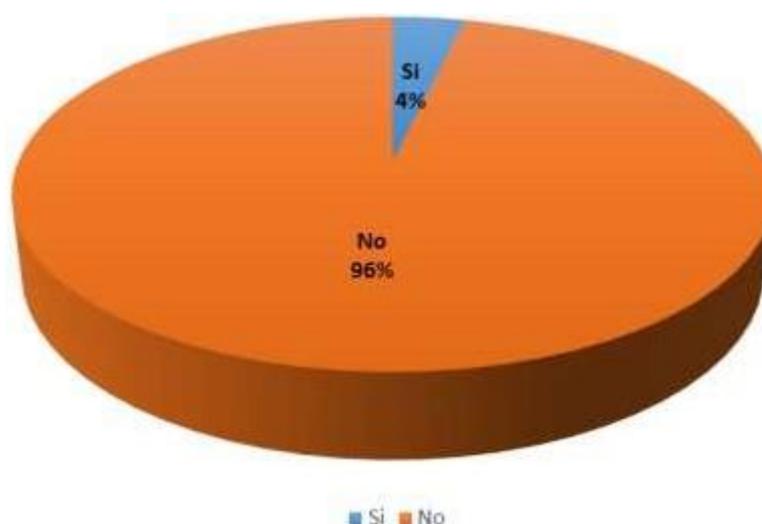
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 26:
CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ LA PERSONA ADULTA DEL
CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-PIURA, 2015.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 27:
EXISTE PANDILLAJE CERCA DE LA CASA DE LA PERSONA ADULTA
DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-PIURA, 2015.



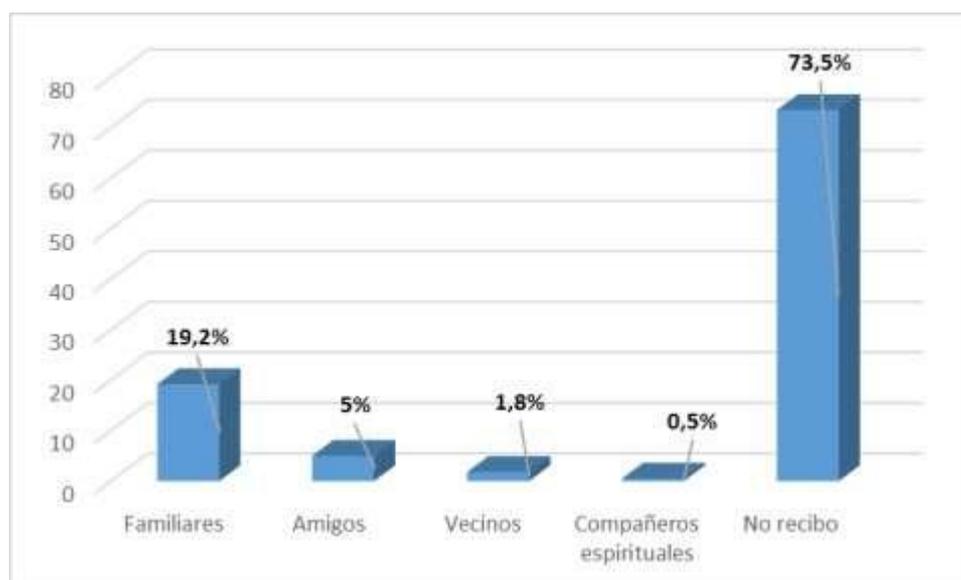
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015

TABLA N° 05: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LA PERSONA ADULTA DEL ASENTAMIENTO HUMANO SANTA ROSA-PIURA, 2014

Recibe algún apoyo social natural:	n	%
Familiares	42	19,2
Amigos	11	5,0
Vecinos	4	1,8
Compañeros espirituales	1	0,5
No recibo	161	73,5
Total	219	100,0
Recibe algún apoyo social organizado:	n	%
Empresa para la que trabaja	1	0,5
Organizaciones de voluntariado	2	0,9
No recibo	216	98,6
Total	219	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

**GRÁFICO N° 28:
RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-PIURA, 2015.**



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 29:
RECIBE APOYO SOCIAL ORGANIZADO LA PERSONA ADULTA DEL
CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-PIURA, 2015.



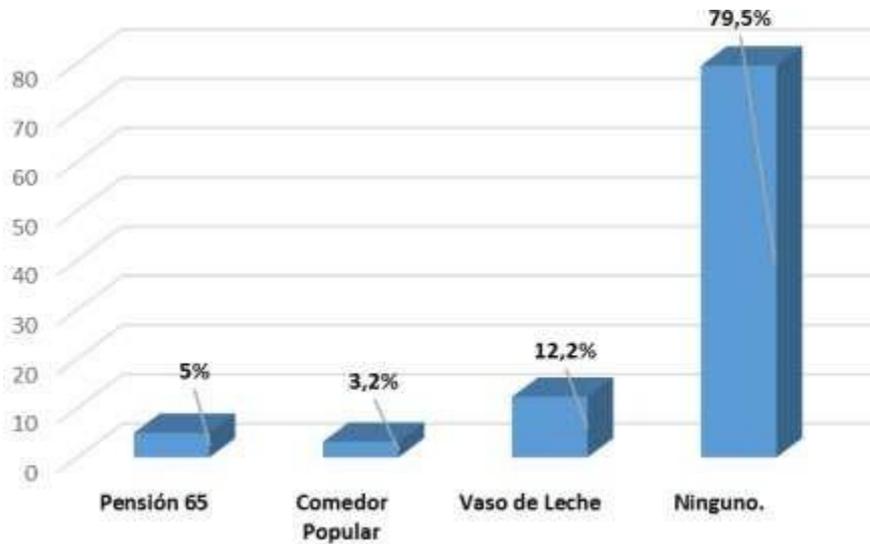
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

TABLA N° 06: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN LA PERSONA ADULTA DEL CASERIO DE SANTA CRUZ-LA UNION- PIURA, 2015

recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:	n	%
Pensión 65	11	5,0
Comedor Popular	7	3,2
Vaso de Leche	27	12,3
Ninguno.	174	79,5
Otros	00	00
Total	219	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

GRÁFICO N° 30:
RECIBE APOYO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES,
LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO DE SANTA CRUZ-LA UNIÓN-
PIURA, 2015.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona adulta elaborado por Vílchez, A, aplicada en la persona adulta del Caserío de Santa Cruz – La Unión-Piura, 2015.

4.2. Análisis de Resultados.

A continuación se presenta el análisis de los resultados de las variables de las determinantes de la salud de la persona adulta en el Caserío de Santa Cruz- La Unión-Piura, 2015.

En la Tabla N° 01: con respecto a los determinantes de la salud biosocioeconómicos podemos observar que en los Adultos del Caserío de Santa Cruz. El 51,1% de ellos son de sexo femenino, el 62,1% son adultos maduros (de 30 a 59 años, 11 mese, 29 días), respecto al grado de instrucción se observa que el 30,6% tienen inicial/primaria, además el 64,8% tienen un ingreso económico menor de 750 soles mensuales y el 76,3% son trabajadores eventuales.

Estos resultados se aproximan, con los encontrados por Correa B. (51), en su estudio Determinantes de la Salud en la Persona Adulta. Del Asentamiento Humano 4 de Noviembre-Sullana, 2013. Donde su muestreo estuvo conformado por 176 personas adultas, donde se observa que el 55,68% de la población encuestada son del sexo femenino, el 51, 14% están en la etapa adulto maduro comprendida de (30 a 59 años 11 meses 29 días), Respeto al grado de instrucción el 52,27% tienen inicial/primaria, también se observa que el 63,07% tienen un ingreso económico que menor de 750 nuevos soles, el 73,86% tiene la ocupación eventual.

Los resultados se relacionan a lo investigado por Alejos M. (52), en su estudio Determinantes de la salud de la persona adulta. Pueblo joven La Unión - Chimbote, 2013. Donde su muestra estuvo conformado por 357 personas adultas, donde se observa que el 57% son de sexo femenino, el 60% son adultos maduros, el 65% tienen secundaria completa/incompleta, el 57% tienen un ingreso mensual menor a 750 y el 60% cuentan con un trabajo eventual.

Asimismo se acercan a los de Martínez J. (53). Quien estudio Determinantes de la salud en la persona adulta en el caserío de Pitayo - Lancones - Sullana, 2013; Encontrando que el 55,0% están en la etapa adulto maduro, el 66,2% destaca el sexo femenino, el 51,43% tiene un grado de instrucción de secundaria y tienen un ingreso económico menor de 1000 nuevos soles y el 62.86% tienen un trabajo eventual.

Estos resultados se asemejan a lo investigado por Dueñas, J. (54), en su estudio Determinantes de la salud en las personas adultas de la junta vecinal Las Begonias- Tacna, 2013. Donde su muestra es de 173 personas adultas, donde el 56,65% son de sexo femenino, el 50,87% se encuentra en la etapa adulto maduro, el 53,18% tienen grado de instrucción secundaria completa /incompleta, el 51,45% tienen un ingreso económico menor de 750 soles mensuales, el 53,18% tienen una ocupación eventual.

Tenemos que se asemeja lo investigado por Garay, A. (55), en su estudio Determinantes de la salud del adulto. A.H. Golfo Pérsico – Nuevo Chimbote, 2013. Donde su muestra estuvo conformado por 249 personas adultas, de las cuales el 51,81% de la población encuesta son de sexo femenino, el 43,77% se encuentran en la etapa adulto maduro, el 59,44% tienen grado de instrucción secundaria completa/incompleta excepto el 33,33% lo cual tiene un ingreso económico de 1401 a 1800 soles mensuales, el 52,62% tienen una ocupación de trabajador estable.

Estos resultados se acercan a los encontrados por Méndez, N. (56), en su investigación sobre Determinantes de la Salud de los Adultos (a) en la comunidad Chua Alto Sector “T” Huaraz, 2013. Donde su muestra estuvo conformada por 169 adultos; y se observa que el 51% son de sexo femenino, el 54,4% ocupación de trabajo eventual, el 84% de las personas adultas tienen un ingreso económico menor de 750 nuevos soles.

Estudios que defieren con la investigación tenemos a: Pastor, K. (57), en su estudio Determinantes de la Salud en la Persona Adulta. Manuel Arévalo 3° Etapa-La Esperanza, 2012. Donde su muestra estuvo conformado por 336 personas adultas, de las cuales el 51,19% de la población encuesta son de sexo masculino, el 29,17% tienen un grado de instrucción Superior no universitaria, el 88,1% lo cual tiene un ingreso económico de 751 a 1000 soles mensuales, excepto el 50.89% se encuentran en la etapa adulto maduro, el 55,65% tiene una ocupación de trabajo eventual.

En el campo de enfermería Dorothea Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (58).

El sexo es el conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres. Sexo masculino es un término de biología que denota al sexo que produce espermatozoides. En la cultura humana, la masculinidad es el reflejo de la actividad hormonal que genera actitudes y cualidades viriles secundarias que no dejan lugar a dudas sobre la definición sexual (59).

La palabra sexo es la diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer. Por lo tanto se entiende a la sexualidad como la manera en que se manifiestan los humanos en seres femeninos y masculinos incluyendo aspectos biológicos y sociales (60).

La etapa madura o madurez media periodo entre los 40 y 65 años según Erikson se caracteriza por el desarrollo de los demás sean hijos propios o a las generaciones jóvenes. Es aquel individuo hombre o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, psicológicamente ha adquirido una conciencia, en el desarrollo de su inteligencia y económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras en las personas adultas maduras (61).

El grado de instrucción es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integrados en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora en ámbitos individuales como colectivos, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (62).

El ingreso económico son ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad ya sea pública o privada, individual o grupal. En general los ingresos son los elementos tanto monetarios como no monetarios que se acumulan y generan como consecuencia un círculo de ganancia y consumo (63).

En la investigación realizada en el Caserío de Santa Cruz- La Unión- Piura, 2015. Se encontró que más de la mitad son de sexo femenino, y la edad que predomina es adulto maduro, resultado que nos estaría indicando que el hecho de ser mujer por las características propias de edad reproductiva puede ser un periodo de riesgos para la salud, asociados por un lado, con el sexo, la reproducción, los estereotipos de género, el analfabetismo y las tradiciones vigentes de la sociedad.

En relación al grado de instrucción menos de la mitad tiene Inicial/Primaria esto puede deberse a que el adulto no tuvo la oportunidad de concluir estudios secundarios y por ende continuar una carrera profesional y así acceder a un trabajo estable, por lo cual la mayoría tiene un trabajo eventual con un ingreso menor de 750 soles resultados que nos estaría indicando que ejercen algún trabajo para solventar los gastos de su hogar.

Por ende se puede decir que la situación de la persona adulta del Caserío Santa Cruz tienen inicial/primaria este es un factor importante, porque el ingreso económico favorece a tener más oportunidades en el campo laboral y hoy en día las posibilidades de trabajo para los que no tienen un grado de instrucción completa, se ve complicada la cual altera el bienestar de la persona, afectando a su salud mental, física y social.

En la Tabla N° 02: sobre los determinantes de la salud relacionados con la vivienda podemos observar que en los Adultos del Caserío Santa Cruz- La Unión-Piura, 2015, el 56,2% de ellos tienen una vivienda multifamiliar, el 95,9% de las personas adultas tienen una vivienda propia, el 77,2% de las viviendas tienen piso de tierra, además el 82,2% de las viviendas tienen techo de Eternit, así también el 60,3% de las viviendas tienen sus paredes de material noble.

En cuanto al número de personas que duermen en una habitación el 73,5% la utilizan de 2 a 3 miembros, además el 73,5% se abastece de agua por cisterna, no cuenta con una conexión de agua. Respecto a la eliminación de excretas se observa que el 52,1% utiliza letrina. En cuanto al combustible que se utiliza para cocinar los alimentos el 62,6% utiliza leña y carbón. El 96,3% cuenta con energía eléctrica permanente. Así mismo se observa que el 59,8% entierra o quema su basura. También se observa que el 98, 2% manifiesta que el recojo de la basura la realizan al menos una vez al, así mismo se observa que el 77,6%

elimina su basura por otros medios como quemarla o enterrarla en el campo.

Los resultados difieren a lo investigado por Barrios A. (63), quien investigó Mejoramiento de viviendas en comunidades rurales en Paraguay-2003. Donde concluye que la mayoría de las viviendas tienen dos piezas. En cuanto al material del techo el 90% es de paja, paredes el 65% es de abobe, el 49 % cuenta con piso de tierra. El servicio de energía eléctrica, llega al 100 %. Todos cuentan con pozo de agua. Un 65 % de la población, tiene letrina en sus baños el resto cuenta con pozo ciego. En lo que respecta a las cocinas más del 50 % de las cocinas no tienen fogón en alto. El 72% de los pobladores queman sus desperdicios, el 24% entierran, y el 4% los utilizan para abono.

Los resultados se aproximan a lo investigado por Alzate E, Vélez M, López Y. (64), quienes investigaron sobre la Vivienda Nueva Rural enmarcada en la Estrategia de Vivienda Saludable: Copacabana, Antioquia (Colombia) – 2011. Se encontró que el 58,3% de la población cuenta con vivienda propia. EL material del piso y paredes es liso impermeable con el 100,00%, el 100,00% cuenta con techo de Eternit. El 93,1% de viviendas tiene cobertura de energía. El 69,0% cuentan con acueducto veredal. El 11,8% utilizan leña y madera como combustible para la cocción de alimentos. La cobertura de recolección de basura es 58,6% en el total de las viviendas. La segunda opción utilizada es la quema a campo abierto con 17,6%, el 11,7% quema, el 11,7% bota al campo abierto.

Los resultados se asemejan a lo investigado por Paria D. (65). Quien investigo sobre: Determinantes de la salud en las personas adultas de la asociación Paseo de los Héroes - Tacna, 2013. : En los determinantes de vivienda, presenta en tipo de vivienda un 80,4% es vivienda multifamiliar, el 91,9% tiene tenencia de vivienda propia, el 95,2%

presenta el material de las paredes de material noble, ladrillo y cemento y el 54,2% presenta un número de dos a tres miembros por habitaciones que se usan exclusivamente.

Estos estudios difieren con los encontrados por Camacho, C. (66), en su estudio sobre los Determinantes de la salud en la persona adulta del Asentamiento Humano Santa Teresita-Sullana, 2012; cuya muestra estuvo conformada por 201 personas adultas, donde el 67,66% tiene material de piso de loseta, el 96,52 tiene material noble de paredes, el 69,65% duermen en habitaciones independiente, el 100% utilizan gas para cocinar, tienen energía eléctrica permanente, depositan la basura en carro recolector, que pasa recogiendo todas las semanas pero no diariamente, y eliminan su basura en carro recolector, excepto el 96,52% tienen vivienda propia, el 100% tiene baño propio, el 89,05% que tienen vivienda unifamiliar, el 61,19% techo de Eternit y el 75,62% que se abastece de agua por conexión domiciliaria.

Vivienda, se denomina a la obra arquitectónica humana, que cumple las necesidades básicas del hombre actual, con un mínimo de confort, que asegura reparo contra el frío, mínimas necesidades de privacidad para el desarrollo de las personas y la familia. Donde deben brindar seguridad, protección, intimidad y contribuir al bienestar de todas las personas que la habitan (67).

Los techos, deben proporcionar protección y seguridad para evitar el ingreso del agua de lluvia y de animales tales como ratas o murciélagos que generan enfermedades como la leptospirosis y la rabia. Su diseño debe permitir el ingreso del sol, luz, iluminación y ventilación para evitar ambientes húmedos y poco ventilados. La humedad propicia enfermedades respiratorias (68).

La habitación o hacinamiento está asociado con exceso de habitabilidad, altas tasas de ocupación de un alto número de personas en un mismo espacio y el elevado número de casas en un solo entorno. El espacio reducido por persona está asociado con un incremento del riesgo a contraer enfermedades infecciosas, tuberculosis, hepatitis, ansiedad, depresión, mayor demanda de asistencia médica, retraso de desarrollo infantil (69).

Abastecimiento de agua viene a ser el conjunto de tuberías, instalaciones y accesorios destinados a conducir las aguas requeridas a una población determinada para satisfacer sus necesidades. El sistema de abastecimiento de agua se clasifica dependiendo del tipo de usuario, urbano o rural. Los sistemas de abastecimientos rurales suelen ser sencillos y no cuentan en su mayoría con red de distribución sino que utilizan “Piletas Publicas” o llaves para uso común como las aguas subterráneas captadas mediante una bomba manual o hidráulica. Los sistemas de abastecimiento urbano son sistemas complejos que cuentan con una serie de componentes: Fuente, línea matriz, Red de distribución etc (70).

El material de construcción de la vivienda debe contar con estructuras firmes y seguros, las paredes de las habitaciones deben ser lisas, sin grietas para evitar la proliferación de vectores como ratas, pulgas, garrapatas, y otros que puedan transmitir enfermedades. Los pisos deben ser compactos, impermeables, de fácil limpieza. Un suelo húmedo o de tierra es el sitio ideal para que vivan muchos paracitos e insectos que pueden poner en peligro la salud (71).

Los techos deben proporcionar protección y seguridad para evitar el ingreso del agua de lluvia y animales tales como ratas, murciélago, que generan enfermedades como la leptospirosis y la rabia. Su diseño debe permitir el ingreso de iluminación y ventilación para evitar ambientes

húmedos y poco ventilados; la humedad propicia enfermedades respiratorias (72).

En la investigación realizada a la persona adulta del Caserío Santa Cruz-La Unión- Piura, se halló que más de la mitad cuentan con una vivienda multifamiliar, casi todos cuentan con tenencia de vivienda propia, la mayoría el material de piso es de tierra, material del techo de calamina o eternit, sus paredes de material noble y presenta de 2 a 3 miembros en una habitación, probablemente estos resultados signifiquen un enfoque de riesgo de la integridad física de 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, lo cual puede ser un determinante de la calidad de vida precaria en la vivienda, también puede estar asociado a factores culturales, sociales, políticas, etc.

Se encontró que la mayoría cuenta con abastecimiento de agua proveniente de cisterna, más de la mitad cuentan con letrina para la eliminación de sus excretas, debido a que no cuentan con los servicios básicos de agua y desagüe. Estos resultados nos estarían indicando que el primer motivo se debe a la desigualdad, ya sea porque no tienen los medios económicos suficientes o porque se encuentran ubicadas en una zona rural, de esta forma las personas no se abastecen de fuentes de agua seguras. Las aguas de cisternas, dispuestas para el consumo humano, frecuentemente no están sujetas a tratamiento para la remoción de los contaminantes biológicos.

La eliminación adecuada e higiénica de los desechos sólidos domésticos podría reducir los riesgos para la salud y crear un entorno más agradable para la vida. La utilización de métodos apropiados de almacenamiento, recolección y disposición final es desfavorable a la reproducción de insectos y roedores causantes de enfermedades. Por

otro lado, el inadecuado almacenamiento, recolección y disposición final de los desechos sólidos puede dar lugar a una serie de riesgos para la salud como son las enfermedades gastrointestinales y parasitarias.

En cuanto a la variable combustible para cocinar la mayoría utiliza leña o carbón para cocinar. Estos resultados nos indican, que el factor económico no les permite adquirir combustibles seguros, o por razones culturales y costumbres. La inhalación de humo en el interior de las viviendas puede generar riesgo para la salud, como contraer neumonía y otras infecciones agudas de las vías respiratorias. Es probable, que las mujeres expuestas al humo sufran enfermedades respiratorias.

Según la variable energía eléctrica, casi todos cuentan con energía eléctrica permanente tanto para las viviendas y el servicio de alumbrado público para las zonas donde hay concentración de población.

En cuanto a la disposición de la basura más de la mitad no realiza la eliminación a campo abierto o pozo, procediendo a quemarla o enterrarla, cuando quema o entierra la basura expone a la población a contraer enfermedades gastrointestinales y parasitarias a través de vectores, roedores, perros, aves e incluso de las personas que se encuentran en contacto directo con los desechos; así mismo de producir enfermedades respiratorias por el humo que se genera al quemarla. La educación sobre los métodos apropiados de almacenamiento, recolección y disposición final es indispensable para evitar riesgos a la salud pública.

Casi todos cuentan con una frecuencia de recojo de basura al menos una vez al mes, en cuanto a la eliminación de la basura la mayoría lo realiza en otros lugares como enterrarla o quemarla.

En la Tabla N° 03: sobre los determinantes de los estilos de vida podemos observar que en los Adultos del Caserío de Santa Cruz - La Unión-Piura, 2015. El 76,3% de las personas adultas no ha fumado ni lo ha hecho de manera habitual. Así como el 53,9% no consumen bebidas alcohólicas. El 90,0% de las personas adultas duermen de 6 a 8 horas diarias. El 92,7% se baña diariamente. Así también el 60,7% no se ha realizado examen médico periódico. El 48,4% no realiza actividad física en su tiempo libre. Así mismo el 47,9% en las 2 últimas semanas no ha realizado actividad física por más de 20 minutos.

Respecto a la dieta alimenticia se observa que 3 o más veces a la semana el 50,2% consume frutas, 45,2% consume carne 1 o 2 veces por semana, 55,7% consume huevos 1 o 2 veces por semana, 45,7% consumen pescado diariamente, 42,9% consume fideos 1 o 2 veces a la semana. También se encontró el 48,9% consume pan diariamente, el 71,7% consume verduras y hortalizas 3 o más veces a la semana, el 46,6% consume legumbres, lácteos, embutidos, etc. 1 o 2 veces por semana.

Los estudios se aproximan con los encontrados por Salazar, F. (73), en “Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Vista Alegre, Huaraz, 2013.” Donde su muestra estuvo conformada por 169 adultos; destacando que el 72% no fuman, 69% no toman bebidas alcohólicas, el 88% duermen de 6 a 8 horas, el 95% no se realizan examen médico en un establecimiento de salud, el 40%. Excepto el 69% se bañan 4 veces por semana, el 85% realizan actividad física en su tiempo libre.

Referente al consumo de bebidas embriagantes se encontró que la mayoría de los encuestados lo hacen una vez por semana, el 35,06% ocasionalmente, el 10,0% sólo en fiestas y el 5,56% diariamente. Estos últimos fueron considerados por sus familiares como personas alcohólicas.

Los resultados obtenidos en el presente estudio se asemejan con Martínez E, Martínez L, Saldarriaga L. (74), estudiaron sobre el Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana en Medellín - Colombia 2011. Obteniendo que la proporción general del consumo de tabaco alcanza el 25,5%. El consumo es severo en el 9,6%, moderado en el 7,6% y leve en el 8,3%. El 17,2% fumaron alguna vez, pero abandonaron el hábito, y las personas que nunca han fumado representan el 57,3%. La edad y el nivel socioeconómico no se encontraron asociados al tabaquismo; en cambio, el sexo, la educación, el consumo de alcohol, el sedentarismo, la alimentación poco saludable se encontraron estadística y epidemiológicamente asociados con el hábito de fumar. Conclusiones: fumar se asocia a otros componentes desfavorables del estilo de vida.

Los resultados se asemejan a los obtenidos por Gámez Z. (75), quien investigó: Perfil de tabaquismo de la población de Argentina del Ministerio de Salud de Argentina - 2005. Aplico una encuesta en hogares en 5 grandes centros urbanos del país con el objetivo de conocer el perfil de tabaquismo de la población. Se encuestaron 1.200 personas de ambos sexos entre 13 y 64 años en Buenos Aires, el 32,7% de todos los encuestados era fumador. Si consideramos solo el grupo de los mayores de 18 años el 33,7% era fumador. La prevalencia fue mayor en hombres que en mujeres (38% vs 26,8%). El grupo que concentra más fumadores es el de varones de 19 a 24 años donde el 45,7% fuma. Se observó mayor prevalencia en niveles socioeconómicos bajo (32,80%) y medio (36,90%) comparado con el nivel alto (24%).

Los resultados encontrados son casi similares con Elizondo A, Guillén F, Aguinaga I. (76), en su estudio denominado Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona-2005. Encontrando que un 76,6% de las mujeres tienen un estilo de vida sedentario, mientras que

en los varones este porcentaje se reduce hasta un 56,7%. El sedentarismo se incrementa con la edad, existiendo hasta un 80,3% de varones sedentarios en el grupo de mayor edad, y un 86,3% entre las mujeres. Conclusiones: Los factores sociodemográficos como sexo, edad, estudios, profesión y estado civil parecen ser determinantes del estilo de vida sedentario, mientras en consumo de tabaco y la existencia de sobrepeso y obesidad no lo son.

Los resultados son casi similares a los encontrados por Martínez E, Saldarriaga J, Sepúlveda F (77), quienes estudiaron sobre la Actividad física: Desafío para la promoción de la salud en Medellín-Colombia 2008. Se evalúan conocimientos, actitudes y prácticas de actividad física y sus factores asociados. Encontrando que solo una de cada cinco personas que corresponde al 21,1% realiza suficiente actividad física para proteger la salud. La actividad física es mayor en los hombres, y aumenta con el nivel socioeconómico y con la educación. El sedentarismo se adopta tempranamente en la juventud y se mantiene a lo largo de la vida. Conclusión: La elevada proporción de sedentarismo en la población podría estar agravando la carga por las enfermedades crónicas y debería convertirse en prioridad para el diseño de estrategias de intervención en salud pública.

Los resultados obtenidos en el presente estudio difieren con el de Rojas, D. (78), quien investigó sobre el Consumo de energía y nutrientes, características socioeconómicas, pobreza y área de residencia de mujeres peruanas en edad fértil - 2004. La muestra fue de 2909 mujeres entre 15 a 49 años. Más de 20% de mujeres presentan deficiencias en el consumo de energía y nutrientes. Conforme se incrementan las necesidades básicas insatisfechas las adecuaciones del consumo van disminuyendo, a excepción de carbohidratos y hierro. Conclusiones: Las condiciones de pobreza influyen sobre su consumo de energía y

nutrientes disminuyéndolo, lo cual traería serias consecuencias sobre su estado de salud y nutrición.

Asimismo los resultados obtenidos se asemejan con lo elaborado por Calderón M, Moreno C, Rojas C, Barboza J. (79), quienes realizaron un estudio titulado: Consumo de alimentos según condición de pobreza en mujeres en edad fértil y niños de 12 a 35 meses de edad en Perú-2005. La muestra fue de 2 909 mujeres y 2 907 niños. El grupo de alimentos más consumido por las mujeres y niños pobres fue el de los tubérculos que corresponde al 80,9%. El porcentaje de mujeres no pobres que consumen los grupos de aceites y grasas, carnes y leche y derivados fue mayor que el porcentaje de mujeres pobres. El aceite vegetal, pollo, res, pan, plátano, leche evaporada y arveja fresca, fueron consumidos mayoritariamente por las mujeres y niños no pobres. Conclusiones: Las condiciones de pobreza influyen sobre su consumo de alimentos.

Los estilos de vida saludables se entienden como los hábitos y costumbres que cada persona puede realizar para lograr un desarrollo y un bienestar sin atentar contra su propio equilibrio biológico y la relación con su ambiente natural, social y laboral. Además es concebido como una forma de vida con un mínimo de contaminación, estrés y factores nocivos para la salud y el bienestar de cada ser humano en todas sus dimensiones, dentro del contexto en el cual se desenvuelve.

Tener estilos de vida saludables es prácticas actividad física, evitar el consumo de bebidas alcohólicas, de tabaco o drogas, consumir una dieta balanceada y realizarse periódicamente chequeos médicos para prevenir enfermedades (80).

El aumento del consumo de tabaco y alcohol se han relacionado con las modificaciones en las costumbres sociales, las crisis económicas, la globalización, la pérdida de valores, las cuales han afectado la vida de

las personas, interviniendo en el consumo de sustancias que pueden resultar nocivas para la salud (81).

La alimentación y nutrición son un proceso fundamental para la vida, y en los pacientes con cáncer influye de manera importante favoreciendo la curación, la lucha contra las infecciones y en el mantenimiento de una buena actividad vital, un paciente bien nutrido tiene mejor pronóstico y responde mejor al tratamiento, independientemente del estadio tumoral y del tipo de células del tumor. Los seres humanos requieren de alimentos que aportan nutrientes a través de las proteínas, los carbohidratos, los lípidos, las vitaminas y minerales necesarios para la vida (82).

La alimentación en la etapa adulta madura se debe enfocar a mantener la salud y a prevenir el desarrollo de enfermedades mediante el seguimiento y consumo de una alimentación variada, sana y equilibrada de acuerdo a la edad, sexo y actividad física que realiza la persona. Los hábitos alimenticios saludables se deben combinar con hábitos de vida propicios que incluyan la práctica regular de ejercicios físicos, así como la reducción de tóxicos como el alcohol y el tabaco (83).

En la investigación realizada a la persona adulta del Caserío de Santa Cruz- la Unión-Piura, en relación a los Determinantes de los estilos de vida se encontró que la mayoría no ha fumado ni lo ha hecho de manera habitual, asimismo más de la mitad no consume bebidas alcohólicas, lo que puede ser atribuido a la publicidad que promociona el daño que ocasiona el consumo de bebidas alcohólicas, siendo menor en las zonas rurales, los medios de comunicación son menos accesibles como en la zona urbana.

En cuanto al número de horas que duerme la mayoría lo realiza entre 6 a 8 horas y la frecuencia con que se baña es diariamente. Así también más de la mitad no realiza algún examen médico de manera periódica, esto se debe a la deficiente información, desinterés o desconocimiento de cómo prevenir las enfermedades.

En cuanto a la variable actividad física que realiza en sus tiempo libre y la que realizó en las dos últimas semanas durante 20 minutos, menos de la mitad de las personas adultas no realizó, estos resultados pueden deberse a la falta de tiempo, de lugares acondicionados, o por falta de motivación, el no realizarlo puede ser un riesgo para la salud de la persona. 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 pueden evidenciar como enfermedades crónicas a futuro.

En relación a los alimentos que consumen las personas se evidencia que el consumo de verduras, hortalizas la mayoría lo realiza 3 o más veces a la semana, en cuanto al consumo de huevos más de la mitad lo realiza 1 o 2 veces a la semana, así también más de la mitad consume frutas 3 o más veces a la semana, en cuanto al consumo de cereales, pan y pescado menos de la mitad lo consume diariamente, asimismo el consumo de carne, fideos y otros alimentos menos de la mitad lo consume 1 a 2 veces a la semana. Resultado que nos estaría indicando el hábito de consumir alimentos ricos en energía y escasos en proteínas y vitaminas, que puede ser consecuencia de la falta de recursos económicos que no permite adquirirlos. También por factores culturales, sociales como la influencia de la publicidad, por falta de tiempo para la adquisición y preparación 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 Santa Cruz-La Unión-Piura. El 35,6% se ha atendido en los 12 últimos meses en otras instituciones de salud como es la cruz roja, así también se observa que el 43,8% consideran la distancia del lugar donde lo atendieron muy lejos de su casa, el 56,6% cuenta con otro tipo de seguro y algunos no cuentan con seguro, el 66,2% esperó regular tiempo para que lo atendieran en la institución de salud y el 55,3% considera regular la calidad de atención. El 96,3% refiere que no existe delincuencia y pandillaje en la zona.

Estos resultados son casi similares con el realizado Valdez, W. Ramos, W. Miranda, J. Tovar, J. (84). En su investigación sobre Análisis de la Situación de Salud en el Perú. Lima 2008. Donde se observa que el 56,7% de los peruanos reportaron haber tenido alguna enfermedad o accidente, de estos solo el 32,1% acudió a un establecimiento de salud. Según ámbito geográfico los residentes de la sierra reportaron mayor enfermedad 61,8%; sin embargo acudieron en menor proporción a buscar atención en un establecimiento de salud 28,9%.

Los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden con lo obtenido por Morera M y Aparicio A (85), en su investigación sobre Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica - 2010. Los resultados revelan que los entrevistados con nivel de educación universitaria completa tienen una mayor probabilidad de acudir al médico. No se observaron diferencias en la proporción de población entre los quintiles de ingreso, y resultó que un 86% están asegurados. El 73% refiere buen estado de salud y el 33% indica que padece una o más enfermedades crónicas. Concluyendo que los factores determinantes de la utilización de consultas médicas fueron el nivel educativo, el estado de salud percibida, el número de enfermedades crónicas declaradas y la región de residencia.

Los resultados se acercan con los de Rodríguez S. (86), en su estudio sobre Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia -2010. Se Utilizó la encuesta de Calidad de Vida 2008. Encontrando entre quienes presentaron un problema de salud aproximadamente el 21,38% no utilizó los servicios: 13% por barreras impuestas desde la oferta y 87,2% por las barreras de demanda. La falta de dinero sigue siendo una importante barrera al acceso tanto para población con seguro de salud (14,4%), como para la población sin él, 50,24%. Aunque se muestran evidencias a favor de la estrategia de aseguramiento como facilitador del acceso, la persistencia de barreras financieras sigue imponiendo un reto al sistema de salud.

Los resultados difieren con Bedregal P, Zavala C, Atria J, Núñez G, Pinto M, Valdés S. (87), en su investigación sobre Acceso a redes sociales y de salud de población en extrema pobreza en Santiago de Chile-2009. Se aplicó una encuesta a 361 personas que viven en barrios pobres de 15 a 77 años (83 % mujeres). Resultados: el 62 % estaba insatisfecho con su acceso a servicios de salud y el 32% no estaban registrados en las clínicas de atención primaria de salud. El análisis reveló que la falta de acceso a servicios de salud se asocia con el sentimiento de exclusión, la desconfianza mutua y la falta de resolución de problemas de salud.

Los resultados son casi similares con Huiza G. (88), quien estudió Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el Hospital de la Base Naval del Callao-2006. La muestra estuvo compuesta por 260 usuarios externos. En relación a los resultados, encontramos que la satisfacción del usuario externo fue del 76,15 %, medianamente satisfechos el 16,92 % e insatisfechos el 6,92 %. Los elementos que tuvieron valores porcentuales muy bajos de satisfacción fueron: el tiempo de espera (41,15 %) y la provisión en Farmacia de todos los medicamentos recetados por el médico tratante (47,31%). Las

conclusiones de este estudio muestran que el usuario externo estuvo satisfecho con la calidad de atención de salud de la consulta externa ya que el intervalo de confianza del valor porcentual es de 76,15%.

Estos estudios difieren con los encontrados por Tolentino, C. (89), en su estudio sobre Determinantes de la salud de las personas adultas. Asentamiento Humano. “Primavera Baja”-Chimbote, 2013; cuya muestra fue conformada por 287 personas adultas, donde el 88,5% se atendieron en los 12 últimos meses en el centro de salud, el 86,4% consideran que el tiempo de espera para recibir la atención es largo, así mismo el 84,4% consideran que la calidad de atención que reciben es regular, el 99,3% afirman que existe pandillaje cerca de sus casas excepto que el 85,5% consideran que el lugar donde se atienden está muy cerca de su casa, y el 84,6% tienen seguro del SIS-MINSA.

Estos estudios difieren con los resultados de la investigación de Paria, D. (90), en su estudio sobre los Determinantes de la salud en la persona adulta de la asociación Paseo De Los Héroes-Tacna, 2013; que tienen como muestra 332 personas adultas donde el 81,9% se atendió en un centro de salud en los últimos 12 meses, el 51,5% que no cuentan con seguro, el 51,5% manifestó que el tiempo de espera fue largo, excepto el 56,3% refieren que queda muy cerca de su casa.

Estos estudios difieren con los encontrados por Sánchez, E. (91), en su estudio sobre Determinantes de la salud de las personas adultas del Centro de Salud San Martín Porres. Trujillo, 2012; cuya muestra fue conformada por 150 personas adultas, donde el 76,67% de la población se atendió en hospitales, excepto el 48% tiene SIS-MINSA.

El MINSA tiene la mayor cobertura de servicios de salud a nivel nacional y administra la mayoría del total de establecimientos entre hospitales, centros de salud y puestos de salud ubicados en zonas

urbanas, urbano marginales y rurales dispersas. Atiende a la población predominantemente pobre que no cuenta con seguro social de salud. Por otra parte, ESSALUD atiende a trabajadores del sector formal y a sus familias. Sus establecimientos están ubicados principalmente en áreas urbanas. Finalmente, los servicios de las Fuerzas Armadas y Policiales sólo atienden a sus trabajadores y familiares directos. El sub sector privado, conformado por clínicas, consultorios y organismos no gubernamentales, otorga sus servicios en las principales ciudades del país (92).

En la investigación realizada a la Persona Adulta del Caserío de Santa Cruz- La Unión-Piura, menos de la mitad manifiesta que se atendieron en otras instituciones de salud como es la cruz roja en estos 12 últimos meses, ya que en la zona no existe un Puesto de Salud, asimismo menos de la mitad considera que el lugar donde lo atendieron está lejos y algunos cuentan con SIS (Seguro Integral de Salud), pero como no ofrece todos los servicios médicos las personas adultas se trasladan a la ciudad de Piura para atenderse y por ello también lo consideran lejano; más de la mitad considera que el tiempo de espera y la calidad de atención fue regular, esto puede ser por la demora en la atención, deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico o el trato del personal y ello puede comprometer a que la población luego asista nuevamente a los servicios de salud.

Se puede observar que casi todas las personas encuestadas refieren que no existe delincuencia en la zona, esto se debe a la educación implantada en el núcleo de la sociedad (familia), cuidado mancomunado y también porque es zona rural.

En la Tabla N° 05: Según los Determinantes de las redes sociales y comunitarias, podemos observar que en los Adultos del Caserío de Santa Cruz. El 73,4% no recibió apoyo social natural, el 98,6% no ha recibido apoyo social organizado.

El presente resultado se asemeja a los encontrados por Matud P, Carballeira M, López M, Marrero R, Ibáñez I. (93), quienes investigaron sobre Apoyo social y salud: un análisis de lugareños. La muestra estuvo formada por 2 169 personas adultas de la población general. Las correlaciones con las variables sociodemográficas son bajas y significativas sólo en las mujeres. El apoyo social, correlaciona con el nivel de estudios y en un sentido negativo con el número de hijos y la edad. No hay diferencias de género entre los casados, pero los solteros perciben menos apoyo social que las solteras. Tanto las mujeres como los hombres profesionales tienen más apoyo social que las personas que desempeñan un empleo manual, y las amas de casa informan de menos apoyo social que aquellas que tienen un empleo no manual y las profesionales.

El resultado difiere a los encontrados por Rodríguez D (94), Redes Sociales: Relaciones Y Vínculos Conscientes en el centro cívico de alhóndiga. Madrid. España. 2009. Con una muestra de 22 personas donde se encontró lo siguiente: El apoyo emocional (escucha y afecto) lo ofrecen fundamentalmente el esposo/a (100%). En cuanto a la frecuencia de contactos la ayuda es diaria en el 68% de los casos. El apoyo material (apoyo para gestiones, apoyo económico y ayuda con tareas) lo ofrecen esposo/a (100%). La frecuencia de recibir dicha ayuda es diaria en el 27 %de los casos. El apoyo informativo (consejo y refuerzo positivo) lo ofrecen fundamentalmente hijo/a (45%). En lo relativo a la frecuencia es diaria en el 36 % de los casos.

Según se observa en los determinantes de las redes sociales y comunitarias con respecto al apoyo social natural y organizado se observó que casi el total de personas adultas manifestó que no recibe ningún tipo de apoyo social natural, motivo por el cual existe deficiencia en la fiscalización de los programas brindados por el estado en apoyo de los más necesitados, así mismo casi todos manifestaron no recibir apoyo de otras organizaciones ya que no hay ninguna organización de apoyo privada.

Continuando con las redes sociales y comunitarias la mayoría de adultas refiere que no recibieron ningún apoyo social natural y todos refirieron no haber recibido algún apoyo organizado, ya que no hicieron las coordinaciones correspondientes los cuales los apoye para salir adelante, así mismo no disponen de alguna junta que lleve a cargo estos programas para apoyar a personas de recursos económicos bajos.

En la investigación realizada a la persona adulta del Caserío de Santa Cruz sobre Determinantes de redes sociales y comunitarias se encontró que casi todos manifiestan que no reciben apoyo social organizado, asimismo la mayoría refiere no recibir apoyo social natural (familiares, amigos, vecinos o compañeros). Resultado que nos estaría indicando que el apoyo social en la población no se da de manera frecuente probablemente por factores biopsicosociales, en tal sentido el apoyo social puede asociarse a mejores condiciones económicas porque ayudarían a las personas a resolver los problemas, al igual que a mantener un sentido de dominio y control de las circunstancias de la vida. Esto nos ilustra como las redes sociales son importantes ya que su ausencia probablemente pueda afectar lo oportuno que puede ser en la atención de la salud de las personas.

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 de Santa Cruz, En lo que respecta al apoyo de algunas organizaciones del estado, tenemos que el 79,5% no recibe apoyo de organizaciones como el comedor popular, vaso de leche y Pensión 65.

El presente estudio difiere a los encontrados por Zibechi, R (95). En su estudio denominado Comedores Populares de Perú: Contra el Hambre y Soledad. -2007. Es interesante observar a quiénes van dirigidas las raciones: el 60% a las socias y sus familias; un 12% a las socias que cocinan como compensación por su trabajo (no hay pago en efectivo); un 8% son donados a personas pobres del barrio. Sólo se venden el 18% de las raciones producidas por el comedor. La mitad de ese porcentaje se vende a gente del barrio, en general siempre la misma, y el otro 9% a gente de paso, o sea clientes como empleados de empresas de servicios y otros. A las socias se les vende a un precio menor que a los clientes externos.

Los resultados difieren a lo encontrado por Zapata, M (96). En su estudio denominado el programa vaso de leche en el Perú. 2011. Quien encontró que de acuerdo a la información registrada en los propios padrones se encontró que (sin considerar el departamento de Lima) el 69% de los beneficiarios del programa eran efectivamente población considerada como prioritaria por el programa (niños entre 0 y 6 años y madres lactantes y gestantes), mientras que el 17% de los beneficiarios eran población considerada como de segunda prioridad y el 14% restante la constituían personas no contempladas como beneficiarios en el diseño del programa. El 10% de municipalidades visitadas no disponía de información de beneficiarios por tipo.

Las personas adultas mayores en extremo pobres eran marginales para la sociedad, invisibles para el Estado. 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 125 nuevos soles por mes 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 (97).

Los comedores populares son organizaciones sociales de base conformadas por mujeres, cuya actividad principal es la preparación de alimentos y el apoyo social. Están ubicados en zonas de pobreza y extrema pobreza. Pueden tener la denominación de: Comedor Popular, Club de Madres, Comedor Parroquial, Cocina Familiar y otros afines (98).

En la investigación realizada a la persona adulta del Caserío de Santa Cruz, 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. Esto puede deberse a que la población es adulta madura, se encuentra en una zona alejada de la ciudad de Piura, y que menos de la mitad tiene grado de instrucción inicial/primaria.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

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

- En cuanto a los Determinantes Biosocioeconómicos, encontramos que más de la mitad son de sexo femenino, la mayoría son adultos maduros, tienen un ingreso económico menor de 750 soles mensuales, un trabajo eventual y menos de la mitad tiene nivel de educación inicial/primaria.
- Los Determinantes de la Salud relacionados con la vivienda, casi todos tienen su vivienda propia, tienen energía eléctrica permanente, la mayoría tiene su piso de tierra, su techo de eternit, paredes de material noble y en una habitación duermen de 2 a 3 tres miembros, se abastece de agua por cisterna, utiliza leña y carbón para cocinar sus alimentos, más de la mitad tienen una vivienda multifamiliar, usa letrina para la eliminación de excretas. Casi todos manifiestan que el recojo de la basura es menos de una vez al mes, la mayoría entierra o quema su basura, y elimina su basura en el campo lejos de sus viviendas.
- En lo que se refiere a los Determinantes de Estilos de Vida de la persona adulta, la mayoría no ha consumido tabaco ni lo ha hecho de manera habitual, duermen de 6 a 8 horas, se bañan diariamente y también no se han realizado ningún examen médico. Más de la mitad no consume bebidas alcohólicas, menos de la mitad no realizan actividad física y también no han realizado actividad física en las dos últimas semanas durante más de 20 minutos. En cuanto a su dieta alimenticia la mayoría consume verduras y hortalizas 3 o más veces a

la semana, más de la mitad consume frutas tres o más veces a la semana, consumen huevos 1 ó 2 veces a la semana; menos de la mitad consume carne 1 ó 2 veces a la semana, consume pescado diariamente, consume fideos 1 ó 2 veces por semana y también consume pan y cereales diariamente.

- En cuanto a los determinantes de apoyo comunitario, menos de la mitad se ha atendido en otras instituciones como es la cruz roja los 12 últimos meses y consideran que la distancia del lugar donde lo atendieron es muy lejos de su casa, más de la mitad tiene otro tipo de seguro, la mayoría considera que el tiempo que esperan es regular y más de la mitad considera que la calidad atención que recibieron fue regular, Casi todos refieren que no existe delincuencia o pandillaje en la zona.
- En los determinantes de las redes sociales según el apoyo social natural y organizado, la mayoría no recibe apoyo social natural alguno y casi todos no recibe apoyo social organizado.
- En los determinantes de las redes sociales según la organización de quien recibe apoyo, la mayoría manifestó que no recibe ningún apoyo.

5.2. Recomendaciones

- Hacer de conocimiento a las autoridades del Caserío de Santa Cruz, Dirección Regional de Salud, Municipalidad del distrito de La Unión con la finalidad de que trabajen mancomunadamente para mejorar la calidad de vida de la población.
- Informar de estos resultados al establecimiento de salud de la localidad de tal manera que en coordinación con del Ministerio de Educación se fomente conductas saludables desde temprana edad a través, talleres, campañas, etc. Para corregir los malos hábitos alimenticios.
- El personal de salud debe focalizar a las familias de alto riesgo vulnerables a enfermar por las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales e intervenir intersectorialmente con las diferentes organizaciones.
- Promover y realizar investigaciones en el área de los Determinantes Sociales de la Salud, que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de vida de la población.
- Realizar coordinaciones de manera interinstitucional con las organizaciones comprometidas en mejorar la calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moral P, Gascón M, Abad M. La salud y sus determinantes sociales. De-sigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista internacional de sociología. 2014;45-70. [citado 2017 abril 4]: URL disponible en:<http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/587>
2. Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial.
3. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. [Serie Internet] [Citado el 2013 Abril 26]. Disponible desde el URL: http://www.who.int/social_determinants/es
4. Comisión de determinantes de la salud. Determinantes de la salud y sus diferentes modelos explicativos. [Serie Internet] [Citado 15 de mayo del 2017]. Disponible en el URL: <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1512/infid06212.htm>
5. Organización mundial de la salud. Determinantes sociales de la salud - 2005-2008. [Serie Internet] [Citado el 2015 Abril 26]. Disponible desde el URL: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closingthegap_how/es/index3.html
6. Urdaneta José, Cepeda de V Maritza y col. Calidad de vida en mujeres menopáusicas con y sin terapia de reemplazo hormonal, RevChilObstetGinecol 2010; 75(1): 17 -34. Disponible en:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000100004>

7. Krieger N. rieger N. Teorías emergentes de la epidemiología social en el siglo XXI: una Perspectiva ecosocial. Int J Epidemiol (en prensa). <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/576/1/Informe%20final%20Tesis%20mayo%20DSS%20Tunja.pdf>

8. Lalonde M. El Concepto de 'Campo de Salud': una perspectiva Canadiense. En: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de Salud: una antología. Publicación Científica N° 557. Washington, USA: OPS; 1996. [p.http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100006)

9. Moral P, Gascón M, Abad M. La salud y sus determinantes sociales. De-sigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista internacional de sociología. 2014; 72(Extra_1), 45-70. [citado 2017 abril 4]: URL disponible en: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/artic le/view/587>

10. Determinantes de la Salud, sobre la desigualdad de salud , 2011, Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/acta_medica/2011_n4/pdf/a11v28n4.pdf

11. Determinantes sociales de la salud en la Región de la OMS para las América (bases de datos en línea). Costa Rica: organización panamericana de la salud; 2011 [consultado el 23 de marzo del 2012]. URL disponible en: http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_content&view=article&id=104:costa-rica-sede-consulta-regional-sobre-determinantes-sociales-salud&Itemid=314

12. Segura L. Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. [Documento en internet]. Colombia; 2001. [Citado 2015 enero. 12]. [alrededor de 3 pantallas]. Disponible en URL: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
13. rubiales MH, portillo RM, Rodrigo F promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. macmillan profesional 2008. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/855/DominguezSantamariaM.pdf?sequence=1>
14. Ministerio de Salud. Encuesta realizada en el centro de salud la Union-Piura, 2014.
15. Bernach J, Muntaner En su investigación “Determinantes sociales de la enfermedad, 2010[tesis para optar el título de enfermería]. Perú: Universidad católica los Ángeles de Chimbote.
16. Carme B, Davide M. En su investigación “Determinantes Sociales y las desigualdades en salud en España”,2010 [tesis para optar el título de enfermería]. Perú: Universidad católica los Ángeles de Chimbote.
17. Fuentes L. “Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú, 2010. [tesis para optar el título de enfermería]. Perú: Universidad católica los Ángeles de Chimbote.
18. Cárdenas H, Roldan L. Relación entre el estado nutricional y el nivel socioeconómico de adultos mayores del Perú. [tesis para optar el título de enfermería]. Perú: Universidad católica los Ángeles de Chimbote.
19. Sobrevilla V. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Caserío Somate Bajo-Bellavista-Sullana, 2013. [tesis para optar el

título de enfermería]. Perú: Universidad católica los Ángeles de Chimbote.

20. Silupu K. Determinantes de la Salud del Adulto del Asentamiento Humano Consuelo de Velasco –26 de octubre –Piura, 2013. [tesis para optar el título de enfermería]. Piura, Perú: Universidad católica los Ángeles de Chimbote; 2016. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000040099>
21. Dalhigren, G. Whitehead, M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006.
22. Dalhigren y Whitehead (1991). Social Model of Health. Recuperado el 10 Mayo 2012. http://www.nwci.ie/download/pdf/determinants_health_diagram.pdf
23. Bernuy J. Estilos de vida y factores Biosocioculturales de la persona adulta de Parihuanca-Huaraz, 2010. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
24. Martínez, L. La promoción de salud en los docentes en formación inicial. Havana, CU: Editorial Universitaria, 2015. ProQuest ebrary. Web. 1 July 2017.
25. Determinantes sociales de la salud: Factores determinantes que influyen sobre la salud de la población: Biblioteca Nacional del Perú N° 2005-2011. Disponible en URL:

http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/12_determinantes_sociales_salud.pdf

26. GallegosJ, Aliaga P, Benedé C, Bueno M, Ferrer E, Ipiens J, Muñoz P, Plumed M, Vilches B. Gac Sait [serie internet] 2016 Nov [citado el 20 de abril 2017]; 30 (S1) 1-110. Disponible enURL: <http://www.gacetasanitaria.org/es/las-redes-experiencias-salud-comunitaria/articulo/S0213911116301212/>
27. Lopategui E. La salud como responsabilidad individual. [Artículo en internet]. 2000. [Citado 2010 Ago. 26]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en [URL:http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaRes.html](http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaRes.html)
28. Determinantes biosocioeconomicos-Estilos de vida saludable según Lalonde. [documentos de internet]. 2004 [citado en el 2017 May. 3] disponible en [URL:https://es.scribd.com/document/152880307/Lalonde](https://es.scribd.com/document/152880307/Lalonde)
29. Wong C. estilos de vida, SP. [Serie internet] 2012 Mar [citado el 20 de abril del 2017]; (1) disponible enURL: <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida-2012.pdf>
30. Pérez J. Redes y comunicaciones. Actualizado: 2016. servicios de salud [serie internet]. 2011 [citado el 22 de Abril del 2017 Disponible en [URL:http://definicion.de/servicios-de-salud/](http://definicion.de/servicios-de-salud/)
31. Gil, H. Educación holística: una educación para los nuevos tiempos. [serie internet]. 2011 [citado el 22 de Abril del 2017 Disponible en revistaesfinge.com

32. Ramos B. Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2006. 32(2), 0-0. 21. [Fecha de acceso 18 de abril] (revista en línea)URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200011
33. Cordera R, Murayama C. La comunidad determinantes sociales de la salud en México. México, D.F., MX: FCE - Fondo de Cultura Económica, 2013. ProQuest ebrary. Web. 8 August 2017. <http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=11224627>
34. Solano D. Trabajo, raza, ciudadanía y estilos de vida en Colombia durante el siglo XIX. *Revista de Ciencias Sociales*. 17(2), 2011. Zulia, VE: Red Universidad del Zulia, 2011. ProQuest ebrary. Web. 1 July 2017.
35. Borrell, C. Desigualdad en salud y territorio urbano. Madrid, ES: Gaceta Sanitaria - Ediciones Doyma, S.L., 2004. ProQuest ebrary. Web. 1 July 2017.
36. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado el 2016 mayo 25]. [44 paginas]. Disponible en URL: <http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>
37. Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
38. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.

39. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado el 2016 mayo 25]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
40. 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>
41. OPS, OMS, Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>
42. 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.
43. 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>
44. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008 [Citado el 2016 mayo 25]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
45. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población

- y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en url: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf
46. 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
47. 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>
48. Sánchez L. Satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en url: <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
49. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado el 2016 mayo 25]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
50. Hernández et al. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado el 2016 mayo 25]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>

51. Correa B. Determinantes de la salud en la persona adulta del Asentamiento Humano 4 de noviembre – Sullana, 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Sullana 2013. Disponible en url: http://uladech_biblioteca_virtual
52. Alejos M, determinantes de la salud en la persona adulta pueblo joven La Unión – Chimbote, 2013 [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote 2013. Disponible en url: http://uladech_biblioteca_virtual.
53. Martínez J. Determinantes de la salud en la persona adulta en el Caserío de Pitayo –Lancones – Sullana, 2013 [Informe de Tesis].
54. Dueñas J. Determinantes de la salud en la persona adulta de la Junta Vecinal Las Begonias-Tacna, 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015.
55. Garay, A. Determinantes de la salud del adulto. A.H. Golfo Pérsico – Nuevo Chimbote, 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería] Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
56. Méndez N. Determinantes de Salud de los Adultos(a) de la comunidad Chua alto sector “T”Huaraz, 2013. [Informe de tesis]. Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
57. Pastor Alva. Dentro de los estilos de vida de las personas adultas de Manuel Arévalo 3° Etapa-La Esperanza, 2012. Tesis para optar el título profesional de enfermería universidad católica los ángeles de Chimbote

58. Barroso Z. Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial[citado 2017 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en [URL:scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100002)
59. Haeberle E. Archivo de sexología. [Curso] USA: Coral Springs; 2003. [Citado 2017 diciembre 5]. Disponible en URL: <http://contrapeso.informacion/2014/sexo-y-genero->
60. Girondella L. género: definiciones. [Catálogo en internet] 2012. [Citado 2016 Diciembre 15]. [Alrededor de 3 pantallas]. Disponible en URL: <http://contrapeso.info/2012/sexo-y-genero-definiciones/>
61. Definición. de. definición de edad. : [Diccionario en Internet]. 2011 [citado 2013 jun. 19]. Disponible en URL: <http://definicion.de/edad/>
62. Carrasco K. Definición De Ingresos. [Artículo en internet]. 2011 [Citado 2013 Jun. 19]. Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/economia/ingresos.php>
63. Barrios A. Mejoramiento de viviendas en comunidades rurales [trabajo para optar el título de Arquitectura]. Paraguay: Universidad Nacional de Asunción; 2003
64. Alzate Amariles E, Vélez M, López Y. Vivienda nueva rural enmarcada en la estrategia de vivienda saludable: copacabana (colombia), 2011. Revista Hacia la Promoción de la Salud 2012 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126826004>
65. Paria D. Determinantes de la salud en las personas adultas de la asociación Paseo de los Héroes - Tacna, 2013; 25(4): 419-30.

66. Camacho, C. Determinantes de la salud en la persona adulta del Asentamiento Humano Santa Teresita-Sullana, 2012; [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería] Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
67. Enciclopedia Abierta Viviendas. [Novie. 21]. [Página libre en internet]. [Alrededor de 2 pantallas]. España, 2008. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/tipos_de_familias_tipos_de_viviendasymonografia.com.
68. Enciclopedia “Seguridad Jurídica de Tenencia”, [Página modificada en internet]. [oct. 16]. [1 pantalla]. 2013. Disponible desde: es.wikipedia.org/wiki/Vivienda_digna.
69. Diccionario: Enciclopedia libre definición de vivienda, [Octub. 16.] [1pantalla libre].2013. Desde URL: http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda_arquitectura.
70. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007
71. Ministerio de Salud. Hacinamiento. [Serie Internet] [Citado el 2014 setiembre 18] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: http://www.indeci.gob.pe/planes_proy_prg/p_estrategicos/nivel_nac/p_sec_pad/pspad_minsa.pdf
72. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática

73. Salazar, F. Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Vista Alegre, Huaraz, 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería] Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
74. Martínez E, Martínez L, Saldarriaga L. Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana en Medellín Colombia. Redalyc 2011; 29(2): 163-169.
75. Gámez Z. Perfil de tabaquismo de la población de Argentina del Ministerio de Salud de Argentina 2005 [trabajo para optar el título de Medicina]. Argentina: Universidad Nacional de Argentina; 2005.
76. Elizondo A, Guillén F, Aguinaga I. Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. Revista Española de Salud Pública. 2005; 79(5):559-567.
77. Martínez E, Saldarriaga J, Sepúlveda F. Actividad física desafío para la promoción de la salud en Medellín Colombia. Redalyc 2008; 26(2): 117-123.
78. Rojas D. Consumo de energía y nutrientes, características socioeconómicas, pobreza y área de residencia de mujeres peruanas en edad fértil. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública [online]. 2004; 21 (4): 231-239.
79. Calderón M, Moreno C, Rojas C, Barboza J. Consumo de alimentos según condición de pobreza en mujeres en edad fértil y niños de 12 a 35 meses de edad. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública [online]. 2005; 22(1): 19-25.

80. Fernández L, Salas R. Tesis titulada Estilo de vida y Alimentación de la persona adulta A.A. H.H. Tres Estrellas Chimbote, 2009. [trabajo para optar el título de Licenciada en enfermería]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote Privada; 2009.
81. Organización Mundial de la salud. Tabaquismo 2013. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2013.
82. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la promoción de la alimentación y nutrición saludable 2005. Perú: Ministerio de Salud; 2005.
83. Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes. Ley N° 30021. Boletín de normas legales del Diario Oficial El Peruano, número 494937 (17 May 2013).
84. Valdez, W. Ramos, W. Miranda, J. Tovar, J.. Análisis de la Situación de Salud en el Perú. Biblioteca nacional. Lima. Perú, 2010. Primera edición. Imprenta Jose Antonio Lujan. Rev. Min. Salud. 2010; 4: 110.
85. Morera M, Aparicio A. Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2010 Oct [citado 2013 Jun 17]; 24(5): 410-415. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112010000500009&lng=es.
86. Rodríguez S. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia -2010. [Serie Internet] [Citado el 2013 Julio 28]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://www.cdcdecanarias.org/wp-content/uploads/2011/05/TESIS-DOCTORAL-4.pdf>

87. Bedregal P, Zavala C, Atria J, Núñez G, Pinto M, Valdés S. Acceso a redes sociales y de salud de población en extrema pobreza en Santiago de Chile-2009.
88. Huiza G. Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el Hospital de la Base Naval del Callao-2006.
89. Tolentino, C. Determinantes de la salud de las personas adultas. Asentamiento Humano. “Primavera Baja”-Chimbote, 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería] Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
90. Paria D. Determinantes de la salud en las personas adultas de la asociación Paseo de los Héroes – Tacna, 2013. [Tesis para optar título de licenciada de enfermería]. Tacna, Perú. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015.
91. Sánchez, E. Determinantes de la salud de las personas adultas del Centro de Salud San Martín Porres. Trujillo, 2012. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería] Disponible en URL: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
92. Ministerio de Salud. Estándares de calidad para el primer nivel de atención 2003. Perú: Ministerio de Salud; 2003.
93. Matud P, Carballeira M, López M, Marrero R, Ibáñez I. investigaron sobre Apoyo social y salud: un análisis de lugareños.
94. Rodríguez D. Redes Sociales: Relaciones Y Vínculos Conscientes en el centro cívico de alhóndiga. Madrid. España. 2009.

95. Zibechi, R Comedores Populares de Perú: Contra el Hambre y Soledad. -2007.

96. Zapata, M programa vaso de leche en el Perú. 2011. Disponible en el url:
http://www.munihuancavelica.gob.pe/es/muni.php/paginas/id/2011050948_programa_de_vaso_de_leche_pvl/

97. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Boletín electrónico [serie en internet] citada Abril 2013. [Alrededor de 12 pantallas] Disponible en [url: http://www.pension65.gob.pe/2013/03/](http://www.pension65.gob.pe/2013/03/)

98. Municipalidad de Jaén. Dirección de desarrollo social. Comedor popular. [artículo en internet] citada y actualizada en Mayo 2013. Disponible en el url:
<http://www.munijaen.gob.pe/dsocial/comedorespopulares.php?contenido=7>

ANEXOS



ANEXO N° 01

CÁLCULO DE LA MUESTRA

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

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

Dónde:

n = Tamaño de muestra

N = Tamaño de la población = 510

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

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

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

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

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (510)}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (510-1)}$$

n = 219 Personas adultas



ANEXO 02

UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN
LA PERSONA ADULTA DEL CASERÍO SANTA CRUZ - LA UNION -
PIURA, 2015

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, Venilicos o sin vinílicos ()3
- Laminas asfálticas ()4
- Parquet ()5

6.4. Material del techo:

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

6.5. Material de las paredes:

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

6.6. Cuantas personas duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua:

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

8. Eliminación de excretas:

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

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

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

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

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

21. DIETA:

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

	Diario	3 o más veces a la semana	1 o dos veces a la Semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
1. Fruta					
2. Carne:(pollo Res, cerdo, etc)					
3. Huevos					
4. Pescado					
5. Fideos, arroz Papas					
6. Pan, cereales					
7. Verduras y Hortalizas					
8. Otros					

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

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 para que la atendieran en el establecimiento de salud ¿le pareció?

- Muy largo ()1
- Largo ()2
- Regular ()3
- Corto ()4
- Muy corto ()5

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

- Muy buena ()1
- Buena ()2
- Regular ()3
- Mala ()4
- Muy mala ()5

No sabe ()6

No se atendió ()7

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa

SI ()1

NO ()2

Muchas gracias por su colaboración

**VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:
EVALUACIÓN 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 Ms. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

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

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:

- Se solicitó la participación de un grupo 9 jueces expertos del área de Salud.
- Se alcanzó a cada una de la expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA EN LAS REGIONES DEL PERÚ”. (ANEXO 04)
- 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?
- Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas. (ANEXO 03)
- 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)
- Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 9 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla)

Tabla

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

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

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

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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



ANEXOS N°3

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

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



ANEXOS N°4

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO: _____

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE: _____

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

P6.3									
Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
Comentario:									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									
P15									

Comentario:								
P16								
Comentario:								
P17								
Comentarios								
P18								
Comentario								
P19								
Comentario								
P20								
Comentario								
P21								
Comentario								
DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS								
P22								
Comentario:								
P23								
Comentario:								
P24								
Comentario:								
P25								
Comentario:								
P26								

Comentario:								
P27								
Comentario:								
P28								
Comentario								

P29								
Comentario								
P30								
Comentario								

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

Gracias por su colaboración.



ANEXO N°05

UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA ADULTA DEL
CASERÍO SANTA CRUZ- LA UNIÓN- PIURA, 2015.**

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

.....



ANEXO N°06

N°	Actividades	AÑO 2015			AÑO 2016						AÑO 2017			AÑO 2018			
		Setiembre	Octubre	Noviembre	Abril	Mayo	Junio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Setiembre	Octubre	Noviembre	enero	febrero	Marzo
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	1	2	3
1	Elaboración del proyecto de investigación																
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	Interpretación de los resultados																
7	Análisis y discusión de los resultados.																
8	Redacción del informe final de investigación																
9	Presentación del informe final de investigación																
10	Elaboración de artículo científico																
11	Redacción del Proyecto de investigación																
12	Presentación del informe final de investigación																
13	Elaboración de artículo científico																



ANEXO N°07

CUADRO DE PRESUPUESTO - BIENES Y SERVICIO

Rubro	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Bienes de Consumo			
Papelería	2 millares	25.00	50.00
Lapiceros	2 unidades	2.00	4.00
USB	1 unidad	30.00	30.00
Folder y faster	5 unidades	1.00	5.00
cuaderno	1 unidad	5.00	5.00
computadora	1 unidad	2,000.00	2,000.00
otros		40.00	40.00
Total bienes			2,134.00
Servicios			
Pasajes	30	3.00	90.00
impresiones	200 unidades	0.30	60.00
Copias	120 unidades	0.1	12.00
Internet		150.00	150.00
Anillados	3 unidades	15	45.00
Telefonía móvil y fija		100.00	100.00
Internet	8 horas diarias	5.00	80.00
Gastos Adicionales del estudiante		675.00	10,800.00
Total de servicio			13,501.00



ANEXO N°08

HISTORIA DE SANTA CRUZ

En el año 1975 aproximadamente se crea el caserío de Canizal Santa Cruz ante la Prefectura de Piura (institución encargada de dar creación a los caseríos en aquellos años). Canizal Santa Cruz en aquel entonces era una fusión con los canizales, pero luego la población junto con las autoridades los señores Baltazar Aquino Fernández como Teniente Gobernador, José Eugenio Aquino Villegas como Agente Municipal y en su entonces el señor Alapito Panta alcalde del distrito de La Unión decidió crear un caserío separado de los Canizales, su población aproximada era de 65 pobladores y 15 viviendas. Luego el señor Manuel Flores García tuvo la brillante idea de modificar el nombre del caserío al que decidió llamar Santa Cruz, el nombre proviene de la imagen de la Santísima Cruz que veneraban en esos años y hasta en la actualidad se sigue con la tradición.

Los pobladores desde siempre han sido muy unidos ya que en esos años se reunían para hacer trabajos comunales, así fueron dando inicio a la avenida principal del caserío que en esos tiempos la carretera la construyeron con salitre, también se creó la institución educativa primaria 15367 que hasta en la actualidad lleva el mismo nombre, en sus inicios la institución era de infraestructura rustica (adobe). Gracias a la cooperativa que existía en esos años contrataron a una profesora quien educó a muchos niños por varios años, luego llegó el profesor Agurto Córdova quien también se desempeñó como director por mucho tiempo. Más adelante se creó la iglesia que lleva el nombre hasta en la actualidad de Perpetuo Socorro, así como también el Local Comunal y Centro Inicial.

Ya en el año 1995 los pobladores deciden construir dos norias, una en la zona norte y otra en la zona sur, pero ahora solo funciona una noria que hasta en la actualidad le sigue dando vida a la población ya que de allí se extrae el agua para el consumo humano, hasta el día de hoy aún no se cuenta con el servicio de agua potable. Y en diciembre del año 2000 llega la energía eléctrica, uno de los servicios básicos que benefició en su entonces a 510 pobladores.



ANEXO N°09

"AÑO DE LA DIVERSIFICACION PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACION"

CONSTANCIA

SEÑOR:
RUFINO PAZ ANASTACIO
TENIENTE GOBERNADOR DEL CASERIO DE SANTA CRUZ.

La Srta. María Elizabeth Anón Pingo con DNI N° 47200658, Estudiante de la UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMOTE, perteneciente a la Escuela de Enfermería- Nivel Puro, con fines de investigación, está solicitando información de los datos reales del número de pobladores mayores de 18 años o más de la población, para dicho proyecto de investigación, que se está llevando a cabo "Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el caserío de Santa Cruz, la Unión - Piura 2015".

Se expide el presente documento para los fines que indica con respecto a la parte interesada.



La Unión 07 de mayo de 2015.