



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

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL
SECTOR “SAN MIGUEL” MONTERREY HUARAZ,
2013.**

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

AUTORA:

Bach. Enf. KATERIN KEYLA LEÓN VALERIO

ASESORA:

Mgtr. ROCÍO BELÚ VÁSQUEZ VERA

HUARAZ – PERÚ

2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. MAGALY NANCY CAMINO SÁNCHEZ
PRESIDENTE

Mgtr. FRANK RONALD ALCÁNTARA BLAZ
SECRETARIO

Mgtr. RUTH LYDA LUGO VILLAFANA
MIEMBRO

4.1. Agradecimientos:

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Católica los
Ángeles de Chimbote, Escuela
profesional de Enfermería por
aportar en mi formación y
brindarme las facilidades para
culminar mi carrera profesional

A la Mgtr. Rocío Vásquez que
influyó con sus lecciones y
experiencias en formarme
como una persona de bien y
preparada para los retos que
pone la vida

Agradezco también a todos los
adultos del sector San Miguel,
Monterrey, Huaraz, por haberme
brindado su comprensión y apoyo
con la valiosa información, razón de
esta investigación.

KATERIN

4.2. Dedicatorias:

DEDICATORIA

A mis padres Rubén y Sinfrosa con mucho afecto por ser ejemplo de mi vida, por guiarme y por brindarme su incondicional apoyo cada día para seguir adelante.

A Dios por darme fuerzas día a día para seguir adelante, a pesar de las adversidades y no permitir que me rinda y luche por lograr mis metas y objetivos.

KATERIN

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, diseño de una sola casilla. Su objetivo fue describir los determinantes de salud de los adultos del Sector “San Miguel”, Monterrey – Huaraz. La muestra estuvo conformada por 110 adultos, se aplicó un cuestionario sobre los determinantes de salud, para el análisis y procesamiento de los datos SPSS/20,0. Llegando a las siguientes conclusiones: En los determinantes de salud biosocioeconómicos tenemos: menos de la mitad son adultos jóvenes, la mitad tienen trabajo eventual, más de la mitad son de sexo femenino, con secundaria completa / incompleta y la mayoría perciben un ingreso menor a 750 soles. En los determinantes del entorno físico tenemos: menos de la mitad tiene casa con techo de madera, disponen la basura en carro recolector, más de la mitad tienen vivienda unifamiliar, casa propia, conexión de agua domiciliaria, letrinas, la mayoría tiene piso de tierra, duermen 2 a más miembros / habitación , cocinan con leña, eliminan la basura en contenedor específico de recogida, casi todos tienen paredes de adobe, energía eléctrica permanente y todos refieren que recogen la basura al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas. En los determinantes de los estilos de vida tenemos: menos de la mitad consumen frutas y verduras 3 o más veces / semana, pescado 1 o 2 veces / semana, más de la mitad no fuman ni han fumado de manera habitual, alcohol ocasionalmente, no se realizan examen médico periódico, consumen carne 1 o 2 veces / semana, verduras diario, consumen otros alimentos menos de 1 vez a la semana, la mayoría duerme de 6 a 8 horas diarias, caminan como actividad física por más de 20 minutos, consumen pan diario, todos consumen fideos diario, se bañan 4 veces a la semana. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias tenemos: menos de la mitad reciben otros apoyos sociales organizado del estado, refieren que el centro de atención de salud queda lejos de su casa, esperan regular para la atención, la calidad de atención fue buena, la mayoría no recibe apoyo social natural, tiene SIS – Minsa, se atiende en el centro de salud, casi todos no reciben apoyo social organizado, no hay pandillaje cerca de su casa.

Palabras clave: Determinantes de Salud, Adultos.

ABSTRACT

This quantitative research, descriptive, design of a single cell type. Its aim was to describe the determinants of adult health Sector "San Miguel", Monterrey - Huaraz. The sample was composed of 110 adults, a questionnaire on health determinants, for analysis and processing of SPSS / 20.0 data was applied. Reached the following conclusions: the determinants of biosocioeconómicos health are: less than half are young adults, half have eventually work, more than half are female, with complete / incomplete secondary and most earn less than a 750 soles. In determining the physical environment are: less than half have a house with wooden roof, have garbage in collector car, more than half have detached house, home, free home water, latrines, most have floor, sleeps 2 more members / room, cook with firewood, eliminate waste at specific collection container, almost all have adobe walls, permanent electricity and all refer to scavenge at least 1 time a month but not every week . The determinants of lifestyles we have: less than half consume fruits and vegetables three or more times / week, fish 1 or 2 times / week, more than half do not smoke or have smoked regularly, alcohol occasionally, not medical examination Newsprint, consume meat 1 or 2 times / week, daily vegetables, eat other foods less than 1 once a week, most sleeps 6 to 8 hours a day, walking and physical activity for more than 20 minutes, consume daily bread, all consumed daily noodles, bathe 4 times a week. The determinants of social and community networks have: less than half receive other organized state social support, refer to the center of health care is far from home, expect regular basis to care, quality of care was good, most do not receive natural social support, it has SIS - MoH, is addressed in the health center, almost all receive no organized social support, no gang near her home.

Keywords: Determinants of Health, Adults.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	8
2.1. Antecedentes.....	8
2.2. Bases Teóricas.....	9
III. METODOLOGÍA.....	15
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	15
3.2 Diseño de investigación.....	15
3.3 Población y Muestra.....	15
3.4 Definición y Operacionalización de variables.....	15
3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	24
3.6 Procesamiento y Análisis de dato.....	25
3.7 Consideraciones éticas.....	26
IV. RESULTADOS.....	27
4.1 Resultados.....	27
4.2 Análisis de Resultados.....	35
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	74
5.1 Conclusiones.....	74
5.2 Recomendaciones.....	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXOS.....	98

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01.....	34
DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS DEL SECTOR “SAN MIGUEL” MONTERREY - HUARAZ, 2013.	
TABLA N° 02.....	39
DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO DE LOS ADULTOS DEL SECTOR “SAN MIGUEL” MONTERREY –HUARAZ, 2013.	
TABLA N° 03.....	50
DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL SECTOR “SAN MIGUEL” MONTERREY - HUARAZ, 2013.	
TABLA N° 04.....	59
DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL SECTOR “SAN MIGUEL” MONTERREY - HUARAZ, 2013.	

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realizó con el propósito de identificar los determinantes sociales de salud de los adultos del sector “San Miguel”, Monterrey- Huaraz. Dado que, la mayoría de los problemas sanitarios se debe a las condiciones a las que está expuesta la persona, a factores que actúan en su entorno, los mismos que pueden garantizar o perjudicar su salud.

Así mismo está organizado en 5 capítulos: Capítulo I: Introducción, Capítulo II: Revisión de literatura, Capítulo III: la Metodología, Capítulo IV: los Resultados y Capítulo V: las Conclusiones y Recomendaciones, cada uno contiene hallazgos importantes y valiosos que contribuyen de una u otra manera al enriquecimiento del sistema de conocimientos teóricos. El desarrollo de la siguiente investigación formativa empieza con la caracterización del problema:

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

Los determinantes de la salud suponen una íntima unión y relación con el estilo de vida, que es el conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de la alternativa que están disponibles a las personas de acuerdo a su circunstancia socioeconómicos a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones (2).

La salud en el Siglo XXI cobra una importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está tomando una dimensión muy especial en cuanto a seguridad respecta. Como tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud la población está determinada por las

interacciones complejas entre las características individuales y sociales que aborda una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente (3).

En la conferencia de Alma Ata en 1976 la OMS definió la salud como el perfecto estado físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona de estar de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual. Por lo que, en definitiva la salud es algo más que la simple ausencia de enfermedad, es un equilibrio armónico entre la dimensión física, mental y social; y está determinada por diversos factores, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud (4).

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

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

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

salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales (6).

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

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

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

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

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin

embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (9).

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

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

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

Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud (12).

El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, sino que supone necesariamente un imperativo ético-político. Las desigualdades en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas. Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tales inequidades, carecen de justificación. En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado (13).

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

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

Esta problemática se observa en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana,

seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores (14).

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

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

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

En el Perú, el ministerio de salud, en la estrategia nacional de seguridad alimentaria 2004-2015, realizó un diagnóstico de la seguridad/inseguridad alimentaria de Perú,

donde concluyó que los principales problemas de inseguridad alimentaria se dan por el lado del acceso, ocasionado por bajos niveles de ingreso, así como el uso inadecuado de alimentos por parte de la población (17).

Referente a las redes sociales, en el informe de pobreza del Perú del banco mundial (2010), el sector agua y saneamiento registra bajas coberturas y mala calidad del servicio, así como precariedad en la situación financiera por parte de los prestatarios de los servicios., indican que el 30% de la población urbana y el 60% de la población rural no tiene acceso a agua y saneamiento. Factores medio ambientales como la contaminación del aire y del agua perjudican la salud de la población. En la zona rural sólo el 28.9% de los hogares tiene electricidad (92.5% en área urbana), 35% tiene red pública de agua potable dentro de la vivienda (77.7% en área urbana), 51.4% no tiene ningún servicio de eliminación de excretas (8.2% en área urbana) (17).

El ministerio de salud, dice que si bien la atención primaria ha mejorado, todavía hoy un tanto por ciento elevado de la población (un 25%) no tiene acceso a la atención de la salud. La población indígena tiene menos acceso a los servicios sanitarios debido, principalmente a barreras lingüísticas y culturales. Si nos referimos a los afiliados al SIS en Ancash, en el primer semestre del 2011, se han afiliado 540,289 personas, el 339,132 afiliadas hace el 62.77 %. Que corresponde a la población de las zonas rurales; 201,157 afiliadas corresponde a las zonas urbano marginales y el 37.23% corresponde a las zonas urbanas (18, 19).

A esta realidad no es ajena los adultos del sector “San Miguel” Monterrey que se encuentra ubicado en el distrito de Independencia, Huaraz, limitado por el sur: con el distrito de Monterrey, por el norte: con el pueblo de Secsepampa. por el este: con el pueblo de Apahuain y por el oeste: carretera principal (Río Santa). En la comunidad habitan aproximadamente 164 habitantes de los cuales 110 personas son adultos que se dedican al trabajo en distintos ámbitos para poder dar alimentación a su familia (20).

Las principales actividades a la que se dedica la población de “San Miguel” son: La agricultura produciendo papa, maíz, trigo, hortalizas, en la ganadería la crianza de animales (vacunos, patos, gallinas, cerdos, ovejas y cuyes) en pequeñas cantidades. Las mujeres se dedican al cuidado de sus hijos, muchas de ellas apoyan a sus esposos en la agricultura, y un porcentaje de ellas se dedican a la venta de sus productos agrícolas y animales. En cuanto a los varones adultos se dedican a la agricultura y ganadería para sustentar las necesidades básicas de su familia. El idioma que hablan es el quechua – castellano. (20)

La comunidad cuenta servicios básicos: como es agua potable las 24 horas del día, con medidor de luz, el tipo de vivienda que predomina es de material rústico; cuenta con una carretera el tiempo de distancia entre el sector San Miguel a Monterrey es aproximadamente de 8 minutos en auto y caminando es 20 minutos, cuentan con letrinas, y el carro recolector recoge la basura al menos 1 vez por semana (20).

Actualmente la comunidad cuenta con un local comunal, una plazuela central, una capilla de nombre “Virgen de las Mercedes” pues predominan la religión católica. Cuentan con un centro de Salud de Monterrey categorizado con el primer nivel de atención (I-3), contando con personales de salud como médico, obstetra, enfermera, técnicos y otros personales de salud, donde se brinda atención de salud integral al adulto la mayoría de ellos se encuentran asegurados por el Seguro Integral de Salud (SIS).

Las enfermedades más frecuentes en el adulto de este sector son: infecciones de vías respiratorias agudas 30,16%, deficiencias de la nutrición 6,26%, afecciones dentales y periodontales 6,10%, enfermedades infecciosas intestinales 5,85%, signos, síntomas y afecciones mal definidas 5.70%, enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo 4.51%, enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo 4.50%, enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio 4.27%, otras enfermedades infecciosas y parasitarias 3.99%, enfermedades del aparato urinario 3.46% (20).

Frente a lo expuesto consideramos pertinente la realización de la presente

investigación planteando el siguiente problema:

¿Cuáles son los determinantes de salud de los adultos del Sector “San Miguel” Monterrey - Huaraz, 2013?

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

Identificar los determinantes de salud de los adultos del sector “San Miguel” Monterrey - Huaraz.

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

Identificar los determinantes de salud biosocioeconómico (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), de los adultos del sector “San Miguel” Monterrey, Huaraz.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: alimentos que consumen las personas, hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo, actividad física), de los adultos del sector “San Miguel” Monterrey - Huaraz.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social de los adultos del sector “San Miguel” Monterrey - Huaraz.

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

reducir las desigualdades, mejorar la salud de la población y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

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

Esta investigación es necesaria para los establecimientos de salud porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia de los Programas Preventivo promocional de la salud de los adultos del sector “San Miguel” Monterrey - Huaraz y reducir los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

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

II. REVISIÓN LITERARIA:

2.1. Antecedentes:

Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

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

Gonçalves, (14), destaca que, aun cuando al proceso de envejecimiento poblacional fue iniciado más temprano en Buenos Aires y que, por lo tanto, su población estará más envejecida que la de San Pablo, las condiciones de salud de los ancianos de aquella ciudad fueron mejores que las de San Pablo.

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

A nivel Nacional:

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

A nivel local:

Melgarejo, E. y col, (23), en su investigación titulada: “Determinantes de la salud y el Contexto de la Participación Comunitaria en el Ámbito Local de Chimbote y Nuevo Chimbote. 2008”. Concluye que en el contexto de la participación comunitaria de cada 10 comunidades 8 de ellas están en un contexto interdependiente y 2 en autogestión. Los factores personales (edad, sexo, grado instrucción, responsabilidad, antecedente de enfermedad y estado de salud) no tienen relación estadística significativa con el contexto de la participación comunitaria. Existe relación estadística significativa entre lugar de nacimiento y sobrecarga laboral.

Valverde, L. (24), en su investigación sobre “Determinantes de Salud de los adultos del Sector “B” Huaraz, 2013. Tipo de investigación cuantitativa, en una muestra constituida por 239 adultos del sector “B”; se utilizó un cuestionario sobre determinantes en Salud. Se obtuvieron los siguientes resultados: El 34% tienen secundaria completa/incompleta, el 60% tiene un

ingreso económico menor de 750 soles. En relación a la vivienda: el 100% tiene agua intradomiciliaria y energía permanente, el 99% tiene baño propio, el 50% dispone su basura a campo abierto, el 70% no fuma, el 68% ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 82% no se realiza ningún examen médico, el 50% realiza actividad física, el 37% consume pescados 1 vez por semana, el 34% consume frutas diariamente, el 61% consume verduras diariamente, el 84% cuenta con el SIS.

2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación

El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mscck Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principios determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (25).

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención (25). Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (26).



Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (26).

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales.

Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas.

El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales,

así como también en sus hábitos de comida y bebida. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (26).



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

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

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

a). Determinantes estructurales

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

b). Determinantes intermediarios.

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

c). Determinantes proximales.

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

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

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (25).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan un gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (27).

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

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

Servicios de salud: este ámbito se refiere a la red asistencial que agrupa las

prácticas, la accesibilidad y la calidad de la red asistencial de salud, incluyendo prácticas de gestión, dotación y calidad del personal e infraestructura y equipo.

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

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

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

Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (27).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Nivel de investigación

Cuantitativo, descriptivo (28, 29).

3.2. Diseño de investigación

Diseño de una sola casilla (30, 31).

3.3. Población y Muestra

Población muestral

Estuvo conformado por 110 adultos que viven en el sector “San Miguel” Monterrey - Huaraz, departamento de Ancash.

Unidad de análisis

Los adultos que residen en el sector “San Miguel” Monterrey – Huaraz, que forman parte de la muestra y responden a los criterios de investigación.

Criterios de Inclusión

- Adulto que viven más de 3 años en el sector “San Miguel”, Monterrey - Huaraz.
- Adultos sanos
- Adulto que tuvo disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Adulto que tuvo algún trastorno mental

3.4. Definición y Operacionalización de variables

DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONOMICÓS

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 (32).

Definición Operacional

Escala de razón:

- Adulto joven (20 a 40 años)
- Adulto maduro (40 a 64 años)
- Adulto mayor (65 en adelante)

Sexo

Definición Conceptual.

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (33).

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 (34).

Definición Operacional

Escala ordinal

- Sin nivel e instrucción
- Inicial/Primaria
- Secundaria incompleta / Secundaria completa

- Superior universitaria incompleta
- Superior no universitaria incompleta

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (35).

Definición Operacional

Escala de razón

- Menor a 750 soles
- De 750 a 1000
- De 1001 a 1400
- De 1401 a 1800
- De 1801 a mas

Ocupación

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (36, 37).

Definición Operacional

Escala nominal

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

DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FISICO

Vivienda

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (38).

Definición operacional

- Vivienda unifamiliar
- Vivienda multifamiliar
- Vecindad, quinta, choza, cabaña
- Local no destinado para habitación
- Otros

Tenencia de vivienda

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

Material del piso:

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

Material del techo:

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

- Eternit

Material de las paredes:

- Madera, estera
- Adobe
- Estera adobe
- Material noble, Ladrillo, Cemento

Nº de personas en un dormitorio

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

Abastecimiento de agua

- Acequia
- Cisterna
- pozo
- Conexión domiciliario

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

- Gas, electricidad
- Leña, carbón
- Bosta
- Tuza(coronta de maíz)
- Excremento de vaca

Tipo de alumbrado de la vivienda

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

Disposición de basura

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

Con que frecuencia recogen la basura

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

Suelen eliminar la basura en algún lugar

- Carro recolector
- Montículo o campo abierto
- Contenedor específico de recogida
- Vertido por el fregadero o desagüe
- Otros

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (39).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Frecuencia de ingesta de bebida alcohólica

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

Nº de horas que duerme

- (06 a 08 h)
- (08 a 10 h)
- (10 a 12 h)

Frecuencia con que se bañan

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

Realiza algún examen medico

Escala nominal

(Si) (No)

Realiza actividad física

- Caminar

- Deporte
- Gimnasia
- No realiza

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

- Caminar
- Gimnasia suave
- Juego con poco esfuerzo
- Correr
- Deporte
- Ninguno

ALIMENTACIÓN

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (40).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: frecuencia de consumo de alimentos

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

DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones en contextos de complejidad. (41)

Apoyo social natural

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

Apoyo social organizado

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

Apoyo de algunas organizaciones

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

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Definición Conceptual

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (42).

En que Institución de salud se atendió:

- Hospital
- Centro de salud
- Puesto de salud
- Clínica particular
- Otros

Lugar de atención atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- Sanidad
- Otros

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 cerca de su casa

Escala nominal

(Si) (No)

3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

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

Instrumento N° 01

El instrumento utilizado fue el Cuestionario sobre los determinantes de los adultos del sector “San Miguel”, Monterrey - Huaraz, que estaba constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO 01).

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

- ✓ Los determinantes de salud biosocioeconómicos: (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); de los adultos del sector “San Miguel” Monterrey – Huaraz.

- ✓ Los determinantes relacionados con el entorno físico: (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental); de los adultos del sector “San Miguel” Monterrey – Huaraz.

- ✓ Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), alimentos que consumen las personas; de los adultos del sector “San Miguel” Monterrey - Huaraz

- ✓ Los determinantes de las redes sociales y comunitaria: acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social; de los adultos del sector “San Miguel” Monterrey – Huaraz.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas. (Ver anexo N° 02)

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

$$(x - l)/k$$

Dónde:

x: Es la media de las calificaciones de los jueces en la muestra.

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es

válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta del Perú (43). (ANEXO N° 03)

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (44). (ANEXO N° 04)

3.6. Procesamiento y Análisis de Datos:

Procedimiento de recolección de datos:

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

- ✓ Se informó y se pidió el consentimiento de los adultos del dicho sector, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- ✓ Se coordinó con los adultos con disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- ✓ Se procedió a aplicar el instrumento a cada adulto.
- ✓ Se realizó la lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos a cada adulto.
- ✓ El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa por cada adulto.

Análisis y Procesamiento de los datos:

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 20 en tablas simples con sus respectivos gráficos para cada tabla.

3.7. Consideraciones éticas

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (45).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos de 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 los adultos, siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó a los adultos para los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con los adultos que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (ANEXO N° 05).

IV. RESULTADOS:

4.1. Resultados:

TABLA N^o 01

DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS
ADULTOS DEL SECTOR “SAN MIGUEL” MONTERREY - HUARAZ,
2013.

Sexo	N°	%
Masculino	38	34.5
Femenino	71	65.5
Total	110	100.0
Edad	N°	%
Adulto Joven	52	47.3
Adulto Maduro	38	34.5
Adulto Mayor	20	18.2
Total	110	100.0
Grado de instrucción	N°	%
Sin nivel e instrucción	11	10.0
Inicial/Primaria	28	25.5
Secundaria Completa / Incompleta	63	57.3
Superior universitaria	8	7.3
Superior no universitaria	0	0.0
Total	110	100.0
Ingreso económico (Soles)	N°	%
Menor de 750	98	89.1
De 751 a 1000	11	10.0
De 1001 a 1400	1	9
De 1401 a 1800	0	0.0
De 1801 a más	0	0.0
Total	110	100.0
Ocupación	N°	%
Trabajador estable	4	3.6
Eventual	55	50.0
Sin ocupación	49	44.5
Jubilado	0	0.0
Estudiante	2	1.8
Total	110	100.0

Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la salud, elaborado por Rodríguez, Y, Vílchez, Aplicada a personas adultas del sector “San Miguel” Monterrey Huaraz-octubre, 2013.

TABLA 02.

DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FISICO DE
 LOS ADULTOS DEL SECTOR “SAN MIGUEL” MONTERREY - HUARAZ,
 2013.

Tipo de vivienda	N	%
Vivienda unifamiliar	65	59.1
Vivienda Multifamiliar	43	39.1
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0.0
Local no destinada para habitación	0	0.0
Otros	2	1.8
Total	110	100
Tenencia	n	%
Alquiler	16	14.5
Cuidar/Alojado	16	14.5
Plan social(dan casa para vivir)	2	1.8
Alquiler / venta	0	0.0
Casa Propia	76	69.1
Total	110	100
Material del piso	n	%
Tierra	101	91.8
Entablado	0	0.0
Loseta, Vinílicos o sin vinílicos	8	7.3
Laminas asfálticas	1	9
Parquet	0	0.0
Total	110	100
Material del techo	n	%
Madera , estera	39	35.5
Adobe	28	25.5
Estera y adobe	37	33.5
Material Noble , Ladrillo, cemento	6	5.5

Continua...

Eternit	0	0.0
Total	110	100
Material de las paredes	n	%
Madera ,estera	2	1.8
Adobe	102	93.6
Estera y adobe	0	0.0
Material Noble, Ladrillo, Cemento	5	4.5
Total	110	100
Nº de Personas en dormitorio	n	%
4 a más Miembros	15	13.6
2 a más Miembros	83	75.5
Independiente	11	10
Total	110	100
Abastecimiento de agua	n	%
Acequia	40	36.4
Cisterna	0	0.0
Pozo	0	0.0
Red publica	8	7.3
Conexión domiciliaria	62	56.4
Total	110	100
Eliminación de excretas	n	%
Aire libre	23	20.9
Acequia ,canal	4	3.6
Letrina	76	69.1
Baño Publico	1	9
Baño Propio	3	2.7
Otros	3	2.7
Total	110	100
combustible para cocinar	n	%
Gas, Electricidad	8	7.3
Leña, Carbón	100	90.9

Continua...

Bosta	1	9
Tuza (coronta de maíz)	0	0.0
Carca de vaca	1	0.0
Total	110	100
Tipo de alumbrado	n	%
Energía Eléctrica Permanente	108	98.2
Sin energía	0	0
Lámpara(no eléctrica)	0	0
Grupo electrógeno	0	0
Energía eléctrica temporal	0	0
Vela	2	1.8
Total	224	100
Disposición de basura	n	%
A campo Abierto	23	20.9
Río	9	8.2
En un pozo	31	28.2
Se entierra, quema, carro recolector	47	42.7
Total	110	100
Con que frecuencia recogen la basura	n	%
Diariamente	0	0.0
Todas las semanas pero no diariamente	0	0.0
Al menos 2 veces por semana	0	0.0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	110	100
Total	110	100
Suelen eliminar la basura en algún lugar	n	%
Carro recolector	0	0.0
Montículo o Campo Limpio	4	3.6
Contenedor específico de recogida	81	73.6
Vertido por el fregadero o desagüe	22	20.0
Otros	3	2.7
Total	110	100

Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la salud, elaborado por Rodríguez, Y, Vílchez, Aplicada a personas adultas del sector “San Miguel” Monterrey Huaraz-octubre, 2013.

TABLA N° 03.

DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS
ADULTOS DEL SECTOR “SAN MIGUEL” MONTERREY - HUARAZ, 2013.

Actualmente fuman los adultos	N°	%
Si fumo, diariamente	0	0.0
Si fumo, pero no diariamente	1	.9
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	49	44.5
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	60	54.5
Total	110	100.0
Frecuencia que ingiere bebidas alcohólicas	N°	%
Diario	0	0.0
Dos a tres veces por semana	0	0.0
Una vez a la semana	5	4.5
Una vez al mes	10	9.1
Ocasionalmente	64	58.2
No consumo	31	28.2
Total	110	100.0
Horas que duerme	N°	%
[06 a 08)	91	82.7
[08 a 10)	19	17.3
[10 a 12)	0	0.0
Total	110	100.0
Frecuencia con que se baña	N°	%
Diariamente	0	0.0
4 veces a la semana	110	110
No se baña	0	0.0
Total	110	100.0
Se realizó algún examen medico	N°	%
Si	52	47.3
No	58	52.7

continua...

Total	110	100.0
Realiza actividad física	N°	%
Caminar	77	70.0
Deporte	32	29.1
Gimnasia	0	0.0
No realizo	1	.9
Total	110	100.0
Actividad física los dos últimas semanas	N°	%
Caminar	96	87.3
Gimnasia suave	1	.9
Juegos con poco esfuerzo	12	10.9
Correr	0	0.0
Deporte	1	.9
Ninguna	0	0.0
Total	110	100.0

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	4	3.6	53	48.2	48	43.6	5	4.5	0	0.0	110	100.0
Carne	2	1.8	46	41.8	57	51.8	5	4.5	0	0.0	110	100.0
Huevos	28	25.4	35	31.8	30	27.3	17	15.5	0	0.0	110	100.0
Pescado	4	3.6	17	15.5	45	40.9	39	35.5	5	4.5	110	100.0
Fideos	109	99.1	1	.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	110	100.0
Pan	100	90.9	9	8.2	1	.9	0	0.0	0	0.0	110	100.0
Verduras,	78	70.9	16	14.5	13	11.8	3	2.7	0	0.0	110	100.0
Otros	9	8.2	20	18.5	15	13.5	53	49.8	13	11	110	100.0

Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la salud, elaborado por Rodríguez, Y, Vílchez, Aplicada a personas adultas del sector “San Miguel” Monterrey Huaraz-octubre, 2013.

TABLA N° 04

DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y
COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL SECTOR “SAN MIGUEL”
MONTERREY - HUARAZ, 2013.

Apoyo social natural:	N°	%
Familiares	29	26.4
Amigos	1	.9
Vecinos	1	.9
Compañeros espirituales	0	0.0
Compañeros de trabajo	0	0.0
No recibo	79	71.8
Total	110	100.0
Apoyo social organizado:	N°	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0.0
Seguridad social	3	2.7
Empresa para la que trabaja	0	0.0
Instituciones de acogida	0	0.0
Organizaciones de voluntariado	0	0.0
No recibo	107	97.3
Total	110	100.0
Apoyo social de organización del estado:	N°	%
Pensión 65	21	19.1
Comedor popular	11	10
Vaso de leche	30	27.3
Otros	48	43.6
Total	110	100.0
En que institución de salud se atendió	N°	%
Hospital	15	13.6
Centro de salud	85	77.3
Puesto de salud	8	7.3
Clínicas particulares	2	1.8
Otras	0	0.0
Total	110	100.0

Continua...

Distancia de lugar de atención de salud	N°	%
Muy cerca de su casa	0	0.0
Regular	30	27.3
Lejos	41	37.3
Muy lejos de su casa	39	35.4
No sabe	0	0.0
Total	110	100.0
Tipo de seguro	N°	%
ESSALUD	3	2.7
SIS - MINSA	98	89.1
SANIDAD	1	.9
Otros	8	7.3
Total	110	100.0
Que tiempo espero para que lo atendieran	N°	%
Muy largo	9	8.9
Largo	22	20.0
Regular	38	34.5
Corto	35	31.8
Muy corto	6	5.5
No sabe	0	0.0
Total	110	100.
Calidad de atención que recibió	N°	%
Muy buena	25	7.3
Buena	45	40.9
Regular	30	27.3
Mala	7	6.4
Muy mala	3	2.7
No sabe	0	0.0
Total	110	100.0
Pandillaje cerca de la vivienda	N°	%
Si	8	7.3
No	102	92.7
Total	110	100.0

Fuente: Cuestionario sobre los Determinantes de la salud, elaborado por Rodríguez, Y, Vílchez, Aplicada a personas adultas del sector "San Miguel" Monterrey Huaraz-octubre, 2013.

4.2. Análisis de Resultados:

TABLA N° 01

Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de salud biosocioeconómicos de los adultos participantes en la presente investigación que residen en el sector de “San Miguel”, Monterrey Huaraz se observa que el 65,5 % (71) son de sexo femenino, el 47,3 % (52) son adultos jóvenes, el 57,3 % (63) tienen grado de instrucción secundaria completa/incompleta, el 89,1 (98) tiene un ingreso económico menor de 750 soles, el 50 % (55) tienen ocupación eventual.

Los resultados son similares con el estudio realizado por Shuan, E. (46), en su estudio “Determinantes de la Salud de los Adultos de la Comunidad Juan Velasco Alvarado, Huaraz – 2013”. En donde concluye que los adultos participantes en la presente investigación, se observa que 53 % (78) son de sexo femenino, 53 % (79) tienen una edad comprendida entre 20 a 40 años, respecto al grado de instrucción se observa que el 64 % (95) tienen grado de instrucción secundaria completa / incompleta, el 59 % (88) tienen un ingreso económico menor a 750 soles, pero difieren en la ocupación el 47 % (70) no trabajan.

Otro estudio similar es el resultado realizado por Carrillo, G. (47), en su investigación titulado “Determinantes de la Salud de los Adultos del Sector “BB” Piedras Azules, Huaraz - 2013”. El 60 % (81) tiene una edad comprendida entre 20 a 40 años, el 42 % (55) tienen grado de instrucción secundaria completa / incompleta, el 80 % (104) tienen un ingreso económico menor de 750 soles, el 32 % (41) tiene trabajo eventual, pero difieren en el sexo el 52 % (58) son de sexo masculino.

De igual forma son similares, con el estudio realizado por Ayala, J. (48), en su investigación titulada “Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Chua Bajo Sector S Huaraz, 2013”. Donde concluye que de los adultos participantes en la siguiente investigación, el 56 % (90) son adultos jóvenes, el 46 % (74) tienen grado de instrucción secundaria completa / incompleta, 43 % (69) tiene como ocupación trabajo eventual, pero difiere en el sexo donde el 52 % (84)

son de sexo masculino, y el 38 % (60) tienen un ingreso económico de 750 a 1000 soles.

Los resultados de la investigación difieren en cuanto al estudio obtenido por Salas, M. (49), en su investigación titulada “Determinantes de la Salud en Adultos Mayores Asentamiento Esperanza Baja, Chimbote - 2013”. Donde concluye que el 52 % (126) son de sexo masculino, 73 % (177) tienen un ingreso económico de 551 a 999 soles, 46 % (113) tienen como ocupación trabajo independiente. Pero es similar en el grado de instrucción donde un 75 % (184) tienen secundaria completa / incompleta, y el 50 % (88) son adultos jóvenes.

Un estudio que se asemeja es el obtenido por Chumacero, J. (50), en su estudio denominado “Determinantes de la Persona Adulta en la Urbanización Popular José maría Escrivá de Balaguer –Piura, 2013”. Quien reportó que el 50,4% tienen una edad comprendida entre 36 a 59 años, 50,4% son de sexo femenino, 35,2% tienen grado de instrucción superior completa, 34,4% se dedican a otras labores, y el 50,4% de las personas tienen ingreso económico entre 600 y 1000 nuevos soles.

También difieren con el estudio realizado por Ramos, C. (51) en su tesis titulada “Determinantes de la Salud de los Adultos del A.H San Jerónimo Sector “P” Huaraz, 2013”. Donde el 51% (63) son de sexo masculino, 56% (69) perciben un ingreso económico de 750 a 1000 soles, 45% (56) tienen ocupación eventual, es similar a la edad el 59% (72) son adultos jóvenes, 59% (73) tienen grado de instrucción secundaria completa / incompleta

El sexo en su definición es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales. Bajo esta perspectiva, sexo es una variable meramente física, producida biológicamente, que tiene un resultado predeterminado en una de dos categorías, el hombre o la mujer. Es una dicotomía con rarísimas excepciones biológicas (52).

Género, se define de otra manera, una que da entrada a más de las dos únicas alternativas que produce el sexo. Género es definido como la manera en la que la persona ejerce su sexualidad y que se presupone puede ser diversa. El género es como una variable de opción múltiple que contrasta con el sexo que sólo tiene dos opciones. Esas opciones múltiples de género, se dice, son roles o papeles sociales que la persona desarrolla desde su infancia y que definen a lo masculino y a lo femenino dentro de una sociedad (53).

El sexo está determinado por características genéticas, hormonales, ¿filológicas? y funcionales que los seres humanos tienen y nos diferencia biológicamente, la palabra sexo descende del latín: cortar, dividir originalmente se refiere nada más que a la división de género humano en 2 grupos: mujer o hombre. Cada individuo pertenece a uno de estos grupos, ya sea al sexo femenino o masculino en algunos casos puede ser extremadamente difícil determinar si un individuo particular es mujer u hombre (54).

La edad, es definida como el tiempo que una persona, animal o planta ha vivido desde que nace hasta su muerte. También es definida como cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana. Por último, es el período de tiempo en que se considera dividida la historia (55).

La edad en términos sencillos de acuerdo a la biología es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. En el caso del ser humano, generalmente se expresa como número entero de años o como un número entero de número de años y meses por las que pasa el individuo (56).

La edad está constituida como el tiempo que ha vivido un ser humano desde su creación hasta su actualidad. Cuando hablamos de la edad de las personas, estamos hablando de la cantidad de tiempo que ha pasado desde su nacimiento hasta su muerte. La persona a lo largo de su vida recorre las siguientes etapas: niñez, pubertad, adolescencia, juventud temprana, juventud adulta, adultez y ancianidad o vejez (57).

La Instrucción es el proceso de enseñanza aprendizaje que crea la integración y elaboración de lo aprendido. Es un método de aprendizaje que se puede calificar como cognitivo funcional y operativo eficaz. Grado de instrucción más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado (58).

El grado de instrucción es una variable que tiene una influencia muy grande en el estado de salud percibido de la población. Cabe agregar, que el grado de instrucción es la capacidad de cada persona de concluir los años escolares u superiores para así ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos (59).

El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Se distinguen el siguiente nivel: Primarios y menos. (60).

Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado (60).

Un ingreso es una recuperación voluntaria y deseada de activo, es decir, un incremento de los recursos económicos. Se derivan de las transacciones realizadas por la empresa con el mundo exterior que dan lugar a alteraciones positivas en el patrimonio neto de la misma (61).

Definimos al ingreso económico con los determinantes de salud, que de una y otra manera este factor va a repercutir significativamente en la población en estudio, para adoptar estilos de vida; debido a la falta de oportunidades y empleo, el bajo ingreso de recursos económicos que no alcanza para cubrir los gastos básicos del hogar, dando prioridades a las necesidades de alimentación por la cual no les da la opción de poder obtener un estilo de vida saludable (62).

En el ámbito de la economía, el concepto de ingresos es sin duda uno de los elementos más esenciales y relevantes con los que se puede trabajar. Entendemos por ingresos a todas las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, ya sea pública o privada, individual o grupal. En términos más generales, los ingresos son los elementos tanto monetarios como no monetarios que se acumulan y que generan como consecuencia un círculo de consumo-ganancia (63).

El ingreso económico viene hacer todas las ganancias que obtiene la persona de un presupuesto de una entidad, en términos generales son elementos tanto monetarios como no monetarios que se acumulan y que generan un círculo de consumo – ganancia. En el estudio es definida como la cantidad de dinero que una persona percibe mensualmente producto de su trabajo (64).

El ingreso económico es la cantidad de dinero que una familia puede obtener en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. Son fuentes de ingresos económicos lo sueldos, salarios, dividendos, ingresos por intereses, pagos de transferencias, alquileres y otros (65).

La ocupación es la tarea o función que desempeña en un puesto de trabajo que puede estar relacionada o no con su profesión y por la cual recibe un incentivo económico o en especies. También es definida como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña una persona en su trabajo, determinados por la posición en el trabajo (66).

La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones (66).

La ocupación se define como el conjunto de funciones obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de la actividad donde aquella se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales determinados por la posición en el trabajo. El empleado es la persona que desempeña un trabajo a cambio de un salario (67).

Los resultados de la presente investigación de los determinantes de salud de los adultos del Sector San Miguel Monterrey, Huaraz. En relación a los factores biológicos muestra que más de la mitad son de sexo femenino nos explica el doctor Pool Jara Pesantes Director de la red Conchucos Sur que en Ancash nacen más mujeres que varones, sin embargo los hombres tienen una tasa alta de mortalidad y una menor esperanza de vida, porque llevan una vida no saludable.

También está ligada a caracteres genéticos, durante el proceso de la formación embrionaria, todo humano tiene 23 pares de cromosomas en cada célula. Uno de los pares de cromosomas es el que lleva la información relativa al sexo, siendo XX en caso de la mujer y XY en caso del hombre, los espermatozoides pueden ser "X" o "Y". Los espermatozoides X son diferentes de los Y. Mientras que los primeros son más grandes, más fuertes, más lentos y más resistentes en condiciones moderadamente adversas o ácidas, los cromosomas Y son más rápidos, pequeños y débiles, llegan primero pero mueren antes. Por ello la posibilidad disminuye que el feto sea masculino durante la concepción (68).

Los datos estadísticos según el INEI, en el censo nacional del año 2012 y de 2005 el 50,3% de la población peruana era femenina y el 49,7% era masculino. Esto demostraría también porque hay más mujeres que varones en los diferentes

departamentos de nuestro país, También según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) fue de 2,5 hijas e hijos por mujer, lo que significa que el promedio de hijas e hijos por mujer se ha reducido respecto al estimado con la encuesta 2009 (69).

En cuanto a la edad se observa que predominan los adultos jóvenes comprendido desde los 20 hasta los 40 años, debido a que anteriormente no contaban con una educación sexual, no planificaban la cantidad de hijos que deberían tener por falta de conocimiento y orientación sobre la sexualidad con responsabilidad por ello existe mayor cantidad de adultos jóvenes, también por que los jóvenes de distintas zonas rurales migran a esta zona para poder superarse ya sea por estudio o trabajo, ya que la ciudad de Huaraz está solo a 5 minutos existiendo más oportunidades para ellos.

Los datos estadísticos según el INEI nos dice que la población del Perú es relativamente joven: 29,2% tiene menos de 15 años, el 62,2% se encuentra entre los 15 y 64 años y un 8,6% cuenta con 65 o más años de edad. En comparación con el año 2009, el porcentaje de la población joven a disminuido en 1,7 puntos porcentuales; aumentó en 0,7 punto porcentual en la población de 15 a 64 años (que constituye la población en edad de trabajar) y en 1,0 punto porcentual en aquellos de 65 y más años de edad (70)

Menos de la mitad de los adultos tienen secundaria completa/incompleta, en el Sector “San Miguel, Monterrey” se observa que no estudian por motivos económicos además porque sus padres son personas también sin educación dedicados a la agricultura por lo tanto refieren que no es importante que sus hijos estudien, solo deben dedicarse al cultivo de sus tierras, las mujeres se casan muy jóvenes y esto incide en el aumento del analfabetismo o los estudios inconclusos. También se observa que en la zona hay mucha desnutrición lo cual puede haber influenciado en la capacidad de retener los conocimientos haciendo que no avancen en los niveles educativos, por lo tanto no continúan estudiando y se dedican a otras labores.

Según el INEI, en el país reporta que el 59,7% de las entrevistadas tenían educación secundaria completa o superior (27,7% y 32,0%, respectivamente); el área urbana supera ampliamente lo observado en el área rural (69,8% y 24,1%, respectivamente). Dicha proporción fue mayor entre las mujeres del quintil superior de riqueza (88,4%) y entre las que tenían 20 a 24 años de edad (76,9%). Según ámbito geográfico, la mayor proporción se presentó en Lima Metropolitana (76,2%), y en los departamentos de Moquegua (74,8%), Lima (74,7%), Arequipa (71,0%), Ica (70,8%) y Tacna (70,1%). En cambio, en el departamento de Cajamarca (28,5%), menos del 30,0% de las mujeres tenían secundaria completa o algún año de educación superior (71).

Según datos estadísticos por la MINEDU, La Región Ancash ha logrado que casi la totalidad de la población de 6 a 11 años esté matriculada en algún nivel del sistema educativo a clases. Alcanzar una cobertura similar para la población infantil y adolescente y garantizar que se concluya la primaria y secundaria de manera al menos de las dos terceras partes de la población de 12 a 14 años de Ancash tiene primaria completa. Para reducir el número de más de 27 mil personas que no concluye oportunamente la primaria, la región Ancash debiera. (59)

El ingreso económico que perciben los adultos es menor a 750 soles, porque la mayoría de la población no tienen profesión o trabajo estable y se dedican a trabajos rústicos como la construcción civil, el comercio, agricultura, ganadería, venta de comida, refieren que lo que ganan con estos oficios no es mucho básicamente es para mantenerse día a día para poder sobrevivir o cubrir su canasta familiar. También en algunas familias el que trabaja solo es el hombre y no la mujer, por ello el sueldo que ganan es mínimo, ya que si trabajaran ambas personas (hombre y mujer) la remuneración mensual sería un poco más elevada y económicamente lograrían educar a sus hijos.

Según datos del Diario de economía e ingresos el 39% de las familias peruanas sus ingresos no les alcanzan para vivir, estudio realizado en octubre 2013 muestra

un fuerte retroceso en los cuatro indicadores del Índice de Confianza del Consumidor, que cayeron a su nivel más bajo desde mayo. La fuerte desaceleración del crecimiento del PBI, en los últimos meses ya genera un impacto directo en la economía de las familias peruanas. Así, al 39% de los hogares a nivel nacional sus ingresos no les alcanzan para vivir (72).

Con respecto a la ocupación la mitad cuentan con trabajo eventual como consecuencia del grado de instrucción que logran, no cuentan con una profesión solo tienen o realizan oficios eventualmente, como la agricultura, se observa que el poblador en épocas de lluvia siembra productos de la zona como: papa, alverja, maíz entre otros productos al igual que se dedica a la crianza de ganado vacuno, ovino, porcino y cuyes, sus productos los venden en las ferias de los fines de semana en la ciudad de Huaraz, otras ocupaciones que realizan es el comercio, venta de comida, albañilería, otros como el transporte de productos con triciclo. Los adultos varones son los que salen a trabajar no permitiendo que la mujer lo haga, las mujeres se dedican al cuidado del hogar y crianza de los hijos, es decir son amas de casa.

Comparando datos con el INEI en el período 2008-2012, la población ocupada del sector Construcción fue la que más creció, 8,4%, seguido por Administración Pública y Defensa con 5,9%, Minería 5,3%, Inmobiliaria y Alquileres 4,1%, Hoteles y Restaurantes 4,0%, Enseñanza 3,7%, Comercio 2,6%, Transportes y Comunicaciones 0,7% y Otros servicios 1,0%; mientras que, Agricultura y Pesca presentaron una tasa de crecimiento negativa de 0,8% y 1,9%, respectivamente (73).

En conclusión, los determinantes biosocioeconomicos de los adultos del sector “San Miguel” – Monterrey, en su mayoría tienen efectos positivos porque su población es joven y pueden desarrollar cualquier tipo de actividad durante un evento o algún actividad en la zona y negativo porque no logran mejorar su nivel de instrucción por lo tanto no les permite acceder a mejores condiciones de vida,

en relación al sexo predomina el sexo femenino ya que la mujer en su hogar influye mucho en la cultura de la población.

TABLA N^a 02

De acuerdo con los determinantes del entorno físico de los adultos del Sector de “San Miguel”, Monterrey Huaraz Distrito. Se observa que el mayor porcentaje de los adultos un 59,1 % (65) tienen vivienda unifamiliar, el 69,1 (76) tienen casa propia, 91,8 % (101) tienen piso de tierra, 35,5 % (39) techo de madera y estera, 93,6% (102) tienen paredes de adobe, duermen de 2 a 3 miembros en una habitación en un 75,5 % (83), el 56,4 % (62) se abastecen de agua por conexión domiciliaria, el 69,1 % (76) usan letrinas para eliminación de excretas, el 90,9 % (100) cocinan con leña, carbón, el 98,2 (108) cuentan con el servicio eléctrico permanente, el 42,7 % (47) disponen la basura en carro recolector, el 100 % (110) manifiestan que el carro recolector recoge la basura 1 vez al mes, y eliminan la basura en un 73,6 % (81) en contenedores específicos de recogida.

Estos resultados obtenidos se relacionan con lo encontrado por Shuan, E. (46), en su estudio titulado “Determinantes de la salud de los Adultos de la Comunidad Juan Velasco Alvarado, Huaraz - 2013”. Donde el 93% (137) tiene casa propia, el 97% (143) tienen piso de tierra, el 97% (143) paredes de adobe, el 52% (77) refieren que duermen 2 a 3 miembros en una sola habitación, el 66% (97) utilizan como combustible la leña para cocinar, el 100% (148) cuentan con servicio eléctrico permanente, el 100% (148) recogen la basura al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas.

Estos resultados se asemejan al resultado encontrado por Ayala, J. (48), en su estudio realizado sobre “Determinantes de la Salud de los Adultos de Caserío de Chua Bajo Sector S Huaraz - 2013”. Se observa que el 62% (98) tienen vivienda unifamiliar, 84% (135) tienen casa propia, el 50,6% (81) el material de piso es tierra, el 45,6% (73) duermen en una habitación de 2 a 3 miembros 97% (155)

tiene conexión de agua domiciliaria, el 94% (150) tienen energía permanente, 72% (116) disponen su basura en carro recolector.

Así mismo, se asemejan con el resultado encontrado por Chinchay, M. (74), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “Q” Huaraz, 2013”. Donde el 97,4% (191) tienen vivienda unifamiliar, 60,2% (118) tienen casa propia, 59,7% (117) el material de piso es tierra, 62,2% (122) paredes de adobe, 63,8% (125) duermen en una cama de 2 a 3 miembros, 100% (196) se abastecen de agua por conexión domiciliaria, 98,5% (193) tienen energía permanente, 98,5% (193) disponen su basura en carro recolector, pero difiere el 66,8% (131) tienen techo de eternit.

Los resultados de la siguiente investigación difieren con el estudio de Salas, M. (49), en su tesis titulado “Determinantes de la Salud en Adultos Mayores, Asentamiento Esperanza Baja, Chimbote, 2013”. 94% (230) material de piso es cemento, 83% (202) tiene material de techo planchas de calamina y fibras de cemento, 100% (244) el material de pared es cemento, el 100% (244) tiene baño propio, el 100% (244) utilizan el gas como combustible de cocina, el 100% (244) eliminan la basura en carro recolector.

Así mismo difiere con lo encontrado por Pajuelo, A. (75), en su estudio sobre “Determinantes de la Salud de los Adultos del Sector C Huaraz – Distrito, 2013”. El 54% (120) tienen techo de eternit, 99% (222) tiene baño propio, 94% (211) cocinan con gas, 89% (199) disponen la basura a campo abierto, 56% (125) eliminan su basura todas las semanas pero no diariamente, el 63% (140) eliminan la basura en el desagüe.

Así mismo difiere con lo encontrado por Henostroza, L. (76), en su investigación titulada “Determinantes de Salud de los Adultos de la Urbanización Villasol - Huaraz, 2013”. Donde el 79,5% (105) tienen piso de loseta, 59,8% (79) material de techo de vivienda es de cemento y ladrillo, 62,1% (82) tiene paredes de cemento y ladrillo, 100% (132) tienen agua por red pública, 100% (132) tienen

baño propio en la vivienda, 90,2% (119) usan gas para cocinar, 78% (103) frecuencia con la que eliminan la basura es diariamente, 70,5%(93) refieren que suelen arrojar su basura en carro recolector.

La vivienda es una edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas. Otras denominaciones de vivienda son: apartamento, aposento, casa, domicilio, estancia, hogar, mansión, morada, piso, etc (77).

La vivienda es el lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas. Este tipo de edificación ofrece refugio a los seres humanos y les protege de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades cotidianas (77)

La vivienda unifamiliar es aquella en la que una única familia ocupa el edificio en su totalidad, a diferencia de las viviendas colectivas. Se suelen distinguir tres tipos de vivienda unifamiliar: La aislada exenta de una sola familia, la vivienda unifamiliar aislada en estados unidos que es aquel edificio habitado por una única familia que no está en contacto físico con otras edificaciones normalmente están rodeadas por todos sus lados por un terreno perteneciente a la vivienda en el que se suele instalar un jardín privado o todos sus lados alineados con la vía pública (78).

Vivienda es el ámbito físico-espacial que presta el servicio para que las personas desarrollen sus funciones físicas vitales. Este concepto implica tanto el producto terminado como el producto parcial en proceso, que se realiza paulatinamente en función a las posibilidades materiales del usuario (79)

Otra definición de vivienda es propuesta por Jackes Pezeu, quien nos dice que “La vivienda puede ser considerada un área de apropiación necesaria para el desarrollo de las actividades que aseguran la continuidad de la vida, en un nivel más

inmediato del instinto, la vivienda constituye un medio considerado indispensable para el simple hecho de existir y que, en consecuencia es necesario proporcionarse” (80)

Tenencia, La situación de tenencia de la vivienda es uno de los aspectos a considerarse dentro del concepto de vivienda adecuada. La vivienda debe procurar seguridad no sólo en sus estructuras, sino también en su tenencia, de tal forma que se minimice el riesgo de un desalojo (81)

Se denomina tenencia al hecho de tener la propiedad de algo. Quien cuenta con la tenencia de un objeto, por lo tanto, lo posee o lo controla de alguna manera, de acuerdo a las características sociodemográficas de una población, se puede encontrar una proporción más importante de vivienda en alquiler. Por ejemplo, las ciudades con una alta población estudiantil, que llegan de diversos municipios o estados, demandan vivienda pero no propia. Asimismo, en las ciudades con crecimiento acelerado de población la vivienda en alquiler puede presentarse como una opción oportuna para los migrantes recientes así como también para los nuevos hogares de parejas jóvenes (81)

En sentido amplio, la tenencia de vivienda es el sinónimo de pertenencia que es un elemento natural o artificial, que sirve para que los seres humanos hallen refugio y abrigo ante las inclemencias naturales. Así, es vivienda desde la cueva de un oso o del hombre prehistórico, hasta los grandes y suntuosos edificios humanos modernos (82)

Pisos, son elementos de terminación o acabado, utilizados en las construcciones, cuya superficie externa está sometida a la abrasión o desgaste, causado por el rozamiento de cuerpos móviles sobre esta, o al efecto erosivo de cualquier otro agente externo. La superficie de desgaste puede ser horizontal, inclinada, escalonada o curva. (83)

El piso es la superficie inferior horizontal de un espacio arquitectónico, el "lugar que se pisa". Puede tratarse del suelo o pavimento que supone la base de una estructura (como una casa u otro tipo de construcción). La noción de piso también se utiliza para nombrar a las distintas plantas horizontales que forman un edificio. De esta manera, puede decirse que una construcción tiene cinco pisos, ocho pisos (84).

El piso es el lugar que se pone el pie, donde se pisa, del verbo pisar, proveniente en su etimología del latín "pinsare". El piso se halla ubicado en la parte inferior de la superficie en la que transitamos, que puede ser exterior o referirse al interior de una construcción. En una habitación, el piso puede ser de cemento, estar embaldosado, alfombrado o estar revestido con parquet, cerámicos, etcétera (85)

Techo, etimología: del latín tectum y éste a su vez del verbo tegere con significado de recubrir, cubrir, proteger. En construcción se conoce por techo a la superficie interior, generalmente horizontal, por encima de los límites superiores de las paredes de una habitación; aunque también se le conoce como cielo a la parte interior y techo a la parte exterior. Por lo general no es un elemento estructural, sino más bien un acabado de superficie que oculta la parte inferior del piso o del techo que existe por encima de la estructura. (86)

El techo es un conjunto de materiales que se emplea para cubrir o tapar las viviendas tales que servirán de protectores antes las adversidades climáticas que se presentan durante el ciclo del año y estas materiales pueden ser tejas; tejuela, losa de hormigón con cielo interior; zinc o pizarreño con cielo interior; zinc, pizarreño, teja, tejuela o madera sin cielo interior (87).

La cubierta de techo es el material sólido que cubre las vigas y proporciona una superficie para la fijación de techos, tales como las tejas de madera o el techado de acero. Los constructores utilizan numerosos materiales para la cubierta del techo. Cada uno de estos materiales tiene sus propias técnicas de instalación. La

instalación apropiada proporciona un techo seguro que soportará fuertes vientos y otros fenómenos meteorológicos (88).

Pared, obra de albañilería con la que formando una placa vertical sirve para cerrar un espacio, sostener una techumbre, etc. Obra de albañilería que se levanta del suelo hasta una altura generalmente superior a la de las personas, hecha de adobe, ladrillo, piedra, madera, etc, que sirve para dividir un cuarto de otros, proteger una zona de una casa del clima, o sostener un techo (89).

La pared es una obra de albañilería con la que formando una placa vertical sirve para cerrar un espacio, sostener una techumbre, etc. Obra de albañilería que se levanta del suelo hasta una altura generalmente superior a la de las personas, hecha de adobe, ladrillo, piedra, madera, etc., que sirve para dividir un cuarto de otros, proteger una zona de una casa del clima, o sostener un techo (90).

Entre los diferentes usos que tiene el término pared, el más habitual refiere a la construcción vertical que permite delimitar o cerrar un lugar. Lo habitual es que cada ambiente de una casa o de otro tipo de establecimiento cuente con cuatro paredes, levantadas sobre el suelo y cubiertas por el techo (91).

El dormitorio es aquel espacio o habitación de una vivienda especialmente diseñado para el descanso de uno o más de sus habitantes. El dormitorio es además uno de los únicos espacios donde está implícita la idea de privacidad en comparación con otros espacios de uso común como la cocina, el baño o el comedor. Debido a esto, cada persona decora, arma y ordena su dormitorio de acuerdo a sus preferencias personales, pudiendo diferir muchísimo el estilo entre los miembros de una misma familia, especialmente si hablamos de personas de diversas generaciones (como abuelos, padres o hijos), así como también en términos de género o de número de personas que lo usen (92).

El número de personas que ocupan una habitación depende de la cantidad de familias y el número de habitaciones lo ideal sería un máximo de tres personas y estos deben ser ambientes cerrados libres de corrientes de aire que no exista

humedad para evitar enfermedades, pero tampoco este debe de ser demasiado cerrado ya que es importante dejar una pequeña abertura para la oxigenación (93). Dormitorio es el nombre de la habitación usada, sobre todo, para el sueño o el descanso del residente u ocupante. En la mayoría de los casos, dicha habitación viene acompañada por muebles de tipo personal o de uso compartido privado (cama, escritorio, armario, etc.) (94).

El sistema de abastecimiento de agua es el conjunto de infraestructura, equipos y servicios destinados al suministro de agua para el consumo humano, uso doméstico, comercial, industrial y otros que debe ser en cantidad suficiente y de buena calidad física, química y bacteriológica; es decir apta para el consumo humano. Los tipos de abastecimiento de aguas son: sistemas convencionales (sistema por gravedad y de bombeo) y el sistema no convencional (conexión domiciliaria o piletas públicas y la distribución por redes (95)

La red de abastecimiento de agua potable es un sistema de obras de ingeniería, concatenadas que permiten llevar hasta la vivienda de los habitantes de una ciudad, pueblo o área rural relativamente densa, el agua potable. Se denomina agua potable o agua para consumo humano, al agua que puede ser consumida sin restricción debido a que, gracias a un proceso de purificación, no representa un riesgo para la salud (95)

Según el ministerio de sanidad el agua es fuente de vida y salud, ya que es el consumo humano en la tierra, puede considerarse de buena calidad cuando es salubre y limpia; es decir, cuando no contiene microorganismos patógenos ni contaminantes a niveles capaces de afectar adversamente la salud de los consumidores (96).

La OMS define al agua como aquella “adecuada para consumo humano y para todo uso doméstico habitual, incluida la higiene personal”. En esta definición está implícito que el agua debe estar libre de organismos patógenos, sustancias

químicas, impurezas y cualquier tipo de contaminación que cause problemas a la salud humana. (97).

Excretas, es el lugar donde se arrojan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para así evitar que las bacterias patógenas que contienen puedan causar enfermedades. Se recomienda su uso: para la disposición de excretas de manera sencilla y económica; para viviendas y escuelas ubicadas en zonas rurales o Perú urbanas, sin abastecimiento de agua intradomiciliario. (98).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) dio a conocer que, en el primer trimestre del presente año, se incrementó el acceso a servicios básicos en los hogares del área rural que contribuyen a una mejor calidad de vida de la población con menores recursos. En el área urbana 91 de cada 100 hogares tienen sistema de eliminación de excretas por red pública. (99)

Las excretas son desechos del organismo que son eliminados en distintos lugares dependiendo de la educación y la posibilidad de cada persona por ejemplo si es que cuenta con letrinas, baño propio o campo libre y es obvio que estos actos insalubres traen problemas para la salud de los habitantes. El lugar donde se arrojan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para así evitar que las bacterias patógenas que contienen puedan causar enfermedades (100).

La leña es un combustible de cocina es la madera utilizada para hacer fuego en estufas, chimeneas o cocinas. Es una de las formas más simple de biomasa usada mayormente para calefactar y cocinar. Es extraída de los árboles. Esta es comercializada normalmente a granel o fardos, pero con las nuevas técnicas de almacenamiento y logística, esta se distribuye en la actualidad paletizada y ensacada, así como es enfardada de múltiples maneras (101).

El combustible de cocina son sustancias que tiene el atributo de arder o fuente de energía que se utiliza con mayor frecuencia para la cocción de los alimentos, tal como: combustibles gaseosos (gas natural o licuado); sólidos (carbón, productos

del carbón, leña); petróleo y derivados (kerosene) y otros como la electricidad y el alcohol (102).

La madera, los residuos de cosechas, el carbón y el estiércol son los combustibles más usados para cocinar. Sin embargo, al arder todos estos combustibles producen contaminación y problemas respiratorios. Además, el carbón y la leña son escasos en ciertos lugares. (103)

Energía eléctrica, se denomina energía eléctrica a la forma de energía que resulta de la existencia de una diferencia de potencial entre dos puntos, lo que permite establecer una corriente eléctrica entre ambos cuando se los pone en contacto por medio de un conductor eléctrico. La energía eléctrica puede transformarse en muchas otras formas de energía, tales como la energía lumínica o luz, la energía mecánica y la energía térmica (104).

Energía eléctrica es causada por el movimiento de las cargas eléctricas en el interior de los materiales conductores esta energía produce, fundamentalmente, 3 efectos: luminoso, térmico y magnético la forma de energía que resulta de la existencia de una diferencia de potencial entre dos puntos, lo que permite establecer una corriente eléctrica entre ambos cuando se los pone en contacto por medio de un conductor eléctrico (105).

Disposición de basura, la basura es todo el material y producto no deseado considerado como desecho y que se necesita eliminar porque carece de valor económico. La OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) define como residuo a "aquellas materias generadas en las actividades de producción y consumo, que no han alcanzado un valor económico en el contexto en el que son producidas (106).

La frecuencia con que pasa la recolección de basura es cuando la vivienda cuenta con servicio domiciliario de recolección de basuras, o sea que recogen la basura frente a su casa en un horario establecido y días fijos ya que está a cargo en la mayoría de los casos por las municipalidades (106).

La recolección y disposición inadecuada de las basuras permite el desarrollo de insectos que se alimentan de ella produciendo algunas enfermedades al hombre como por ejemplo la tifoidea, paratifoidea, amebiasis, diarrea infantil y otras enfermedades gastrointestinales (107).

frecuencia con que recogen la basura viene hacer el servicio de disposición de residuos ordinarios que consiste en la recepción de residuos procedentes de los lugares, con el fin de ser aprovechados, recuperados, tratados y dispuestos adecuadamente, minimizando los impactos ambientales aplicando las tecnologías adecuadas disponibles (108).

Lugar de eliminación de la basura viene a ser el proceso de aislar y confinar los residuos sólidos en especial los no aprovechables, en forma definitiva, en lugares especialmente seleccionados y diseñados o en su defecto en lugares no específicos como en el campo limpio, desagües, en carros recolectores para evitar la contaminación, y los daños o riesgos a la salud humana y medio ambiente (109).

Eliminación de basura en alguno de los siguientes lugares, son los residuos que no se pueden utilizar de ningún otro modo y que no tienen ningún valor material intrínseco son llevados a las zonas de vertederos o a las instalaciones de incineración, pero son empleado para designar al control humano de recolección, tratamiento y eliminación de los diferentes tipos de residuos (110).

Los lugares de eliminación de las basuras son sitios destinados para desechar los residuos sólidos, para ello se usan los contenedores de basura; quemar, etc. Estas acciones van a proporcionar a la comunidad un ambiente sano, libre de gérmenes, desechos y vectores, un escenario paisajístico agradable y habitacional (111).

Analizando los resultados del sector “San Miguel”, Monterrey se observa que más de la mitad cuentan con vivienda unifamiliar ya que la gran mayoría de los jóvenes al conformar sus hogares tratan de no permanecer en la casa de sus padres

o pocas veces suelen viajar a la capital (Lima) para mejores oportunidades, de esta manera tratan de independizarse y conformar su propio hogar, también en nuestra zona de Ancash la mayoría de los pobladores que han migrado pertenecen a familias de tres o cuatro integrantes generalmente de padres e hijos por lo cual existen más viviendas unifamiliares.

Según el programa de proyectos piloto de vivienda (D.S. N° 019-2002-MTC del 10 de mayo de 2013) financiado con recursos del banco de materiales SAC, para impulsar la utilización de nuevas propuestas de diseño urbano y de vivienda, el empleo de nuevas tecnologías de construcción y el uso de terrenos subutilizados del estado para generar vivienda unifamiliares para familias pobres ya que en la región sierra del Perú, las viviendas rurales son abundantes. Predominan en los alrededores de las ciudades o en las zonas campestres. La gran mayoría están construidas con adobes y techadas con tejas o calaminas (112).

En cuanto a la tenencia de la vivienda se observa, que más de la mitad cuentan con casa propia, ya que anteriormente había 3 a 4 viviendas en el sector de San Miguel, los abuelos ya fallecidos tenían chacras y terrenos al transcurrir los años han ido heredándolo a sus hijos y nietos para poder construir sus viviendas cuando formen una familia y puedan vivir, por lo cual actualmente ya están registrados con título de propiedad remitido por la municipalidad distrital de Independencia.

Para el año 2014, el 70,8% de las viviendas son propias, 12,6% son alquiladas y 11,8% son cedidas por otro hogar. En comparación al año 2013, se observa un incremento (1,1 puntos porcentuales) en las viviendas propias y una disminución (1,0 punto porcentual) en las viviendas cedidas por otro hogar. Para el título de propiedad es emitido por entidades públicas como COFOPRI, Municipalidades, SINAMOS (Sistema Nacional de Apoyo a la Movilización Social), Junta Nacional de Vivienda, entre otros; según el tiempo en que tuvieron facultades de titulación (113).

Al analizar la infraestructura de la vivienda como piso, techo y paredes son de material rústico adobe esto se debe a que los pobladores no cuentan con ingreso económico para la construcción de sus viviendas, la cantidad de dinero que perciben es poco y buscan construir sus viviendas con materiales que impliquen menor gasto y más fácil de construir ya que el material de construcción se puede conseguir en la misma comunidad como, tierra, paja, agua, madera, clavos, logrando así la construcción de su propia casa.

El material de la vivienda es de adobe ya que el lugar donde viven no es accesible para otro tipo de construcción de vivienda como material noble, no existe carreteras adecuadas para poder transportar el material de construcción, refieren que en épocas de lluvia se observa derrumbes y huaicos afectando así la carretera con hoyos y huecos y en algunas viviendas el material de construcción no es resistente a este evento.

Los datos estadísticos por la INEI en el año 2014, se encontró un menor porcentaje de hogares que tienen piso de tierra/arena respecto con lo observado en el año 2009 (28,5% y 38,1%, respectivamente), incrementándose los que tienen piso de losetas, terrazos o similares y cemento/ladrillo (13,7% y 45,2% respectivamente) (114).

El número de personas que duermen en una habitación son de 2 a 3 miembros esto se debe a que los integrantes de la familia son numerosas y el terreno de la vivienda es pequeño, también se debe a que las madres tienen sus hijos aun pequeños y por tal motivo suelen dormir con ellos hasta que puedan cumplir los 5 años de vida. En la sierra de Ancash las parejas llegan a tener de 3 a 6 hijos por familia esto nos indica que en una vivienda no alcanza suficiente espacio para que cada uno de los integrantes de la familia puedan tener un dormitorio por lo que llegan a compartir el cuarto entre padres y hermanos.

En cuanto al abastecimiento de agua toda la población de “San Miguel” cuentan con conexión domiciliaria, esto se debe a que la municipalidad distrital de

Independencia gestiona con la comunidad para poder tener los servicios básicos en su vivienda como el agua, actualmente se realiza el tratamiento de cloración del agua, los pobladores se turnan 1 vez a la semana para la desinfección de microorganismos patógenos que son responsables de gran número de enfermedades. Anteriormente cuando no tenían conexión domiciliaria de agua los pobladores consumían el agua del río llamado Ataque que se encuentra a 5 minutos de la zona donde viven.

Según el INEI, a nivel nacional, el 81,7% de los hogares utilizaba el agua de red pública para beber, ya sea dentro o fuera de la vivienda o pilón/grifo público. El mayor porcentaje corresponde a la conexión domiciliaria (75,7%). En el área urbana, el 86,5% de los hogares usaba agua para beber procedente de red pública, sea dentro o fuera de la vivienda o pilón/grifo público, en comparación con el 69,0% de los hogares del área rural que utilizaban las mismas fuentes; no obstante el 17,2% de los hogares de esta área aún utilizan agua proveniente de manantial, río o acequia para beber (114).

Actualmente la comunidad cuenta en su mayoría con el uso de letrinas, esto se debe a que en el año 2010 el ministerio de vivienda y saneamiento les brindó apoyo en la construcción de letrinas públicas para mejorar la calidad de vida de los pobladores, algunos pobladores tienen letrinas fabricados a base de calaminas metálicas para poder realizar sus necesidades básicas, las letrinas están alejadas de las viviendas de la población evitando la contaminación del ambiente y para preservar la salud de la población.

Según los datos del INEI, El 91,2% de los hogares tenía servicio higiénico: 66,1% con inodoro conectado a la red pública y 25,1% con letrina incluyendo pozo ciego o negro. En el área urbana, la proporción de hogares con servicio higiénico (96,5%) fue mayor que en el área rural (77,7%). El mayor porcentaje de hogares sin servicio higiénico se presentó en el área rural (22,3%); aunque es importante resaltar que ha disminuido en 13,0 puntos porcentuales respecto al año 2009 (35,3%) (114).

En cuanto al combustible para cocinar se encontró que la mayoría lo realizan con leña, la población refiere que no cuentan con recursos económicos para poder comprar una cocina y gas para poder preparar sus alimentos, utilizan leña para cocinar porque es más accesible ya que tienen zonas de cultivo donde además existen arboles tipo eucaliptos, molles, las ramas del capulí que lo utilizan como leña para cocinar, haciendo que les resulte más económico ya que lo tienen a la mano y no gastan dinero en comprarlo.

Casi un tercio de la población peruana padece de la “pobreza energética”, es decir, aún utiliza leña para cocinar o se ilumina con velas o mecheros por la falta de cobertura eléctrica. Por ello, la Agencia Alemana de Cooperación/GIZ Perú, a través del Proyecto Energía Desarrollo y Vida (EnDev), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Más de 750.000 personas en áreas de extrema pobreza se están beneficiando con la instalación de cocinas a leña mejoradas en sus hogares, 2013 (115).

En cuanto a la energía eléctrica se encontró que los habitantes del sector “San Miguel” cuentan con energía eléctrica permanente en sus viviendas que como gestión de la municipalidad distrital de Independencia llegaron a instalar la luz eléctrica y dos postes de luz pública, algunos pobladores refieren que no tienen muchos electrodomésticos en casa, solo televisión y radio para poder estar informados y poder entretenerse con la familia ya que el monto que pagan a la empresa de Hidrandina es mínima.

Los servicios de electricidad según el INEI, Entre los servicios básicos, destaca la energía eléctrica como el servicio de mayor cobertura en los hogares del país. A nivel nacional, el 91,4% de los hogares tenían acceso a este servicio, lo que constituye un incremento de 9,0 puntos porcentuales respecto al año 2009 (82,4%). Los hogares más beneficiados fueron los del área urbana, donde el servicio cubre al 98,1%; en el área rural, un 74,2% disponía de este servicio. Sin

embargo, fue en el área rural donde se dio el mayor incremento de 19,9 puntos porcentuales con respecto al año 2009 (de 54,3% a 74,2%) (114).

En cuanto a la disposición de basura en la comunidad se encontró que la mayoría de la población manifestaron que disponen la basura enterrándola, quemándola y algunas veces en carro recolector, esto se debe a que el carro recolector ingresa una vez al mes pero no todas las semanas, ya que la viabilidad de la carretera no llega a cada una de las viviendas por lo cual no todos los pobladores salen a eliminar su basura en el carro recolector pero si muy pocas personas, Otro motivo que mencionan es el factor tiempo, y el horario en el que pasa el carro recolector ya que ellos salen a trabajar muy temprano y no les da tiempo para sacar la basura por tal motivo prefieren trasladar su basura a sus chacras y quemarla. Generando contaminación al alrededor de la zona.

A nivel nacional, el 16,4% de las viviendas del área urbana se encontraban expuestas a basurales y aguas estancadas. Según región natural, el 21,0% de las viviendas urbanas de la Sierra se hallaban expuestas a basurales y aguas estancadas, el 20,1% de viviendas en la Selva y el 14,4% en la región Costa (116).

Se puede concluir que los determinantes relacionados al entorno físico observados en la población de estudio, influye sobre las condiciones de vida de las personas ya que la disposición y eliminación de la basura, así como el tipo de vivienda inadecuado, combustible para cocinar los expone a contraer enfermedades como IRAS (30,16%), EDAS (5.85%), parasitosis, entre otros. Así mismo es el deficiente trabajo e interés por parte de las autoridades que hacen muy poco sobre estos temas como también se observa en los diferentes lugares de nuestra localidad, región y de nuestro país.

TABLA N° 03

Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de los estilos de vida de los adultos participantes en la presente investigación que residen en el sector

“San Miguel”, Monterrey Huaraz Distrito. En los determinantes de los estilos de vida el mayor porcentaje de los adultos en un 54,5 % (60) no fuman ni han fumado, 58,2 % (64) toman bebidas alcohólicas ocasionalmente, 82,7 % (91) duermen de 06 a 08 horas, 100 % (110) se bañan 4 veces a la semana, 52,7 % (58) no se realiza un examen médico periódico, 70 % (77) caminan como actividad física, 87,3 % (96) caminan por más de 20 minutos, 48,2 % (53) consumen fruta 3 o más veces a la semana, 51,8 % (57) consumen carne 1 o 2 veces a la semana, 31,8 % (35) consumen huevo 3 o más veces a la semana, 40,9 % (45) consumen pescado 1 o 2 veces a la semana, en cuanto al consumo diario 99,1 % (109) consumen fideos, 90,9 % (100) consumen pan cereales, 70,9% (78) consumen verduras y hortalizas.

Los resultados son similares con el estudio realizado por Ayala, A. (48), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío Chua bajo Sector “S” Huaraz, 2013”. Donde el 89 % (143) refieren que no han fumado nunca de manera habitual, el 46,3% (74) consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 84,4% (135) duermen de 06 a 08 horas diariamente, el 69,4% (112) se baña 4 veces a la semana, 77,5% (124) no se han realizado algún examen médico, 60% (96) caminan como actividad física, 55% (88) caminan por más de 20 minutos, el 84,4% (135) consumen fideos, 80,6% (129) pan, 50,6% (81) verduras y hortalizas diariamente, pero difiere el 50,6% (81) consumen fruta diariamente, el 46,9% (75) consumen carne 3 veces a la semana, 48,8% (78) consumen huevos 1 a 2 veces a la semana, el 48,1% (77) consume pescado menos de 1 vez a la semana.

De igual forma son similares, con el estudio realizado por Valverde, L. (24), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud de los Adultos del Sector “B” Huaraz - distrito, 2013”. Donde el 70% (167) fuman de manera habitual, 68% (163) ingieren bebidas alcohólicas de manera ocasional, 89% (212) duermen 6 a 8 horas diariamente, 82% (195) no se realizan examen médico periódico, 50% (119) caminan, 51% (121) caminan por más de 20 minutos. En cuanto a la alimentación

el 83% (198) consumen fideos diariamente, 82% (196) pan, cereales diariamente, 61% (146) verduras y hortalizas diariamente.

Otro estudio similar es el resultado realizado por Méndez, N. (117), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío Chua alto sector “T” Huaraz, 2013”. Donde el 59,8% (101) no fuman ni han fumado nunca de manera habitual, 57,4% (97) ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, 69,2% (117) duermen de 06 a 08 horas diarias, 65,7% (111) se bañan 4 veces a la semana, 94,7% (160) no se realizan ningún examen médico, 76,9% (130) caminan como actividad física en su tiempo libre por más de 20 minutos en las dos últimas semanas. En la alimentación el 52,1% (88) consumen carne 1 o 2 veces a la semana, 55,6% (94) huevos de 3 a más veces a la semana, 85,2% (144) verduras y hortalizas de manera diaria, 40% (69) otros productos 3 a más veces a la semana.

Otro estudio que difiere es la investigación realizado por Henostroza, L. (76), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud de los Adultos de la Urbanización Villasol - Huaraz, 2013”. Donde concluye que el 56% (77) ingieren bebidas alcohólicas 1 vez al mes, 64,4% (85) se bañan diariamente, 53% (70) se realizan examen médico periódico, 73% (97) no realizan actividad física. Con relación a la alimentación el 78% (103) consumen fruta diariamente, 57,6% (76) consumen carne diariamente, el 68,2 % (90) consumen otro tipo de alimentos, pero es similar en que el 62,9% (83) no fuman de manera habitual.

También difieren con el estudio realizado por Martínez, C. (118), en su estudio titulado “Estudio Epidemiológico del Nivel de Actividad Física y de parámetros de interés relacionado con la Salud de los Adultos Chupaca – Huancayo, 2012”. Donde concluye que el 58,9% fuman pero no diariamente, 51,8% ingieren bebidas alcohólicas una vez a la semana, 47,8% no realizan actividad física, 33,8% duermen de 8 a 9 horas, 48% se bañan 5 veces a la semana, 30% realiza su chequeo médico, 37% consumen frutas y verduras 3 veces a la semana, 20% carne diariamente, 31% consumen huevo 1 vez a la semana, 24% pescado 1 vez a la

semana, 29% consumen pan , fideos 3 o más veces a la semana, 34,1% verduras 3 a más veces a la semana, 23% consumen casi nunca otro tipo de alimentos.

Los resultados de la siguiente investigación difieren con el estudio de Shuan, E. (46), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud de los Adultos de la Comunidad Juan Velasco Alvarado - Huaraz, 2013”. Donde el 100% (148) se realizan examen médico, el 84% (124) no realizan actividad física, 83% (123) no realizan actividad física las últimas dos semanas. En la alimentación el 67% (99) consumen carne diariamente, 41% (60) consumen huevos de 3 a más veces por semana, 69% (102) consumen pescado menos de 1 vez por semana, 62% (92) consumen otros productos de alimentación.

Fumar es una práctica donde una sustancia (comúnmente tabaco, pero que también puede ser opio o marihuana, entre otras) es quemada y acto seguido se prueba o inhala principalmente debido a que la combustión que desprenden las sustancias activas de las "drogas" tales como la nicotina, la cual es absorbida por el cuerpo a través de los pulmones (119).

Se denomina fumador a aquella persona que ha contraído el hábito de fumar, verbo cuyo origen lo hallamos en el latín “fumare” que significa inhalar humo, producido por la combustión de alguna sustancia, como tabaco o marihuana, que llega a los pulmones, para luego exhalarlo, los fumadores son personas que comienzan muchas veces a hacerlo para practicar un juego social o para controlar su stress, pues tanto la nicotina que posee el tabaco como las drogas, actúan sobre el sistema nervioso central, y luego se ven envueltos en una adicción (120)

El fumar es la acción de aspirar por la boca el humo producido por la combustión de un elemento, generalmente tabaco contenido en un cigarrillo, puro o pipa. El hecho de fumar, especialmente cigarrillos que contienen muchas sustancias tóxicas como la nicotina o alquitrán, se reconoce perjudicial para la salud. Este efecto interviene en varias enfermedades, especialmente respiratorias y cardíacas, que pueden causar la muerte del fumador (121).

El alcohol es una sustancia obtenida por fermentación o destilación cuyo valor terapéutico es de gran alcance. Suele identificársele como una droga que produce habituación en los consumidores cotidianos, aquel líquido incoloro e inflamable, de olor extremadamente fuerte y que se obtiene por la destilación del vino o de otros licores (122).

El alcohol etílico es un líquido incoloro de olor muy fuerte, que arde fácilmente y cuyo punto de ebullición es de 78°, se logra de la destilación de productos de fermentación de sustancias azucaradas o feculentas, como ser las uvas, la remolacha o la patata. Este tipo de alcohol es frecuente que lo hallemos en bebidas como la cerveza o el vino, por esta razón es que las bebidas alcohólicas que cuentan con este se designen generalmente como alcohol (123).

Las bebidas alcohólicas son aquellas bebidas que contienen alcohol etílico, también llamado etanol. Podemos distinguir diversos tipos de bebidas alcohólicas por su modo de producción, bien sea por fermentación alcohólica o destilación/maceración de sustancias generalmente fermentadas (124).

El número de horas que duerme una persona está entre 8 horas diarias ello es lo ideal, para que los seres humanos recuperen energías y así poder comenzar un siguiente día con actividad variada, durante el tiempo en que se duerme la actividad fisiológica presenta unos bajos niveles, así entonces, disminuye el ritmo de la respiración y la presión sanguínea por poner dos ejemplos y además el organismo presenta una menor respuesta a los estímulos externos la función de dormir tiene efectos fundamentales en el proceso de ordenamiento de la memoria y de la información, por lo tanto, debe ser cuidado tanto como cualquier otro aspecto que se relacione con el estado de salud de las personas (125).

El sueño es importante para vivir. Hay personas que pueden dormir pasado el mediodía sin remordimientos, pero hay otras que piensan que si durmieran menos o no lo hicieran serían mucho más productivas. Lo cierto es que una duración inadecuada del sueño —en exceso o déficit— se ha asociado con ciertas

enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles (ENT), tales como: la hipertensión, la diabetes y la obesidad. Además, el sueño puede llegar a ser una causa de muerte (126).

Higiene personal, Conjunto de conocimientos y técnicas que se ocupan de controlar aquellos factores nocivos para la salud de los seres humanos, pero también decimos higiene cuando nos estamos refiriendo al aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo o el de cualquier otra persona o el de algún ambiente (127).

Desde hace mucho tiempo el ser humano ha adoptado el hábito de bañarse con frecuencia (unos todos los días y otros no tan seguido). Esta costumbre ha favorecido a la industria dedicada al aseo y cuidado personal y hoy en día es frecuente observar por los medios de comunicación el lanzamiento de "nuevos y mejores productos e implementos para nuestra limpieza personal". El uso de estos productos nos ha hecho que gastemos más nuestro tiempo en la ducha o en la bañera (128).

El baño diario es una parte fundamental del aseo personal de cualquier persona sin importar su edad; es por ello que tal práctica debe asegurarse como una rutina obligatoria. La piel y el cabello son barreras de protección contra el medio ambiente que absorben impurezas y gérmenes que pueden infectar el cuerpo a través de cualquier raspón o herida, el baño sirve para eliminar células muertas, así como secreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas. La limpieza de la piel y los genitales evita el mal olor (129).

Examen médico periódico, es parte del método clínico, considerándolo como el proceso o secuencia ordenada de acciones que los médicos han desarrollado para generar su conocimiento desde el comienzo de la era científica. Es el método científico aplicado a la práctica clínica. Es el orden recorrido para estudiar y comprender el proceso de salud y de enfermedad de un sujeto en toda su integridad social, biológica y psicológica (130).

Durante el chequeo médico se realizan exámenes que pueden ayudar a encontrar una enfermedad antes de que comiencen los síntomas estas pruebas pueden ayudar a descubrir enfermedades o afecciones anticipadamente, cuando son más fáciles de tratar, algunos exámenes se realizan en el consultorio del doctor. Otros, necesitan equipos especiales, entonces es posible que tenga que dirigirse a una oficina diferente o a una clínica. Los exámenes dependerán de la edad, el sexo, los antecedentes familiares y si tiene factores de riesgo para algunas enfermedades (131).

Un diagnóstico preventivo es la mejor forma de lograrlo, ya que identifica de manera temprana datos que orientan o indican la posibilidad de que se puedan presentar enfermedades en el futuro o bien si ya están presentes, pero en una fase en donde todavía son curables, Los estudios pueden ayudar a descubrir enfermedades o afecciones anticipadamente (132).

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía como caminar, correr, bailar, nadar, practicar yoga y trabajar en la huerta o el jardín son unos pocos ejemplos de actividad física. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo) (133).

Caminar es un ejercicio físico moderado, que mejora el acondicionamiento cardiovascular y el aparato locomotor y que hará sentirte mejor. Se puede caminar a cualquier edad y no son necesarias instalaciones ni materiales especiales, La actividad física puede ser realizada de manera planeada y organizada o de manera espontánea o involuntaria, aunque en ambos casos los resultados son similares (134).

OMS, nos define como la actividad física se puede realizar prácticamente en cualquier sitio y no requiere equipo necesariamente, Cargar la compra, madera, libros o niños son buenas actividades físicas complementarias, igual que subir

escaleras en vez de utilizar el ascensor. La actividad física más practicada y recomendada (caminar) es totalmente gratuita. Algunas zonas urbanas disponen de parques, paseos marítimos u otras zonas peatonales ideales para caminar, correr o jugar. No es imprescindible acudir a un gimnasio, piscina u otra instalación deportiva especial para mantenerse físicamente activo (131).

Alimentación, se puede decir que este es el proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir. Estos nutrientes son los que luego se transforman en energía y proveen al organismo vivo que sea de aquellos elementos que requiere para vivir. La alimentación es, por tanto, una de las actividades y procesos más esenciales de los seres vivos ya que está directamente relacionada con la supervivencia (135).

Alimentación balanceada es ingerir alimentos necesarios para estar sano y bien nutrido de forma equilibrada de los grupos: carbohidratos: brindan energía para las actividades, en este grupo se encuentran cereales, tubérculos, etc. proteínas: dividirlos en dos grupos: proteínas de origen animal: carne de res, pollo, pescado, pavo, cerdo, huevo, etc. y proteínas de origen vegetal: menestras por ejemplo. Grasas: evitar consumir las grasas saturadas provenientes de los productos animales. Vitaminas y minerales: Presentes en frutas y verduras, encargadas de regular funciones en nuestro organismo. La fibra es importante, ya que previene las llamadas enfermedades degenerativas cardiovasculares, diabetes y, especialmente, las neoplasias de colon (136).

Los alimentos son todas las sustancias naturales, de origen animal, vegetal o mineral, que contenga en su composición aportes energéticos y nutritivos para el organismo, y con cualidades sensoriales (color, aroma, sabor, etc.). Los nutrientes orgánicos incluyen carbohidratos, grasas y proteínas, así como vitaminas. Algunos componentes químicos inorgánicos como minerales, agua y oxígeno pueden también ser considerados como nutrientes, un nutriente es esencial para un organismo cuando éste no puede sintetizarlo en cantidades suficientes y debe ser

obtenido de una fuente externa. Hay dos tipos de nutrientes: los simples o micronutrientes, y los complejos o macro nutrientes. Los nutrientes requeridos en grandes cantidades son llamados macro nutrientes y los que son requeridos en cantidades más pequeñas se les conoce como micronutrientes (137).

Los resultados de la siguiente investigación de los determinantes de salud de los adultos del sector San Miguel - Monterrey, Huaraz. En relación a los estilos de vida muestra que más de la mitad no fuman de manera habitual pero si han fumado antes, refieren que si fuman es junto a la hoja de coca (masticación de la hoja de coca), solo cuando tienen trabajos de siembra y cosecha en sus chacras, esta práctica es común en la sierra de nuestro Perú, se realiza en épocas de preparación de la tierra para el sembrío, luego en la cosecha de sus productos. En la costa del Perú si fuman continuamente como una distracción lo que no sucede en la sierra.

Según radio programa del Perú (RPP) noticias el consumo de cigarrillo es más frecuente en los hombres 33,9% que en las mujeres 8,6%. De acuerdo con la región natural de residencia, se encontró en Lima Metropolitana 24,7% y la selva 22,1% los mayores porcentajes de consumo de cigarrillos en la población de 15 y más años de edad. Con menores porcentajes se ubican la sierra 17,2% y costa sin Lima Metropolitana 17,9%. (138).

Más de la mitad de la población no ingieren bebidas alcohólicas de manera habitual, un motivo es porque no existe en la zona bares como se ve en la ciudad, pero si algunos pobladores ingieren bebidas alcohólicas cuando se celebra las fiestas patronales en devoción de algún santo de la iglesia, suelen tomar chicha de jora (preparación principalmente de la "jora", es decir, maíz malteado maíz fermentado que dura 7 días y al momento de servir lo combinan con alcohol), el caliche (combinación del alcohol con agua tibia y limón), cerveza, estas fiestas se celebra por costumbres y tradiciones de la población. Otra razón para el consumo de bebidas alcohólicas es cuando celebran la cosecha de sus cultivos o festejos de matrimonios, cumpleaños, bautizos, etc.

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Latinoamérica representa la segunda región con mayor consumo de alcohol, seguido de Europa, mientras que Perú se encuentra en el sexto lugar del mismo. Los casos de alcoholismo en Lima aumentaron en un 16,4% durante los últimos cuatro años, según un informe publicado por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). Hoy son 281, 000 personas residentes en Lima quienes presentan signos de alcoholismo, de acuerdo al estudio sobre “Prevención y Consumo de Drogas en la Población General de Lima Metropolitana”. (139).

De la población en estudio se puede observar, que casi todos duermen un promedio de 6 a 8 horas, esto se debe a que los pobladores en zonas alejadas suelen dormir aproximadamente a las 7 u 8 pm por que se levantan temprano y salen a cultivar sus chacras, traen leña para poder cocinar los alimentos, dan de comer a sus animales (ganado, ovino, cuyes, gallinas, vacas) para así poder avanzar con sus labores y luego asistir a su trabajo eventual como es la albañilería, negocios, etc. Al final de la tarde duermen temprano para levantarse al día siguiente nuevamente temprano. Otros se dedican al cultivo, esta labor se realiza temprano pues al medio día el sol cae perpendicular a la tierra lo que ocasionaría mayor deshidratación y cansancio a los adultos que realizan labores de cultivo.

En el año 2014, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) realizó la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo que buscó analizar cómo distribuyen su tiempo los peruanos en las diversas actividades diarias (incluyendo las horas de sueño). Un total de 12.424 personas mayores de 15 años fueron encuestadas (la cuarta parte vivía en zonas rurales), las cuales reportaron dormir en promedio 7,7 horas diarias durante los días laborables y 8 horas en los fines de semana. (114).

En cuanto a la frecuencia con que se bañan se observa que la mayoría de la población suele bañarse 4 veces a la semana, mayormente las personas que viven en las zonas alejadas de la ciudad suelen lavarse ciertas partes del cuerpo (cabello, brazos, piernas) pues refieren que hace mucho frio en la zona donde viven,

también las mujeres se bañan 3 veces a la semana logrando hervir agua tibia en su fogata para el baño de los hijos y familiares, actualmente Huaraz presenta un clima seco y templado, la temperatura media de día es de 15.6° C y 10.6° C de noche. A diferencia que en la zona costa las personas suelen bañarse más de 1 vez al día como resultado del calor o hábitos de higiene.

En la comunidad de San Miguel, Monterrey se cuenta con un centro de salud pero la población no se realizan exámenes médicos y no acuden a los establecimientos de salud, porque refieren que no disponen de tiempo ya que el centro de salud donde se atienden se encuentra a 15 minutos caminando; refieren las madres que si acuden a un establecimiento de salud es porque llevan a sus hijos por control de crecimiento y desarrollo y vacunas, logran acercarse al centro de salud cuando están enfermos (tos, gripe, dolor de cintura o algún accidente) pero no necesariamente por un control médico. Actualmente en su mayoría la población cuenta con SIS (seguro integral de salud) y muy pocas personas refieren que están en trámite para poder obtener su seguro de salud.

En relación a la actividad física se observa que la mayor parte de los adultos caminan ya que muchos de los pobladores salen a trabajar al campo (regar sus plantas, pastear sus animales, llevar leña a su vivienda, sembrar sus tubérculos) y se encuentran en constante movimiento de un lugar a otro, también en la comunidad las madres suelen llevar de lunes a viernes a estudiar a sus hijos, por tal motivo la distancia es de 10 minutos por lo que suelen caminar diariamente y están en constante movimiento. Refieren que no realizan otra actividad física ya que no se cuenta con un gimnasio o campo deportivo para desarrollar algún otro tipo de actividad física y que caminar es la mejor forma de mantenerse saludable.

Expertos de la Dirección de Educación para la Salud del Minsa, el 90% de peruanos no ha incorporado la actividad física deportiva como parte de su rutina diaria. Esta proporción se agrava aún más en la población que reside en zonas urbanas, de menor educación y de menores ingresos económicos, perjudicando su salud física y mental y exponiéndolos a enfermedades cardiovasculares, diabetes

mellitus II, cánceres y osteoporosis. Hasta el 80% de las enfermedades cardíacas, accidentes cerebro-vasculares, diabetes mellitus II y más del 30% de los cánceres pueden ser prevenibles, realizando 30 minutos de actividad física diariamente y evitando el consumo de tabaco, alcohol y dietas no saludables", enfatizó (140).

En cuanto a la frecuencia de consumo de alimentos se observa que la mayoría de la población en estudio suelen consumir diariamente fideos, pan y verduras ya que estos alimentos se preparan en el desayuno, almuerzo y cena frecuentemente todos los días, en la mañana consumen: infusión, avena, quinua con pan, y en el almuerzo comen productos de la zona como sopa de papa con huevo, consumen mote de trigo, guisos, acompañado de carne o pescado, menestra como habas, acompañado de choclo y por la cena comen calabaza, sopa de crema de alverja; actualmente las familias consumen los productos de la zona, muy pocos productos lo compran de la ciudad como atún, arroz, azúcar, fideos. Refieren que no saben preparar un almuerzo balanceado que contenga proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales.

La población de San Miguel prepara comidas típicas que ofrecen a sus visitantes y familiares como son: picante de cuy (papa, cuy, ají molido tuestado), puchero (carne de chanco, col, papa, orégano, hierba buena), pachamanca a la tierra (papa, humita, carne de chanco y de pollo, alverja, choclo, habas y tamal), chanco asado (mote, ensalada de cebolla, chanco cocido en el horno con su aderezo), humitas. Muchos de estos platos típicos se preparan cuando existen eventos deportivos, aniversario del colegio, cumpleaños o los fines de semanas para el almuerzo familiar.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INEI), a nivel nacional la desnutrición crónica afectó al 14,6% de niñas y niños menores de cinco años. En el 2009 teníamos una prevalencia del 23,8% así mismo la ENDES indica que la desnutrición crónica en áreas rurales en niños menores de cinco años se ha reducido entre el 2013 al 2014 en 3,4%, inicialmente esta enfermedad alcanzaba

al 25,3% mientras que en el 2014 bajó a 21,9%. La anemia, a nivel nacional afecta al 46,8% de niñas y niños menores de tres años de edad se presenta con mayor frecuencia en áreas rurales (57,5%) en comparación de la zona urbana (42,3%) (141).

De lo expuesto se concluye que en los determinantes de salud de los estilos de vida como es el consumo de los alimentos poco balanceados influyen en el estado nutricional de la población, la desinformación de una alimentación balanceada conlleva a riesgos como (sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial, diabetes, anemia) por lo tanto, tienden a consumir productos industrializados con excesiva cantidad de carbohidratos, grasas y azúcares. Además un factor favorable de la población es que sí realizan caminatas como actividad física lo cual es una actividad favorable para las condiciones de salud de la población.

TABLA N° 04

Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos participantes en la presente investigación que residen en el Sector de “San Miguel”, Monterrey - Huaraz Distrito. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias se observa que el 71,8 % (79) tienen apoyo social natural, el 97,3 (107) no recibe apoyo social organizado, reciben algún apoyo social de alguna organización el 43,6 % (48) es otros, el 77,3 % (85) accedieron a los servicios de salud en los últimos 12 meses a un centro de salud, el 37,3 (41) la distancia de atención es lejos, 89,1 % (98) cuenta con seguro de salud SIS-MINSA, 34,5 % (38) tiempo de espera es regular, el 40,9 % (45) recibieron buena atención de salud, el 92,7 % (102) refieren que no hay pandillaje ni delincuencia cerca de su casa.

Los resultados de la presente investigación se relacionan con el estudio realizado por Chinchay, M. (74), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “Q” Huaraz, 2013”. Donde el 89,3% (175) no reciben ningún apoyo social organizado, 50,5 % (99) se atiende en el

centro de salud, 78,1 % (153) cuentan con SIS-MINSA, 50,5% (99) refieren que el tiempo de espera es regular, 42,9% (84) manifiesta que la calidad de atención es buena, 100% (196) niegan presencia de pandilla, pero difiere en que el 41,3% (81) reciben apoyo social natural de sus familias.

Los resultados obtenidos en la presente investigación es similar al de Shuan, E. (46), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud de los Adultos de la Comunidad Juan Velasco Alvarado, Huaraz - 2013”. Donde el 100% (148) no reciben apoyo social organizado, 78,3% (148) reciben otros tipos de apoyo social, 91% (134) se atiende en el centro de salud, 52,2% (73) la distancia donde se atiende es lejos, 98% (145) cuentan con el seguro SIS (MINSA), 47,7% (66) el tiempo de espera es regular.

El presente estudio se relaciona con lo encontrado por Salazar, F. (136), en su investigación titulada “Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío Vista Alegre del Sector “P” Huaraz, 2013”. Donde el 86,3% (146) no reciben apoyo social organizado, 47,9% (81) reciben otro tipo de apoyo social organizado, 68% (116) institución de salud en que se atendió en estos 12 últimos meses fue en un centro de salud, 92% (156) tienen tipo de seguro SIS (MINSA), 53,8% (91) tiempo de espera es regular, 49,1% (83) calidad de atención es buena, y el 97% (164) respondieron que no existe pandillaje cerca a su casa.

Los resultados obtenidos en la presente investigación difiere a lo encontrado por Henostroza, L. (76), en su investigación titulada “Determinantes de Salud de los Adultos de la Urbanización Villasol -Huaraz, 2013”. Donde el 51,5% (68) si recibe apoyo social natural por sus familiares, 58,4 % (77) reciben apoyo social organizado del vaso de leche, 52,3% (69) manifiestan haberse atendido en el hospital, 71,1% (96) refieren que la distancia del lugar donde se atendieron es regular, 62,1% (82) refieren que el tiempo de espera es largo, 65,6% (68) manifiesta que hay pandillaje por sus casas.

También difiere con el estudio realizado por Valverde, L. (117), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud de los Adultos del Sector “B” Huaraz - Distrito, 2013”. Donde el 59% (141) reciben apoyo de sus familiares, 100% (239) reciben apoyo social organizado de instituciones de acogida, 61% (145) del vaso de leche, 47% (112) fueron atendidos en el hospital, 75% (180) la atención de salud recibida fue regular, 70% (168) manifiestan que la calidad de atención de salud recibida es regular, 84% (200) dicen que existe pandillaje y delincuencia cerca de su casa.

Los resultados de la siguiente investigación difieren con el estudio de Pajuelo, A. (75) en su estudio titulado “Determinantes de Salud de los Adultos del Sector “C” Huaraz – Distrito, 2013”. Donde el 72% (162) cuentan con apoyo social natural de sus familias, 51% (115) recibe algún apoyo social como el vaso de leche, 81% (182) manifiesta que es regular el tiempo de espera para la atención de salud, 75% (168) refieren que la calidad de atención es regular, finalmente el 81% (182) comunican que si hay pandillaje y delincuencia cerca de las viviendas.

Apoyo social natural, es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.). Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello hablamos de redes de apoyo social (142).

El apoyo social natural, en términos generales, ha sido descrito como: la función y la calidad de las relaciones sociales entre una persona y los individuos de su red, la ayuda a la cual una persona tiene acceso o la existencia o disponibilidad de gente en quién poder confiar y con quién sentirse cuidado, valorado y querido (143).

El apoyo social natural está relacionado con la perspectiva evolutiva, según la cual, los sentimientos sobre el carácter obligatorio o voluntario de ayuda a los

familiares o a los amigos pueden cambiar a lo largo de la vida, como también la valoración que se hace del apoyo recibido (144).

Apoyo social organizado, una organización social o institución social es un grupo de personas que interactúan entre sí, en virtud de que mantienen determinadas relaciones sociales con el fin de obtener ciertos objetivos. También puede definirse en un sentido más estrecho como cualquier institución en una sociedad que trabaja para socializar a los grupos o gente que pertenece a ellos (141).

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero (145).

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses, entendemos por centro de salud a aquel establecimiento o institución en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal. Los centros de salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales y de los sanatorios ya que si bien cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones, no disponen de grandes tecnologías ni de espacios complejos que sí existen en hospitales. El objetivo principal de los centros de salud es el de brindar la atención más primaria y urgente ante situaciones de salud que deben ser tratadas (146).

El apoyo social organizado está constituido por los recursos psicológicos y materiales que la red social ofrece a la persona con el objetivo de combatir situaciones de estrés, es así que también podemos decir es todo aquel acto de las relaciones interpersonales en el que se dan o reciben bienes o servicios, él como un intercambio de ayuda que incluía recursos económicos, materiales, consejo, dedicación de tiempo, afecto (expresión de cercanía, amor, admiración, respeto) y

afirmación (expresión de acuerdo o conocimiento de los derechos o puntos de vista) (147).

El apoyo social organizado es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.). Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello hablamos de redes de apoyo social (140).

Entendemos por centro de salud a aquel establecimiento o institución en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal, los centros de salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales y de los sanatorios ya que si bien cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones, no disponen de grandes tecnologías ni de espacios complejos que sí existen en hospitales. El objetivo principal de los centros de salud es el de brindar la atención más primaria y urgente ante situaciones de salud que deben ser tratadas (148).

Las instituciones de salud son creadas para otorgar servicios de financiamientos, beneficios y seguros en materia de salud. Las instituciones de salud implementan programas de atención y prevención en conjunto con la comunidad, según los principios de la atención primaria de la salud. Un hospital (o nosocomio o casa de salud) es un establecimiento sanitario donde se atiende a los enfermos para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. Existen diferentes tipos de hospitales, según el tipo de enfermedades que atienden: como los hospitales psiquiátricos (141).

Las instituciones de salud son los hospitales, centros de salud, puestos de salud, etc. Es donde se atiende a los enfermos para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. Existen diferentes tipos de hospitales, según el tipo de enfermedades del paciente como los hospitales psiquiátricos, otorrinos,

oftalmólogos, cardiólogos, odontólogos, neumólogos, urólogos, neurólogos, internistas, etc. (149).

El seguro de salud también llamado seguro médico o seguros de gastos médicos es un contrato entre usted y una compañía de seguros. A cambio de que usted haga los pagos de la prima, la compañía de seguros de salud acuerda pagar los gastos médicos en los que usted pueda incurrir bajo los términos del contrato, el seguro de salud es esencial en estos tiempos, ya que un simple accidente o una enfermedad sería podrían acabar con sus ahorros (141).

El tipo de Seguro de salud no es otra cosa más que el contrato que se establece con una empresa aseguradora o el estado, en dicho contrato, denominado "Póliza", la empresa se compromete a que si la persona que compró el seguro sufre algún daño en su persona (enfermedades o accidentes e incluso la muerte), o en algunos de sus bienes (automóvil, empresa, taller o casa) por cualquier motivo (robo, incendio, terremoto), dicha persona (o quien ella haya designado como beneficiario) recibirá la cantidad de dinero acordada en la póliza (150).

Un seguro de salud es un contrato con una compañía, por el cual se paga un costo mensual por un plan o póliza, a cambio que la aseguradora se encargue de todo o parte de los gastos médicos. Se puede tener seguro médico a través del empleador, o se puede comprar de manera individual, también el estado ofrece coberturas de salud para aquellas personas que no pueden comprar un seguro a una compañía privada (151).

El tiempo de espera para la atención de salud se refiere al número de minutos, horas que un usuario espera para ser atendido como sucede con los pacientes con cita previa que tienen que esperar una media de 16,1 minutos; mientras que las personas que acuden mediante el sistema de turnos o de números aguardan una media de 21,9 minutos para ser atendidos. (152).

El tiempo es un indicador ayuda a valorar un componente de la calidad, de extraordinaria importancia en urgencias y emergencias como es la oportunidad de la asistencia. Tiene especificidad en cada uno de los niveles asistenciales aunque trata de medir el mismo aspecto: tiempo promedio que transcurre desde que el enfermo demanda la asistencia o llega a la unidad funcional, hasta que toma contacto con el médico o el equipo sanitario (153).

El tiempo de atención nos ayuda a determinar cuál sería el tiempo de espera aceptable por un paciente antes de ser atendido en un servicio de salud de esta manera encontraron un promedio de $16,1 \pm 7,9$ minutos, otros estudios demuestran que este no debería de exceder los 30 minutos. La satisfacción del usuario es un componente integral de la calidad de atención en los servicios de salud (139).

Calidad de atención o servicio en las instituciones de salud es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas. “Es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud.” (154).

La calidad de atención en salud no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud. Cada uno de ellos - paciente, prestador, asegurador o entidad rectora tiene una percepción diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora (155).

La calidad de atención al cliente es un proceso para la satisfacción total de los requerimientos y necesidades de los mismos, los clientes constituyen el elemento vital de cualquier organización. Sin embargo, no todas las organizaciones consiguen adaptarse a las necesidades de sus clientes ya sea en cuanto a calidad, eficiencia o servicio personal. Es por ello que los directivos deben iniciar el proceso de mejorar la calidad del servicio que ofrecen a sus clientes, ya que no es cuestión de elección: la imagen de la organización depende de ello (140).

El pandillaje es un problema social que siempre ha afectado a nuestra sociedad, es la agrupación de adolescentes y jóvenes que en los barrios se caracterizan por los actos de violencia callejera que protagonizan, terminando algunos malheridos y otros encontrando la muerte. Es un fenómeno muy representativo desde el siglo pasado, es uno de los problemas criminológicos que crece cada día más, no solo en nuestro país, sino también en el mundo entero; es una de las acciones socialmente negativas que va a lo contrario fijado por la ley (156).

Una pandilla es una agrupación de adolescentes y jóvenes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. Estos grupos demuestran violencia, robo, inseguridad ciudadana. Estas pandillas provienen de hogares en crisis o destrucción, de padres separados, por lo cual se identifican con las pandillas (157).

El pandillaje es un grupo de personas que sienten una relación cercana, o íntima e intensa entre ellos, por lo cual suelen tener una amistad o interacción cercana con ideales o filosofía común entre los miembros o comportamientos. Este hecho les lleva a realizar actividades en grupo de colegios, de donde viven, o grupos de amistades cercanas que puede ir desde salir de fiesta hasta cometer actos violentos o delictivos (158).

Con respecto a los determinantes de redes sociales y comunitarias del sector “San Miguel- Monterrey”, se observa que la mayoría de los adultos no cuentan con apoyo natural, esto se debe a que la población no interviene cuando hay algún tipo de violencia física o psicológica o económicamente cuando se requiere de un abogado para defender a la agredida, pero algunos pobladores cuentan con el apoyo de sus familiares y vecinos cuando existe algún tipo de violencia o si se trata de un accidente o enfermedad de algún poblador se reúnen a realizar actividades como: polladas, parrilladas, pachamanca (papa, humitas, tamales, alverja, habas, carne de pollo, cordero o chanco), apoyando a la familia afectada y cubrir los gastos con los medicamentos o la hospitalización, además se apoyan moralmente brindando cariño, aprecio y apoyo entre familias.

En relación al apoyo social organizado se observa que la gran mayoría de las familias no perciben ningún apoyo social, ya sea por seguridad social, instituciones de acogida u organización de ayuda al enfermo, por otro lado se muestra que hay apoyo social del estado como, vaso de leche (asistencia alimentaria a miembros de situación socioeconómico que necesitan apoyo alimentario para mejorar su condición nutricional), pensión 65 (finalidad de otorgar protección a los adultos a partir de los 65 años de edad que carezcan de las condiciones básicas para su subsistencia), programa juntos (contribuir a la reducción de pobreza extrema mediante la entrega de incentivos para el acceso y uso de servicios de salud – nutrición y educación).

Otra organización es el de beca 18 (programa del gobierno que financia la educación superior en las mejores universidades del país a los jóvenes con alto rendimiento académico). Esto se debe a que el gobierno brinda estos programas asistenciales para mejorar la calidad de vida teniendo como meta reducir la tasa de desnutrición de la población y brindando más oportunidades de educación y salud.

Según el INEI, los resultados a nivel nacional, para el año 2014, el 16,3% de la población de 65 y más años de edad es beneficiaria del Programa Nacional de Asistencia Solidaria, Pensión 65. A nivel de región natural, la Sierra presenta el mayor porcentaje de población beneficiaria de este programa, con 33,5%; por el contrario, la región Costa tiene el menor porcentaje de beneficiarios, con solo 3,9%. (142)

La población en estudio se atiende en el centro de salud Monterrey, se debe a que la mayoría de la población cuenta con el seguro integral de salud SIS – MINSA, es un seguro de salud subvencionado por el estado para quienes viven en condiciones de pobreza y de vulnerabilidad, y que no tienen ningún seguro de salud que les permita acudir a establecimientos asistenciales, es por ello que es mucho más accesible asistir al centro de salud donde la atención es gratuita, el lugar de atención a donde pertenecen es Monterrey, algunos pobladores refieren que no se atienden en el centro de salud por que el SIS no les cubre todos los

medicamentos para aliviar sus enfermedades.

Según el padrón nominal del ministerio de salud el SIS concentra el mayor número de afiliados, seguido por EsSalud y las EPS, el número de peruanos que cuenta con algún tipo de seguro se incrementó por cuarto mes consecutivo, reveló la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud), “Hay 24.586,996 peruanos afiliados a algún tipo de seguro, lo que significa que hoy el 78.94% de peruanos tienen algún tipo de cobertura. El padrón nominal que se actualiza cada tres días nos permite saber quiénes cuentan con un seguro”.(139)

Respecto a la distancia del lugar de atención refieren que es lejos, ya que se encuentra a 15 minutos de donde viven, se transportan caminando, en la sierra andina las comunidades alejadas tienden a atenderse en centros de salud o puestos de salud, el tiempo de espera es regular por que estos centros de salud no cuentan con el personal suficiente, existen áreas de atención como: obstetricia, CRED, medicina, tóxico, nutrición, mayormente las atenciones que demanda de más personal está en el área de CRED como son, control prenatal, control de crecimiento y desarrollo y vacunas, pero refieren que la atención es buena ya que el personal de salud les explican detalladamente sobre la salud de sus hijos, dan charlas educativas y quedan satisfechos con la atención brindada.

La gran mayoría de adultos refieren que no se observa pandillaje en su sector, porque la mayoría de los jóvenes trabajan, o tienen algún oficio en casa, además porque los pobladores son provenientes de zonas rurales donde no se observan este tipo de problemas sociales, están arraigados a sus costumbres y cultura donde no se observa ningún tipo de actitudes negativas, los padres y abuelos le han inculcado los valores y comportamiento positivos durante la infancia, a diferencia de la ciudad como capital del país (Lima) donde si existe el pandillaje y la delincuencia ya no es ajena a la población, existiendo robos, muertes y amenazas.

Datos mostrados por el INEI, en el Perú nos muestra que en el año 2014, de la población víctima de algún hecho delictivo como el pandillaje en el área urbana

del país, el 13,8% realizó la denuncia del hecho. Asimismo, en comparación con el año anterior, la denuncia presentó un aumento de 0,4 puntos porcentuales. A nivel de región natural para el año 2014, la Selva es la que presentó el mayor porcentaje de denuncias con el 17,5%, seguido de la Costa (14,2%) y la Sierra (11,6%) (142).

Finalmente se puede concluir que en relación a los determinantes de las redes sociales y comunitarias del sector “San Miguel”, Monterrey en casi toda la población no hay pandillaje lo cual permite a la población vivir en armonía sin estrés, además la atención de salud recibida en el centro de salud lo consideran bueno porque a pesar de los recursos con que cuentan consideran a estos trabajadores están comprometidas con su trabajo brindando una atención con calidad y calidez.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

5.1. Conclusiones:

- ❖ Con respecto a los determinantes biosocioeconómicos de los adultos del sector San Miguel, Monterrey – Huaraz tenemos: menos de la mitad son adultos jóvenes, la mitad tienen trabajo eventual, más de la mitad son de sexo femenino, con secundaria completa / incompleta y la mayoría perciben un ingreso menor a 750 soles. En los determinantes del entorno físico tenemos: menos de la mitad tiene casa con techo de madera, disponen la basura en carro recolector, más de la mitad tienen vivienda unifamiliar, casa propia, conexión de agua domiciliaria, letrinas, la mayoría tiene piso de tierra, duermen 2 a más miembros / habitación, cocinan con leña, eliminan la basura en contenedor específico de recogida, casi todos tienen paredes de adobe, energía eléctrica permanente y todos refieren que recogen la basura al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas.
- ❖ En relación a los determinantes sociales de los estilos de vida se obtuvo que menos de la mitad consumen frutas y verduras 3 o más veces / semana, pescado 1 o 2 veces / semana, más de la mitad no fuman ni han fumado de manera habitual, alcohol ocasionalmente, no se realizan examen médico periódico, consumen carne 1 o 2 veces / semana, verduras diario, consumen otros alimentos menos de 1 vez a la semana, la mayoría duerme de 6 a 8 horas diarias, caminan como actividad física por más de 20 minutos, consumen pan diario, todos consumen fideos diario, se bañan 4 veces a la semana.
- ❖ Sobre los determinantes sociales de los servicios de salud se tiene que menos de la mitad reciben otros apoyos sociales organizado del estado, refieren que el centro de atención de salud queda lejos de su casa, esperan regular para la atención, la calidad de atención fue buena, la mayoría no recibe apoyo social natural, tiene SIS – Minsa, se atiende en el centro de salud, casi todos no reciben apoyo social organizado, no hay pandillaje cerca de su casa.

5.1 Recomendaciones:

- ❖ Dar a conocer a las autoridades del centro de Salud del Monterrey - Huaraz, Áncash los resultados obtenidos en el trabajo de investigación para promover estrategias educativas en temas referentes a los determinantes de salud.

- ❖ A las autoridades de Salud Regional y Local, capacitar y evaluar periódicamente al personal encargado de la operatividad de los programas de estilos de vida saludables, como: alimentación de la población, los factores de riesgo de la comunidad, etc. Para mejorar la eficacia, eficiencia y efectividad de dichos programas.

- ❖ A la Universidad, difundir los resultados de la presente investigación para incentivar en los estudiantes de Enfermería la planificación o desarrollo de programas educativos de intervención en las distintas poblaciones de la región. También continuar realizando estudios en el área de salud de los adultos a fin de promover, mejorar y ampliar los conocimientos de esta manera mejorar la calidad de vida de los adultos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. determinantes sociales de la salud. [Serie Internet]. Disponible desde el URL: http://www.who.int/social_determinants/es/
2. Maya, L. “Los estilos de vida saludables: Componentes de la calidad de vida”. Colombia; 2006. [Serie Interne]. Disponible desde el URL: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf
3. Rojas, F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev. Cubana. Salud Pública, 30 (3): 13-16; 2004.
4. Tardy, M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm.
5. Organización panamericana de la salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
6. Secretaria, T. Commission on social determinants of health, towards conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Draft discussion paper for the commission on social determinants of health. May; 2005.
7. Tarlov, A. Social determinants of Health: the sociobiological transition, Blane D, Brunner E, Wilkinson D (eds), Health and social organization. London. Routledge . Pp. 71-93.
8. Lip Licham C y Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima:Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud, 84 pp; 2005.

9. Valdivia, G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, 23:18-22; 1994.
10. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; 1998.
11. Organización mundial de la salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades de una generación, editorial; 2008.
12. Ministerio de salud. “Foros: construyamos juntos una mejor salud para todos y todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
13. Ministerio de salud. Plan nacional concertado de salud [Artículo en internet]. Perú. Julio; 2007.
14. Gonçalves M y Colab. Determinantes socioeconómicos del envejecimiento saludable y diferenciales de género en dos países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006.
15. Instituto nacional de estadística e informática (INEI). Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES. Perú; 2012. [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014] URL: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/>
16. Organización panamericana de la salud (OPS). Alcohol y salud pública en las américas. salud (MINSa). Modelo de abordaje de promoción de la salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de nutrición y alimentación saludable. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud. [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014]. URL: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/148.pdf>.
17. Ministerio del ambiente. Análisis ambiental del Perú: Retos para un desarrollo sostenible. Lima: Banco Mundial, oficina de Lima, Perú; 2006; pp [Documento en

Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014] URL: [http://sinia . minam . gob . pe / index.php?accion=verElemento&idElementoInformacion=304&verPor=&idTipoElemento=2&idTipoFuente=&idfuenteinformacion=5](http://sinia.minam.gob.pe/index.php?accion=verElemento&idElementoInformacion=304&verPor=&idTipoElemento=2&idTipoFuente=&idfuenteinformacion=5)

18. Congreso de la república. Ley N.º 29344: Metodología para el análisis de ley marco de aseguramiento universal en salud. Perú, Lima: Congreso de la República; 2009. [Documento en Internet] [Citado el 14 de Abril del 2014]. URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a13v26n2.pdf>
19. Prosalus. Análisis de la realidad Perú; 2008. Disponible <http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/An%C3%A1lisis%20de%20la%20realidad%20Per%C3%BA.pdf> en:
20. Huayaney, E. Sistema de vigilancia comunal. Fichas familiares de los adultos del sector San Miguel - Monterrey, Huaraz 2013.
21. Tovar L, García G. La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida; 2003. Nro. 027; 2004. Disponible en. http://www.google.com.pe/search?q=autopercepcion%20del%20estado%20de%20salud&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:es ES:official&client=firefox-a&source=hp&channel=np#hl=es&client=firefox-a&hs=UE2&rls=org.mozilla:es-ES%3Aofficial&channel=np&client=psy-ab&q=percepci3n+del+estado+de+salud&oq=percepcion+del+estado+de+salud&aq=f&aqi=g1&aql=&gs_sm=12&gs_upl=26211338310155561410101012141611330121.2.11410&gs_l=serp.12..0.26211338310155571410101012141611330121j2j11410.11sin.&pb=614
22. Rodríguez, M. Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo-Amazonas; 2011.
23. Melgarejo, E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local; 2008. Universidad Nacional de la Santa, Chimbote. Artículo científico. En que revista se ha publicado el artículo.

24. Valverde, L. Determinantes de la salud de los adultos del sector “B” Huaraz – Huarmey; 2013. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.
25. 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.
26. Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los determinantes sociales de la salud. Organización panamericana de la salud.: Washington; 2009.
27. Barragán, H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
28. Polit, D y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
29. Hernández, R. Metodología de la investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
30. Schoenbach, V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]; 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:[http:// www. epide miol og.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf](http://www.epidemiologia.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf).
31. Canales, F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
32. Bugada, S. definición de edad [Artículo en internet]. Unión Europea; 2012. [citado 2012 set 24]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.Com/definición/educabilidad>

33. Organización panamericana de la salud, organización mundial de la salud y asociación mundial de sexología. Promoción de la salud sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://www.amssac.org/biblioteca %20 sexuali da d % 20 conceptos.htm](http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm)
34. Eustat, Defición de nivel de instrucción. [Portada en internet]; 2010. [citado 2014 set 10]. Disponible en: [http://www.eustat.es/documentos/opt_ 0/ tema_ 165/ elem_2376/definicion.html#axzz3IreHwqNP](http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz3IreHwqNP)
35. Ballares, M. Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Mexico; 2010. Disponible en:[http://www.unifemweb.org .mx/ documents / cendoc / econo mia/ecogen42.pdf](http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf)
36. Autor Definición de base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]; 2008. [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: [http: // definición.de/ocupacion/](http://definición.de/ocupacion/)
37. Serie Nescon de Informes Técnicos N° 2 - Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud/ Health and Work Conditions of Health Care Workers - Brasilia, OPAS, 38 p; 2008. Informe del Taller Ouro Preto, Brasil, Enero; 2006. Disponible en: http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CST_Salud.pdf
38. Lama, A. En el marco del Fondo de Investigaciones del programa de Mejoramiento de Encuestas y de la Medición de las Condiciones de Vida de los Hogares en el Perú (Programa MECOVI - Perú), Lima; 2000. Disponible en <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/PRESENTA.htm>
39. Licata, M. concepto de estilo de vidas. [Portada en internet]; 2007. [Citado 2010 Ago. 26]. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://www.zonadiet. Com / deportes / actividad-fisica-salud.htm](http://www.zonadiet.Com/deportes/actividad-fisica-salud.htm).

40. AA.VV. Derecho Urbanístico de Castilla y León, El Consultor de los Ayuntamientos y de los Juzgados, Madrid; 2000. ISBN 84-7052-249-9. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda#Bibliograf.C3.ADa>.
41. Barlow M, Clarke T. Blue Gold: The Fight to Stop the Corporate Theft of the World's Water; 2003.
42. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm
43. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm
44. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
45. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtm>
46. Shuan, E. sobre Determinantes de la Salud de los Adultos de la Comunidad Juan Velasco Alvarado. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Huaraz – 2013”.
47. Carrillo, G. Determinantes de la Salud de los Adultos del Sector “BB” Piedras Azules. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Huaraz – 2013”.

48. Ayala, J. Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Chua Bajo Sector S. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería] Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Huaraz – 2013”.
49. Salas, M. Determinantes de la Salud en Adultos Mayores Asentamiento Esperanza Baja. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería] Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Chimbote – 2013”.
50. Chumacero, J. Determinantes de la Persona Adulta en la Urbanización Popular José maría Escrivá de Balaguer. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería] Piura, 2013”.
51. Ramos, C. Determinantes de la Salud de los Adultos del A.H San Jerónimo Sector “P” [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería] Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Huaraz – 2013”.
52. Girondella, L. (2012). Definición de Sexo y Género. [Serie de Internet] [Citado 2012 Julio 12][Alrededor de 01 pantalla]. Disponible en: <http://contrapeso.info/2012/sexo-y-genero-definiciones/>.
53. Enciclopedia libre. Definición de Edad. [monografía en internet] Junio del 2011. disponible desde el URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Edad>.
54. Blas,S. Que es sexualidad y equidad de género. [Serie internet] [Citado el 2011 Febrero10][alrededor de1 pantalla]. Disponible desde el URL<http://esanswer.yahoo.Com/question/index?qid=20100701071516AAFY7VZ>.
55. Definición de Edad- Que es, significado y concepto. [Artículo en internet]. [Citado 2008-2012].Disponible en URL: <http://definición.de/edad>.
56. Concepto de edad [artículo en internet] 2009, [Extraído agosto 8,2012] [2 pantallas].Disponible en URL <http://sobreconceptos.com/edad>.

57. Diccionario de la lengua española, Definición de edad [artículo en internet] 2014, [Extraído marzo] [1 pantallas]. Disponible en URL [http//shttp://dle.rae.es/?id=EN8xffh](http://shttp://dle.rae.es/?id=EN8xffh)
58. Cuellar, R. Socialización, instrucción, y educación [Documento en Internet].1996 [Citado 2011 Ago.09].Disponible en URL:<http://www.innei.gov.pe/biblioineipub/bancop/Est/Lib003/C1>.
59. Diccionario de la lengua española, Definición grado de instrucción [artículo en internet] 2014, [Extraído marzo – Pag. 3] [1 pantallas]. Disponible en URL [http//shttp://dle.rae.es/?id=EN8xffh](http://shttp://dle.rae.es/?id=EN8xffh).
60. Definición en Conceptos grado de instrucción [artículo en internet] 2013, [Extraído diciembre] [2 pantallas]. Disponible en URL [http//deconceptos.com/ciencias-sociales/instruccion](http://deconceptos.com/ciencias-sociales/instruccion).
61. Chávez, C. Definición de ingreso económico. [Serie de Inter]. [citado 2013 Setiembre 1]: [Alrededor de una pantalla]. Disponible en URL: <http://www.definiciónabc.com/economía/ingreso.php>.
62. Diccionario de economía, Administración, Finanzas y Marketing. “Definición de ingreso económico” [Artículo de 1a pantalla].Disponible desde la URL:http://www.eco.finanzas.com/diccionario/i/ingreso_economico.htm.
63. Expansion.com: Ingreso económico: Contabilidad Financiera 2010. Disponible en URL: <http://www.expansion.com/diccionario-economico/ingreso.html>.
64. Gestión, Noticia de económica peruana [artículo en internet] 2015, [Extraído marzo] [3 pantallas]. Disponible en URL [http// http://gestion.pe/noticias-de-economia-peruana-33](http://gestion.pe/noticias-de-economia-peruana-33).

65. Ministerio de trabajo, economía del Perú 2012 Perú [artículo en internet] Junio del 2012. disponible desde el URL: <https://es.wikipedia.org/wiki/Economia>.
66. Moncada, F. Ocupación o tipo de trabajo. [Artículo en internet].2011 [Citado 2011 feb. 15]. Disponible URL:[http://www.trabajoinfantil.cl/definiciones /ingresos.php](http://www.trabajoinfantil.cl/definiciones/ingresos.php).
67. Diccionario de la lengua española, Definición ocupación [artículo en internet] 2014, [Extraído marzo – Pag. 1] [1 pantallas]. Disponible en URL <http://dle.rae.es/?id=Qu0oRKT>.
68. Cromosoma - Definición - CCM - Salud y bienestar [Artículo en internet]. [Citado 2011 feb. 15].Disponible URL:[http:// http://salud.ccm.net/faq/15256-cromosoma-definicion](http://salud.ccm.net/faq/15256-cromosoma-definicion).
69. Indicadores de la educación según INEI [Artículo en internet].2007 [citado,16 de diciembre20]Disponible:http://www.snie.sep.gob.mx/estadisticas_educativas.html.
70. Indicadores de la edad según INEI [Artículo en internet].2009 [citado,23 de agosto] Disponible:http://www.snie.sep.gob.mx/estadisticas_educativas.html.
71. Arauco V, Arias C, Dirección Nacional de Censos y Encuestas Encuesta nacional de programas estratégicos 2011 – 2014 [citado en internet]. Disponible: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1291/libro.pdf
72. Gestión, Diario de la económica peruana [artículo en internet] [Extraído miércoles 12 marzo - 2016] [3 pantallas]. Disponible en URL <http://gestion.pe/economia>.
73. Indicadores de tasa de actividad de la población en edad de trabajar [Artículo en internet]. [citado, 20 de julio del 2014]. Disponible [https:// https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/ocupacion-y-vivienda/](https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/ocupacion-y-vivienda/)

74. Chinchay, M. Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “Q”. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería] Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Huaraz – 2013”.
75. Pajuelo, A. Determinantes de la Salud de los Adultos del Sector C. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería] Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Huaraz – 2013”.
76. Henostroza, L. Determinantes de Salud de los Adultos de la Urbanización Villasol. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería] Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Huaraz – 2013”.
77. Crisóstomo, Y. Diagnóstico Situacional de la Viviendas y Hábitos Saludables [Artículo en internet] 2009 [citado agosto 20120] Disponible en URL <http://http://dle.rae.es/?id=Qu0oRKT>.
78. Enciclopedia Abierta Viviendas. [Novie. 21]. [Página libre en internet]. [Alrededor de 2 pantallas]. España, 2008. Disponible en http://definicion.de/vivienda/
79. Diccionario: Enciclopedia libre definición de vivienda, [Octubre. 16.] [1pantalla libre].2013. Desde URL: [http://es.pedia.org/wiki/Vivienda arquitectura](http://es.pedia.org/wiki/Vivienda_arquitectura).
80. Pezeu, J. Vivienda, familia, identidad. La casa como prolongación de las relaciones humanas Trayectorias, 2005 vol. vii, núm 17 (122 - 134).
81. Tenencia de Vivienda [artículo en internet]. [Página modificada Enero. 29]. [1 pantalla]. 2011. Disponible en URL: [es.pedia.org/wiqui/ tenencia de vivienda](http://es.pedia.org/wiqui/tenencia_de_vivienda).
82. Enciclopedia “Seguridad Jurídica de Tenencia”, [Página modificada en internet]. [oct. 16]. [1 pantalla]. 2013. Disponible desde: http://celade.cepal.org/redatam/pryesp/madrid/webhelp/tenencia_de_la_vivienda.htm

83. Diccionario: Definición de piso. [Reporte en internet]. [Setiem. 12.] [1 pantalla libre]. 2013. Desde URL: <http://es.thefreedictionary.com/piso>.
84. Definición de piso. [Página en internet]. Junio del 2014. disponible desde el URL: [https:// http://definicion.de/piso/](https://http://definicion.de/piso/)
85. Diccionario ABC. Definición de piso. [Artículo en Internet]. [Consultado abril 2014]. [Alrededor de 02 plantillas]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/piso.php>.
86. Virginia, S. “definición de Viviendas” [Artículo de internet] 2010 [Citado Setiembre del 2011]. [Alrededor de una pantalla]. Disponible en URL: [hppt //es. Psicope- dagogia.com/definición/educabilidad](http://es.Psicope-dagogia.com/definición/educabilidad).
87. Keith, A. La definición de una cubierta de techo [Serie de Internet] [Citado Octub. 12]. [Alrededor de 01 pantalla]. 2012. Disponible desde el URL: [http:// www.ehowenespanol.com/definicion-cubierta-techo-info_309213/](http://www.ehowenespanol.com/definicion-cubierta-techo-info_309213/)
88. Glosario. Net: Arte y Arquitectura definiciones [citado en internet] [consultado en mayo 2006], visto en URL: <http://arte-y-arquitectura.glosario.net/construccion-y-arquitectura/pared-7392.html>.
89. Características de Vivienda Construcciones “. Sobre conceptos. [Documento en internet]. [Citado Octub. 23]. [Alrededor de 01 pantalla]. 2009 disponible desde el URL: [http. // Conceptos.com/características de la vivienda](http://Conceptos.com/características de la vivienda).
90. Diccionario: Definición de pared. [Documento en internet]. [Citado Noviem. 12.] [1 pantalla libre]. 2012. Desde URL: <http://es.wiktionary.org/wiki/pared>.
91. Diccionario ABC. Definición de pared. [Artículo en Internet]. [Consultado 2015]. [Alrededor de 01 plantillas]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=RucCTKo>.

92. Números de habitantes [artículo en internet]. [Citado noviembre 22]. [1 pantalla]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiqui/ numero d habitantes](http://es.wikipedia.org/Wiqui/numero_d_habitantes).
93. Definición de habitación [citado en internet] [visto en mayo 2012] pag. 43, visto en URL: <http://deconceptos.com/ciencias-juridicas/habitacion>.
94. Enciclopedia Jurídica: Habitación, derecho civil, definiciones, artículos [citado en internet] [1 pantalla de 24 pag] Disponible en URL: <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/habitacion/habitacion.htm>.
95. Organización Mundial de la Salud (OMS), Guía Para La Calidad del agua potable. [Reporte de internet]. [Citado Ener. 18]. [2 pantalla] 1998. Disponible desde: www.who.int/water_sanitation_health/.../gdwq3_es_full_lowres.pdf
96. Diario la voz, Acceso a servicios básicos se incrementó en hogares rurales, Domingo, 06 de julio de 2014. Disponible en URL: [http://www.diariolavozdehuamanga.com/noticias/index.php?option=com_content &view=article&id=13783:2014-07-06-19-45-53&catid=20:local&Itemid=67](http://www.diariolavozdehuamanga.com/noticias/index.php?option=com_content&view=article&id=13783:2014-07-06-19-45-53&catid=20:local&Itemid=67).
97. OMS y UNICEF: Agua Potable Salubre y Saneamiento Básico en Pro de la Salud. [Portada de internet]. [Citado Octub. 10]. [1 pantalla libre]. 2015. desde URL: http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es/
98. Juárez, B. Taller de higiene y salud, [Serie de internet] [Citado 2011 abril] [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://cienciasdeprepa.blogspot.com/eliminacion-de-excretas.html>.
99. Indicadores de vivienda y hogar en ámbitos geográficos INEI [Artículo en internet]. [citado, 20 de julio del 2015] https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1173/cap04/cap04.pdf

100. Disposición de excretas [artículo en internet] 2015 [Extraído marzo – pág. 3] pantalla 1, disponible en URL: <http://saneamientoambiental.tripod.com/id5.html>.
101. Combustible para cocinar [citado en internet] 20 de mayo 2013 [1 Pantalla libre] desde URL:http://www.la-razon.com/sociedad/Tipo-energia-combustible-utiliza-cocina_r_0_1708629135.html
102. Tipos de Combustible. [Artículo en internet]. Citado marzo 20 [Alrededor de 1 pantalla] 2011. Disponible en [definiciones/gas/](#)
103. Definiciones de combustible para cocinar y calentar [citado en internet] agosto 20 del 2014, Disponible en URL:http://es.hesperian.org/hhg/A_Community_Gui.
104. Buganda, S. “definición de Energía Eléctrica” [Artículo de internet]. [Citado setiembre. 11.]. [Alrededor de una pantalla] 2011. Disponible en URL: <http://es.picopedagogia.com/definición/educabilidad>
105. Definición de energía eléctrica [artículo en internet] pág. 11 [extraído en 10 de mayo del 2014], está disponible en URL: http://es.wikipedia.org/wiki/Energ%C3%ADa_el%C3%A9ctrica.
106. Concepto de basuras y su disposición. [Artículo en internet]. [Citado Mayo 4.]. [3 pantallas] 2009. Disponible en URL: www.conceptosdisposici3n.de.basuras.y.desechos.
107. Definiciones de basura. [Artículo en internet]. [Citado agosto 2] [1 pantalla] 2013. Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Basura>.
108. Definiciones. De. Definiciones de Depositar. [Monografía de internet]. [Citado Mayo 19.]. [1 pantalla] 2013. Disponible en URL: <http://definiciones.de/disposici3n/>.

109. Definiciones Recolección y Eliminación. [Monografía de internet]. [Citado May. 14.]. [1 pantalla] 2013. Disponible en URL: <http://definiciones.de/recoleccion/>.
110. Definición Lugares de Eliminación de los desechos. [Portada en internet]. [Citado Oct. 28]. [1 pantalla] 2011. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
111. Recogida, derechos [portada en internet] [agosto 2 del 2015] Disponible en URL: http://www.globenet.org/preceup/pages/fr/chapitre/etatlieu/approchr/l/aesp_c.htm
112. Ministerio de vivienda, programa de proyectos piloto 2010, Disponible en URL: <http://www.vivienda.gob.pe/dnc/archivos/difusion/eventos/tacna/Vivienda%20Rural%20Exposicion%2030-03-10.pdf>.
113. Muñoz, S. Habitabilidad de la vivienda de interés prioritario en reasentamientos poblacionales [artículo en internet] 2011 [citado noviembre del 2011] [alrededor de 30 pág.], vol. 112.
114. Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI) datos de programas estrategicos [Documento en Internet]. [Citado Agust. 2] [Alrededor de 1 pantalla] 2014. Desde: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1291/libro.pdf
115. Proyecto Energía, Desarrollo y Vida - EnDev Perú - FASERT [citado en internet] agosto 2014, Disponible en URL: <http://www.fasert.org/getattachment/16778eb5-4c6b-4a53-9a77-2dc56a3bcaac/EnDev-Peru.aspx>
116. Carlos, T. “definición de Viviendas” [artículo de internet] 2012 [Citado Setiembre del 2011]. [Alrededor de una pantalla]. Disponible en URL: <http://es.Psicopedagogia.com/definicion/educabilidad>

117. Méndez, N. Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío Chua alto sector “T”. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería] Universidad los Ángeles de Chimbote, Huaraz – 2013”.
118. Martínez, C. Estudio Epidemiológico del Nivel de Actividad Física y de parámetros de interés relacionado con la Salud de los Adultos Chupaca. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería] Huancayo, 2012.
119. Enciclopedia libre: Definición de fumar. [Reporte de internet]. [Citado Noviem. 29.] [1 pantalla libre] desde URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Fumar>.
120. El Fumador y la persona Fumado y Hábito de fumar. [Artículo en internet]. [Citado Abril de 30.]. [1 pantalla libre] 2003. Disponible en URL: es.hppt/www.org/Wiqui/conceptos_habito_fumar.
121. Definición de fumar [enciclopedia libre] junio 2014, Disponible en URL: <http://salud.ccm.net/faq/8544-fumar-definicion>
122. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. [Serie Internet]. [Citado Febrero de 10.]. [Alrededor de 1 pantalla] 2011 Disponible desde el URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
123. Definiciones. Alcohol, la enciclopedia libre [Serie Internet]. [Citado Noviem. de 10.]. [Alrededor de 3 pantallas] 2013 Disponible desde el URL: <http://definicion.de/alcohol/>
124. Diccionario ABC. Definición del alcohol. [Artículo en Internet]. [Consultado 2014]. [Alrededor de 02 plantillas]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/alcohol.php>.

- 125.Sotelo. Horas de descanso, Educar [Serie en internet]. [Citada Feb. 16]. [Alrededor de 2 pantallas]. 2009. Disponible desde el: http://biblioteca.itam.mx/estudios/estudios/letras4546/testo02/sec_2.html
- 126.Conceptos de Dormir Vrs. Sueño – Salud y Descanso [Artículo en internet]. [Citado Febrero de 10.]. [Alrededor de 1 planilla] 2011. Disponible en URL: [http://www. Conceptos dormir – descanso – Salud](http://www.Conceptosdormir-descanso-Salud)
- 127.Enciclopedia libre: definición de higiene. [Serie Internet]. [Citado 12 Nov 2013]. [Alrededor de 1 planilla] 2010. Desde URL: <http://salud.ccm.net/faq/13935-higiene-definicion>
- 128.Juárez, B. Taller de higiene y salud, [Serie de internet] [Citado 2011 abril] [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://cienciasdeprepa.blogspot.com/eliminacion-de-excretas.html>
- 129.Slideshare: Higiene personal, [Artículo en Internet], marzo 2013 Disponible en URL: <http://es.slideshare.net/wernerruben/higiene-personal>.
- 130.Exámenes Médicos. Conceptos [Artículo en internet]. [Citado febrero de 10.] [Alrededor de 1 planilla] 2011. Disponible en URL: [es. Phht.www.org/examen. Medico permanente/ exámenes médicos.](http://es.Phht.www.org/examen.Medico-permanente/exámenes-médicos)
- 131.Augusto, M. Examen médico, Educar [Serie en internet]. [Citada Feb. 23]. [Alrededor de 2 pantallas]. 2014. Disponible desde el: [http://www.qbe.com.ar/ar/art/formularios/forms_junio2014/Tr%C3%ADptico%20Exámenes%20Periodicos%20\(2014\).pdf](http://www.qbe.com.ar/ar/art/formularios/forms_junio2014/Tr%C3%ADptico%20Exámenes%20Periodicos%20(2014).pdf)
- 132.Definiciones. Examen Médico, [Enciclopedia libre]. [Citado febrero de 17.] [Alrededor de 1 planilla] la Disponible desde el URL: http://es.wikipedia.org/wiki/Examen_medico

- 133.OMS: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, 2014 [Artículo en Internet], Disponible en URL: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>.
- 134.Organización Mundial de la Salud. Actividad física. [Serie Internet]. [Citado octubre de 25]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- 135.Organización mundial de la salud: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [Serie Internet]. [Citado Diciem. de 25]. [Alrededor de 1 planilla] 2013. Desde URL: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/>.
- 136.Basulto, J. Definición y características de una Alimentación Saludable España. [Documento en Internet]. [Citado May. 28]. [Alrededor de 1 pantalla] 2013. Disponible desde ULR: http://www.grepedn.es/documentos/Alimentación_saludable_pdf.
- 137.Diccionario ABC. Definición de Alimentación. [Artículo en Internet]. [Consultado 2007]. [Alrededor de 02 plantillas]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/salud/alimentacion.php>.
- 138.Rpp noticias.com fuman en el Perú agosto 2009, Disponible en URL: <http://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/el-65-universitarios-peruanos-fuma-tabaco-noticia-482662>
- 139.Organización Mundial de Salud: Alcohol y Drogas [Reporte de internet]. [Citado Jun. 20]. [1 Pantalla]. Disponible desde. URL:www.oas.org/dsp/documentos/pandillas/Informe.Definicion.Pandillaspdf.
- 140.MINSA: Actividad física [Reporte de internet]. [Citado Jun. 2014]. [1 Pantalla]. Disponible desde. <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/activate/actividadfisica.html>

141. MINSA: desnutrición crónica infantil [Reporte de internet]. [Citado octubre 2014]. [1 Pantalla]. Disponible desde. <http://www.unicef.org/peru/spanish/La-desnutricion-cronica-infantil.pdf>
142. Definición de apoyo social [documento en internet]. Disponible desde el URL: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales/tema-13.1/13.1.2-bfque-es-el-apoyo-social>.
143. Universidad de Cantabria. Qué es el apoyo social. [Serie en internet]. [Citado Marz. 13]. [Alrededor de una pantalla]. Desde: ocw.unican.es > ... > Bloque Temático IV > Tema 13. El apoyo social
144. Vaux, A. La evaluación del apoyo social. Frankfurt, [Revista de saude pública]. [Citado Nov. 31]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000400012&script.
145. Definición de apoyo organizado [disponible de una pantalla de internet] <http://www.estamosenlaweb.pe/6741/sociedad-de-beneficencia-publica-moquegua-apoyo-social>
146. Según Caplan: social. [Reporte de internet]. [Agosto de 2011]. [1 pantalla libre] Desde URL: <http://www.tisoc.com/el-rincon-del-coach/apoyo-social.php>
147. NutriNet.org: Programa de apoyo social, mayo 2010 [Artículo en Internet], disponible en URL: peru.nutrinet.org/programas-sociales-de-apoyo.
148. Diccionario ABC. Definición de apoyo social organizado [Artículo en Internet]. [Consultado 2016]. [Alrededor de 02 plantillas]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/salud/apoyo-socialn.php>.
149. Definición de institución de salud [pantalla de internet] Disponible desde el URL <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro5a6.pdf>

150. Definición de centro de salud [pantalla de internet] disponible desde:
<http://www.definicionabc.com/salud/centro-de-salud.php>
151. Definiciones de centro de salud, [Artículo en Internet], agosto 2011 Disponible en
URL: <http://www.definicionabc.com/salud/centro-de-salud.php>
152. Ortiz. C tiempo de espera para ser atendidos. [Serie en Internet]. [Citado
diciem.14]. [1 pantalla libre] Desde URL:<http://noticias.terra.com.ar/logran-reducir-tiempo-de-espera-para-ser-atendidos-en-hospitales,6f2c5f38035f6310>
153. Organización mundial de la salud: calidad y calidez de atención [documento en
internet] Disponible desde URL: <http://www.geosalud.com/segurosalud>.
154. Donabedian A. Actas Simposio Nacional sobre Calidad de la Atención Médica.
[Serie en Internet]. [Marz. 27]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: www.calidadensalud.org.ar/.../Calidad%20%201er%20Nivel.doc
155. Anierte, N. Salud y Calidad. Vida Saludable. Fundación de la Salud. [Monografía
de internet]. [Citado 2013 Jun. 16]. [1 Pantalla]. Disponible en ULR:
http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/estilo-viDa/prepro_080021.html
156. Prado, G. Las pandillas aumentan y son más violentas en Lima Párrafo: [Reporte
de internet]. [Citado set. 20]. [1 Pantalla]. Disponible desde: <http://peru21.pe/noticia/278049/pandillas-aumentan-son-mas-violentaslima,2003>.
157. Monografia.com: definición de pandillaje, [Artículo en Internet], Disponible en
URL: <http://www.monografias.com/trabajos89/el-pandillaje-juvenil/el-pandillaje-juvenil.shtml>.
158. Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI): Reporte de pandillaje. [Serie
en Internet]. [Citado set. 6]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: peru21.pe > ... >
Delincuencia es el mayor problema de los limeños.



ANEXO N° 01



**UNIVERSIDAD CATÒLICA LOS ÀNGELES CHIMBOTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS
ADULTOS DEL SECTOR SAN MIGUEL MONTERREY, HUARAZ 2013.**

Elaborado por Vélchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

Iniciales o seudónimo del nombre de la

Persona.....

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad:

- Adulto Joven (20 a 40 años) ()
- Adulto Maduro (40 a 64 años) ()
- Adulto Mayor (65 en adelante) ()

Grado de instrucción:

- Sin nivel ()
- Inicial/Primaria ()
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()
- Superior universitaria ()
- Superior no universitaria ()

Ingreso económico

- Menor de 750 ()
- De 751- 1000 ()

- De 1001-1400 ()
- De 1401-1800 ()
- De 1801 a más ()

Ocupación:

- Trabajador estable ()
- Eventual ()
- Sin ocupación ()
- Jubilado ()

II. DETERMINANTES RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO

Tipo:

- Alquiler ()
- Cuidador, alojado ()
- Plan social (de casa para vivir) ()
- Alquiler venta ()
- Propia ()

Material del piso:

- Tierra ()
- Entablado ()
- Loseta, vinílico ()
- Lámina asfálticas ()
- Parquet ()

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Abastecimiento de agua:

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

Eliminación de excretas:

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

Combustible para cocinar:

- Gas, electricidad ()
- Leña, carbón ()
- Bosta ()
- Tuza (coronta de Maíz) ()
- Carca de vaca ()

Tipo de alumbrado:

- Sin energía ()
- Lámpara (no eléctrica) ()

- Grupo electrógeno ()
- Energía eléctrica temporal. ()
- Energía eléctrica permanente ()
- Vela ()

Disposición de basura:

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

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

- Diariamente ()
- Todas las semana pero no diariamente ()
- Al menos dos veces por semana ()
- Al menos una vez al mes pero no todas las semanas ()

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

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

III. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Actualmente fuma?

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

¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

Número de horas que duerme:

- De 6 a 8 horas. ()
- De 8 a 10 horas. ()
- De 10 a 12 horas. ()

Cuál es la frecuencia con la que se baña:

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

Usted realiza examen médico periódico

Si () 2 No ()

Usted realiza alguna actividad física:

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

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

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

DIETA:

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

Alimentos	Diario	3 o más veces a la Semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
Fruta					
Carne					
Huevos					
Pescado					
Fideos					
Pan, cereales					
Verduras y hortalizas					
Otros					

IV. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Percibe algún apoyo social natural:

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

Percibe algún apoyo social organizad:

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

Percibe algún Apoyo social organizado:

- Pensión 65()
- Comedor popular. ()

- Vaso de leche. ()
- Otros. ()

Indique en que institución de salud se atendió:

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

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

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

Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

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

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

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

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

Existe pandillaje o delincuencia cerca de su vivienda

Si () No ()



ANEXO N° 02



VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DEL SECTOR SAN MIGUEL MONTERREY, HUARAZ 2013.

Validez de contenido:

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

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

Número de expertos que indican esencial.

N= número total de expertos.

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

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

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 8 expertas del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada de la expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DEL SECTOR SAN MIGUEL MONTERREY, HUARAZ, 2013.”. (Ver anexo 03).
3. Cada experta respondió a la siguiente pregunta para cada una de las preguntas del cuestionario: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es.

Esencial?

Útil pero no esencial?

No necesaria?

4. Una vez llenas las fichas de validación, se anoto el número de expertas que afirma que la pregunta es esencial.
5. Luego se procedió a calcular el CVR para cada uno de las preguntas. (Ver anexo ...)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo de la CVR teniendo en cuenta que fueron 8 expertas que evaluaron la validez del contenido. Valor mínimo 0,75.
7. Se identificó las preguntas en los que más de la mitad de las expertas lo consideraron esencial pero no lograron el valor mínimo.
8. Se analizó si las preguntas cuyo CVR no cumplía con el valor mínimo se conservarían en el cuestionario.
9. Se procedió a calcular el Coeficiente de Validez Total del Cuestionario.

Calculo del Coeficiente de Validez Total:

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

Coeficiente de validez total = 0,75.

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



ANEXO N° 03



VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS DEL SECTOR SAN MIGUEL MONTERREY, HUARAZ 2013.

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EXPERTAS:

N°	Exper.1	Expe. 2	Expe. 3	Exper to 4	Experto 5	Exper to 6	Exper to 7	Exper to 8	ne	CVR por pregunta
1	1	1	1	2	1	1	1	2	6	0,750
2	2	1	1	2	1	1	1	1	6	0,750
3	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
4	2	2	1	2	1	1	1	1	5	0,625
5	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
6	2	2	1	0	1	1	2	2	3	0,375 (*)
7.1	1	0	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.2	2	1	1	0	1	2	1	1	5	0,625
7.3	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.4	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.5	1	1	1	0	1	1	2	2	5	0,625
8	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
9	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
10	1	1	1	0	1	1	1	1	7	0,875
11	2	1	1	2	1	2	2	1	4	0,500 (*)
12	1	1	1	1	1	2	2	2	5	0,625
13	2	1	1	1	1	1	1	2	6	0,750
14	2	1	1	1	1	2	2	1	5	0,625
15	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
16	0	1	1	1	0	2	1	1	5	0,625
17	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
18	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
19	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
20	2	1	1	2	2	1	1	1	5	0,625
21	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
22	1	2	1	1	1	1	1	1	7	0,875
23	2	1	1	1	1	1	1	1	7	0,875
24	2	2	1	1	1	1	1	1	6	0,750
25	1	1	1	1	1	2	1	1	7	0,875
26	2	1	1	1	1	2	1	1	6	0,750
27	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
28	2	1	1	1	1	2	1	1	6	0,750
29	2	1	1	1	1	2	2	1	5	0,625
30	1	1	1	1	1	2	2	1	6	0,750
Σ CVR										25,500

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA			ADECUACIÓN (*)				
	¿La habilidad o conocimiento medido por estas preguntas es....?			¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P4								
Comentario:								
P5								
Comentario:								
P6								
Comentario:								
II. DETERMINANTES DEL ENTORNO FÍSICO								
P7								
P. 7.1.								
Comentario:								
P. 7.2.								
Comentario:								
P. 7.3.								
Comentario:								
P. 7.4.								
Comentario:								
P. 7.5.								
Comentario:								
P8								
Comentario								
P9								
Comentario:								

P10									
Comentario									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
P14									
Comentario:									
III. DETERMINANTES DE HABITOS PERSONALES DE SALUD									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentario									
P18									
Comentario:									
IV. DETERMINANTES ALIMENTARIOS									
P19									
Comentario:									
V. PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS									
P20									
Comentario									

P21									
Comentario:									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario:									
VI. DETERMINANTE DE AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD									
P25									
Comentario:									
VII. DETERMINANTE DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD									
P26									
Comentario:									
P27									
Comentario:									
P28									
Comentario:									
P29									
Comentario:									
P30									
Comentario:									

Fuente: Ficha de evaluación de expertos.

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



ANEXO N° 04



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL SECTOR SAN
MIGUEL MONTERREY, HUARAZ 2013.

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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



ANEXO N° 05



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO:

**DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL SECTOR SAN
MIGUEL MONTERREY, HUARAZ 2013.**

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

La investigadora se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informaran de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas.

Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

FIRMA