



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD DEL ADULTO DEL
ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA
TORRES – PIURA, 2013**

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

AUTORA

EDID AURORA CHUMACERO HOLGUIN

ASESORA

NELLY TERESA CONDOR HEREDIA

PIURA - PERÚ

2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS Y ASESOR

Mgr. SONIA ALEIDARUBIO RUBIO

PRESIDENTE

Mgr. SUSANA MARIA MIRANDA VINCES DE SANCHEZ

SECRETARIO

Mgr. NANCY PATRICIA MENDOZA GIUSTI

MIEMBRO

Dra. NELLY TERESA CÓNDROR HEREDIA

ASESORA

AGRADECIMIENTO

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

Agradezco también a las Autoridades y a todos los adultos colaboradores de Manuel Scorza Torres – Piura por haberme brindado su comprensión información y apoyo para la culminación de mi investigación.

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

EDID AURORA

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso por regalarme la vida, por darme la sabiduría, perseverancia y fortaleza necesaria para no dejarme abatir en los momentos difíciles y cumplir mis objetivos.

A mi Madre Graciela que es el Pilar más importante en mi vida, con su amor, dedicación y comprensión logre culminar mis estudios universitarios.

A mi esposo e hija que con su paciencia, confianza, amor y consejos me ayudaron a luchar por mis metas y lograr cumplirlas.

A mis hermanos que estuvieron apoyándome durante mi carrera, cada uno de ellos aportó a formar parte de lo que soy, son parte fundamental de este crecimiento como persona y como profesional.

EDID AURORA

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo Identificar los determinantes de salud del adulto del Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013. Tipo cuantitativo y descriptivo. La muestra fue 247 adultos. El instrumento de recolección de datos fue el Cuestionario sobre Determinantes de Salud del adulto, se concluye: En los determinantes biosocioeconómicos, más de la mitad sexo masculino, ingreso económico de S/.751 a 1000, vivienda unifamiliar ,duermen de 2 a 3 miembros en 1 habitación la mayoría adulto maduro, casa propia, conexión domiciliaria, energía eléctrica menos de la mitad grado de instrucción secundaria completa/ secundaria incompleta, tienen trabajo eventual, casi todos tienen baño propio y eliminan la basura carro recolector. En los determinantes estilos de vida menos de la mitad no fuma actualmente pero ha fumado antes, caminan como actividad física la mayoría consume ocasionalmente bebidas alcohólicas, duerme de 6 a 8 horas diarias, no realizan examen médico casi todos se bañan diariamente. En la dieta más de la mitad consumen frutas, carne, huevos, fideos, pan, cereales, verduras, menos de la mitad legumbres, embutidos, enlatados, lácteos, dulces, gaseosas, refrescos con azúcar, y frituras. En los determinantes de redes sociales y comunitarias más de la mitad se atendió en centro de salud, la mayoría el lugar donde se atendió está regular distancia, no recibe apoyo social natural ni apoyo social organizado cuentan con SIS, atención buena, menos de la mitad considera que el tiempo que espero fue largo, casi todos existe pandillaje.

Palabras clave: Adulto, Determinantes de la Salud.

ABSTRACT

This research aimed to identify the determinants of adult health Human Settlement Manuel Scorza Torres - Piura, 2013. quantitative and descriptive. The sample was 247 adults. The instrument of data collection was the questionnaire Determinants of Adult Health, it concludes: In the biosocioeconómicos determinants, more than half male income of S / 751-1000, detached house, sleeping 2 to 3 members 1 room in the most mature adult, home, house connection, electric power less than half full degree / secondary incomplete secondary education, they have casual work, almost all have their own bathrooms and eliminate waste collector car. In determining lifestyles less than half do not currently smoke but has smoked before, walk like physical activity most occasionally drink alcohol, sleeping 6 to 8 hours a day, no medical examination conducted almost all bathe daily. In the diet more than half consume fruits, meat, eggs, noodles, bread, cereals, vegetables, less than half of vegetables, meats, canned goods, dairy products, sweets, soft drinks, sugary soft drinks and chips. The determinants of social and community networks over half were attended in health center, most where he attended is regular distance, receives no natural social support or organized social support have SIS, good service, less than half He considers that the time was long wait, almost all there gangsterism.

Keywords: Adult, Determinants of Health.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	9
III. METODOLOGÍA	18
3.1 Diseño de la Investigación.....	18
3.2 Población y Muestra.....	18
3.3 Definición y Operacionalización de Variables.....	19
3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	31
3.5 Plan de Análisis.....	34
3.6 Matriz de Consistencia.....	35
3.7 Principios Éticos.....	37
IV. RESULTADOS	38
4.1 Resultados.....	38
4.2 Análisis de Resultados.....	66
V. CONCLUSIONES	98
5.1 Conclusiones.....	98
5.2 Recomendaciones.....	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS	115

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

TABLA N° 01:	38
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
TABLA N° 02:	42
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
TABLA N° 03:	51
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
TABLA N° 04:	58
DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
TABLA N° 05:	62
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
TABLA N° 06:	63
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N°01	39
SEXO DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°02	39
EDAD DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°03	40
GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°04	40
INGRESO ECONÓMICO DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°05	41
OCUPACIÓN DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°06.1	44
TIPO DE VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°06.2	44
TENENCIA DE LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	

GRÁFICO N°06.3...	45
MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°06.4...	45
MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°6.5...	46
MATERIAL DE PAREDES DE LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°6.6...	46
NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN EN LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°7...	47
ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°8...	47
ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°9...	48
COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	

GRÁFICO N°10.	48
ENERGÍA ELÉCTRICA EN LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°11.	49
DISPOSICIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°12.	49
FRECUENCIA QUE RECOJEN BASURA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°13.	50
ELIMINACIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°14.	53
FUMA ACTUALMENTE EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°15.	53
FRECUENCIA QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°16.	54
NÚMERO DE HORAS QUE DUERME EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	

GRÁFICO N°17	54
FRECUCENCIA CON LA QUE SE BAÑA EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°18	55
EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°19	55
ACTIVIDAD FÍSICA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°20	56
ACTIVIDAD FÍSICA EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°21	57
FRECUCENCIA QUE CONSUME LOS ALIMENTOS EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°22	59
INSTITUCIÓN EN LA QUE SE ATENDIÓ EN LOS ÚLTIMOS MESES EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°23	59
CONSIDERACIÓN DE DISTANCIA DONDE SE ATENDIÓ EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	

GRÁFICO N°24	60
TIPO DE SEGURO QUE TIENE EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°25	60
TIEMPO QUE ESPERÓ PARA ATENDERSE EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°26	61
CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°27	61
EXISTE PANDILLAJE CERCA DE LA CASA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°28	62
RECIBE APOYO SOCIAL NATURAL EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°29	63
RECIBE APOYO SOCIAL ORGANIZADO EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°30.1	64
RECIBE PENSIÓN 65 EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	

GRÁFICO N°30.2.	64
RECIBE APOYO DEL COMEDOR POPULAR EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°30.3	65
RECIBE APOYO DEL VASO DE LECHE EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	
GRÁFICO N°30.4.	65
RECIBE APOYO DE OTRAS ORGANIZACIONES EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013	

I. INTRODUCCIÓN

Los determinantes del estado de salud abarcan los aspectos sociales, psicológicos y biológicos que expone el modelo biopsicosocial, considerando que la salud y la enfermedad, se ven determinadas por la interacción de factores biológicos, sociales y psicológicos (1).

El presente trabajo de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de los Determinantes de la Salud, definiendo la OMS a los Determinantes Sociales de la Salud como circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (2).

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

En la conferencia de Alma Ata en 1976 la 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).

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

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

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

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

Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres, no son

necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles (10).

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

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

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

A esta realidad no escapa el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres, que pertenece a la jurisdicción del establecimiento de salud I-3 “Víctor Raúl Haya de la Torre” ubicado en el Asentamiento Humano Víctor Raúl Haya de la Torre. Limita al norte con el Asentamiento Humano María Arguedas y el Asentamiento Humano Jorge Basadre, al sur con el Asentamiento Humano Susana Higuchi y el Asentamiento Humano Granja de colores, al este con el canal de Sullana y al oeste con el Asentamiento Humano Laguna Azul y el Asentamiento Humano San Pedro. Cuenta con una I.E Inicial N°763, cuenta con un comité de vaso de leche, Cuenta con una población total de 940 pobladores, de los cuales la población adulta es 691 personas. En cuanto a la ocupación de la población en estudio, encontramos: obreros, conserjes, jardinería, empleadas domésticas, cocineros, almaceneros, podadores de árbol es, mototaxistas, comercio. Sus viviendas son construidas de material noble, y material rustico sus calles la mayoría son de tierra, cuenta con luz eléctrica en las casa y con alumbrado público, poseen alcantarillado. Los principales problemas de salud son: ARAS, dengue, EDAS (14).

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

Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación fue el siguiente: **¿Cuáles son los determinantes de la salud del adulto del Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013?**

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

Identificar los determinantes de salud del adulto del Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

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

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

La justificación de la presente investigación fue:

Los problemas que afectan la salud de la población y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación que se realizó es una función que todo sistema de salud requiere cumplir puesto que ello contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios.

Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de la población y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

El presente estudio permitió instar a los estudiantes de la salud, a investigar más sobre estos temas y su aplicación en políticas para mejorar estos determinantes, único camino para salir del círculo de la enfermedad y la pobreza, y llevarlos a construir un

Perú cada vez más saludable. También ayudó a entender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad en salud y mejorar la salud de la población, en general, y promocionar su salud, en particular, implica el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

Esta investigación es necesaria para el Establecimiento de Salud I-3 Víctor Raúl Piura porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud del adulto y reducir los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas con información para el manejo de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Además fue conveniente para: Las autoridades regionales de la Direcciones de salud y municipios en el campo de la salud, así como para la población a nivel nacional; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismos.

Este trabajo es de suma importancia puesto que ayuda a conocer los factores más predominantes que conllevan a que una comunidad presente diversas enfermedades y desde esa perspectiva el personal de salud cree o aplique ciertas estrategias para promover una población saludable mediante la prevención y promoción de la salud, logrando así controlar los problemas sanitarios que aquejan a las poblaciones más vulnerables y acelerando el desarrollo de las mismas.

Es así que mediante este tipo de investigaciones se logra ampliar conocimientos en el campo de la salud, más aún cuando son con una adecuada calidad pero sobre todo dirigidas por personas capacitadas.

Por otro lado se incentiva de una u otra forma para continuar con las investigaciones pertinentes ya sea a estudiantes de diversas ramas de la salud como a los mismos profesionales, puesto que ésta es la única manera para que nuestro país continúe en desarrollo y se logre conseguir una equidad en los diversos estatus sociales, pero sobre todo para que las autoridades de las poblaciones en estudio estén al tanto de los resultados de la investigación y puedan participar junto al E.S de la jurisdicción que pertenece cada una de ellas.

Y finalmente se debe tener en cuenta que cada investigación favorece a muchas instituciones como es la Dirección de salud Piura, municipios, establecimientos de salud, comités pertenecientes al campo de estudio, así como para la población puesto que así se logra a motivar cambios de actitudes, aptitudes, conductas y comportamientos para reducir las diversas enfermedades y se promueva un estilo de vida saludable logrando tener una buena salud y conciencia de parte de cada uno de nosotros.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Antecedentes

Investigación actual en el ámbito extranjero

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Gonçalves M, et al (15), en su investigación “Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil”. Los resultados obtenidos revelan, que los factores socioeconómicos, medidos por la escolaridad, influyen significativamente la condición de salud de los ancianos. Además, fueron observados diferenciales de género: las mujeres presentaron peores condiciones de salud en relación a los hombres. Respecto a las enfermedades crónicas este resultado no fue totalmente favorable a los hombres, una vez que en determinadas enfermedades éstos tuvieron un porcentaje superior, en relación a las mujeres, asimismo destaca que, aun cuando al proceso de envejecimiento poblacional fue iniciado más temprano en Buenos Aires y que, por lo tanto, su población estará más envejecida que la de San Pablo, las condiciones de salud de los ancianos de aquella ciudad fueron mejores que las de San Pablo.

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

Investigación actual en el ámbito nacional

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Rodríguez Q. (17), en su investigación titulada “Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo- Amazonas. Se encontró que los determinantes sociales: analfabetismo en madres (22,5%), en padres (10%), la agricultura como actividad económica predominante de los padres (72,5%), comercio en las madres (20%), limitado acceso al mercado, tecnología y financiamiento económico (45,5%); determinantes del derecho humano: limitado acceso a vida larga y saludable en niños con bajo peso al nacer (20%), limitado acceso al control de gestante (77,5%) e inmunizaciones (60%); en lo determinantes interculturales: usan leña para cocinar (80%) y plantas medicinales para cuidar su salud (65%). Concluyendo que la quinta parte de la población tiene limitado acceso a vida larga y saludable, ya que tuvieron bajo peso al nacer, padres prefieren que hijos trabajen en las vaquerías, repitiendo el año escolar, limitando sus competencias para acceder a un trabajo bien remunerado y a servicios de salud.

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

A nivel Regional:

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

Neira C, Quiroga S. (20), en su tesis titulada “Análisis de los determinantes principales que explican la pobreza. Caso: Centro Poblado los Olivos, distrito de Sullana, 2010. Enfrenta bajos niveles de acceso a los servicios básicos, así como una pésima infraestructura de la vivienda. Según el método de la “Línea de pobreza”, nos arroja que el 56% de la población encuestada se encuentra en condición de extrema pobreza, el 35% es pobre y el 9% está en situación de no pobre; es de indicar que el 43% de las viviendas presentan paredes de adobe, techo de calamina y no tienen piso, asimismo el 7% de las viviendas tienen las siguientes características: Paredes de quincha o de esteras, techo de caña o de esteras y no tienen piso. En cuanto al abastecimiento de “Agua” tenemos que el 92% de la población se abastece de agua a través de camión o cisterna, el 2% con pilón público, el 4% a través de pozo. En lo que respecta al servicio de “Energía”, el 4,5% de los encuestados cuenta con Energía Eléctrica, el 18% usa lámpara o mechero, el 6% usa petróleo o gas, 44,5% usa vela y el 21% usa generadores eléctricos; y por último, el 50% de los encuestados no posee Artefactos eléctricos, el 3% posee máquina de coser, el 11% solo tiene televisor, el 4% posee solo plancha, el 17% posee televisor y radio. Lo que

nos da un panorama poco alentador para dicho centro poblado, dado que la pobreza está presente y con cifras alarmantes.

Britto, B. (21), en su tesis titulada: “Determinantes de la salud en mujeres adolescentes que cursan el cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Nuestra Señora de Fátima – Piura, 2013”. Los resultados fueron son adolescente entre 15 a 16 años 11 meses 29 días, las madres de las adolescentes tienen grado de instrucción de secundaria completa y/o incompleta el 71,8%, el 94,74% tienen vivienda unifamiliar y propia, el 84,96% cocinan a gas, el 100% cuentan con luz eléctrica, el 88,35% tienen reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina, el 24,44% tubo conducta alimenticia de riesgo ayuno, dietas; el 56,39% refiere haber recibido puñetazos, patadas y golpes, el 36,84% sufrió dicha agresión en la escuela.

Rodríguez, O. (22), en su investigación titulada “Estilos y Factores biosocioculturales de la persona adulta en el centro poblado Cieneguillo Norte - Sullana”. Los resultados fueron: el 53,5% son de sexo masculino, con edad comprendida entre 36 a 59 años, el 24,6% tienen grado de instrucción secundaria completa, el 60,4% profesan la religión católica, el 42,2% tienen ingreso económico entre 100 a 5999 nuevos soles, el 34,4% son casados.

2.1. Bases Teóricas

El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (23).

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (24).

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 (25).

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. (25)

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 (25).

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 (25).

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

a) Determinantes estructurales

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

b) Determinantes intermediarios.

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

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

c) Determinantes proximales.

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

El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y

su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones.

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (23).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (25).

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 (26).

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la Investigación

Tipo y nivel de investigación:

La investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal (27, 28).

Diseño de la investigación:

El diseño de la investigación es una sola casilla (29, 30).

3.2. Población y Muestra

Población

La población estuvo conformada por 691 Personas adultas que habitan en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres –Piura.

Muestra

El tamaño de muestra fue de 247 personas adultas y se utilizó el muestreo aleatorio simple. (ANEXO 01).

Unidad de análisis

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

Criterios de Inclusión

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

Criterios de Exclusión

- Persona adulta que tenga algún trastorno mental.

3.3. Definición y Operacionalización de Variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONÓMICO

Son características biológicas, sociales, económicas y ambientales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud (31).

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 (31).

Definición Operacional

Escala de razón:

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

Sexo

Definición Conceptual.

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (32).

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 (33).

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin instrucción
- Inicial/Primaria
- Secundaria: Incompleta / Completa
- Superior: Incompleta/ Completa

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 (34).

Definición Operacional

Escala de razón

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

Ocupación

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (35).

Definición Operacional

Escala Nominal

- Trabajador estable
- Eventual

- Sin ocupación
- Jubilado
- Estudiante

Vivienda

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (36).

Definición operacional

Escala nominal

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

Tenencia

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

Material del piso:

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

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

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

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

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

Energía Eléctrica

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

- Energía eléctrica permanente
- Vela

Disposición de basura

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

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

Eliminación de basura

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (37).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

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

Número de horas que duermen

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

Frecuencia en que se bañan

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

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

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

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

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad:

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

Alimentación

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (38).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: **Frecuencia de consumo de alimentos**

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

III. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad (39).

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) (40).

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

Escala nominal

Institución de salud atendida:

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

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- Sanidad
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

- Muy largo
- Largo
- Regular

- Corto
- Muy corto
- No sabe

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

Si () No ()

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala ordinal

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

Apoyo social organizad

Escala ordinal

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

Apoyo de organizaciones del estado

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

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnicas

En el presente trabajo de investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación del instrumento (41).

Instrumento

En el presente trabajo de investigación se utilizó el instrumento sobre determinantes de la salud de la persona adulta, elaborado por Vílchez A y consta de dos partes: Datos de identificación y la segunda parte con datos de: determinantes biosocioeconómicos (grado de instrucción, ingreso económico, condición de la actividad) y de vivienda (tipo de vivienda,

material de piso, material de techo, material de paredes, número de habitaciones, abastecimiento de agua, combustible para cocinar, energía eléctrica, frecuencia con la que recogen la basura por su casa, eliminación de basura), determinantes de estilos de vida (frecuencia de fumar, frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas, actividad física que realiza, actividad física que realizó durante más de 20 minutos) y determinantes de redes sociales y comunitarias (institución en la que se atendió los 12 últimos meses, tipo de seguro, calidad de atención que recibió).

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

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

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

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

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

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (42).

3.5. Plan de Análisis

Procedimiento para la recolección de datos:

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

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

Análisis y Procesamiento de los datos

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

<p>ocupación de la población en estudio, encontramos: obreros, conserjes, jardinería, empleadas domésticas, cocineros, almaceneros, podadores de árboles, mototaxistas, comercio. Sus viviendas son construidas de material noble, y material rustico sus calles de tierra, cuenta con luz eléctrica en las casa y con alumbrado público, poseen alcantarillado. Los principales problemas de salud son: ARAS, dengue, EDAS</p> <p>¿Cuáles son los determinantes de la salud en el adulto del Asentamiento Humano Manuel scorza Torres – Piura, 2013?</p>	<p>Alimentos que consumen las personas, hábitos personales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Determinantes de las redes sociales y comunitarias.</p>	<p>actividad física, tipo de actividad, alimentación.</p> <p>Acceso a los servicios de salud, utilización de un servicio de salud en los 12 últimos meses, institución de salud, lugar de atención que fue atendida, tipo de segura, tipo de espera en la atención, calidad de atención, pandillaje o delincuencia, apoyo social natural, apoyo social organizado, apoyo de organizaciones del estado.</p>	
--	---	--	--	--

3.7. Principios Éticos

Durante la aplicación de los instrumentos se respetaron y cumplieron los criterios éticos de (43):

Anonimato

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

Privacidad

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

Honestidad

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

Consentimiento

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

IV. RESULTADOS

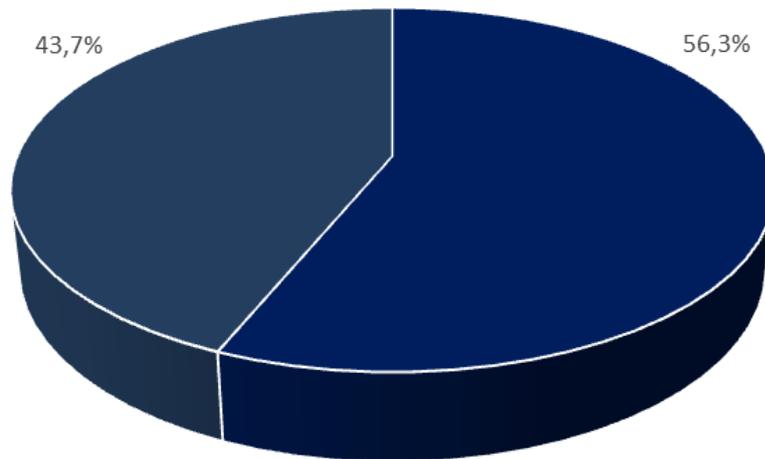
4.1. Resultados

**TABLA N° 01: DETERMINANTES DE LA SALUD
BIOSOCIOECONÓMICOS DEL ADULTO
DEL ASENTAMIENTO HUMANO
MANUEL SCORZA TORRES - PIURA,
2013**

Sexo	n	%
Masculino	139	56,3
Femenino	108	43,7
Total	247	100,0
Edad	n	%
Adulto Joven	74	30
Adulto Maduro	151	76,1
Adulto Mayor	22	8,9
Total	247	100,0
Grado de instrucción	n	%
Sin nivel e instrucción	3	1,2
Inicial/Primaria	21	8,5
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	111	44,9
Superior universitaria	56	22,7
Superior no universitaria	56	22,7
Total	247	100,0
Ingreso económico (Soles)	n	%
Menor de 750	65	26,3
De 751 a 1000	148	59,9
De 1001 a 1400	30	12,1
De 1401 a 1800	4	1,6
Total	247	100,0
Ocupación	n	%
Trabajador estable	101	40,9
Eventual	108	43,7
Sin ocupación	9	3,6
Jubilado	18	7,3
Estudiante	11	4,5
Total	247	100,0

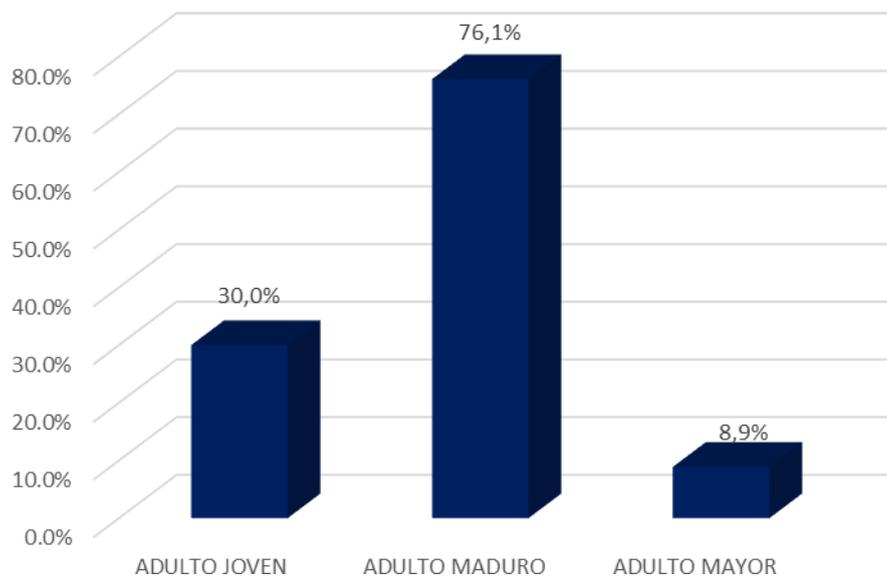
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 01: SEXO DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO
MANUEL SCORZA TORRES – PIURA, 2013**



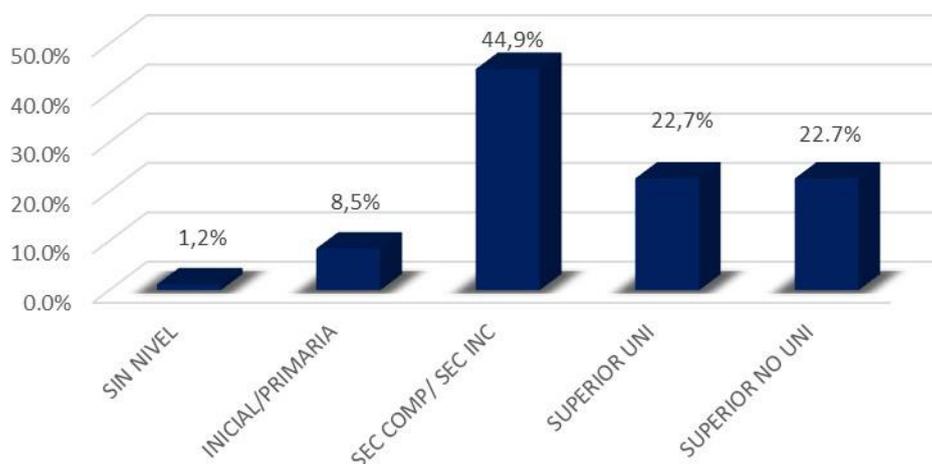
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, Aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

**GRÁFICO N° 02: EDAD DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO
MANUEL SCORZA TORRES – PIURA, 2013**



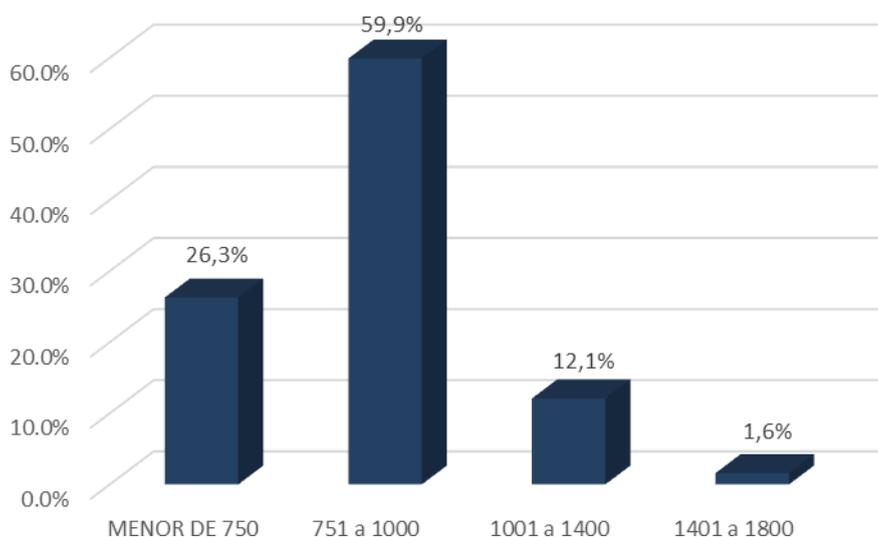
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, Aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 03: GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES – PIURA, 2013



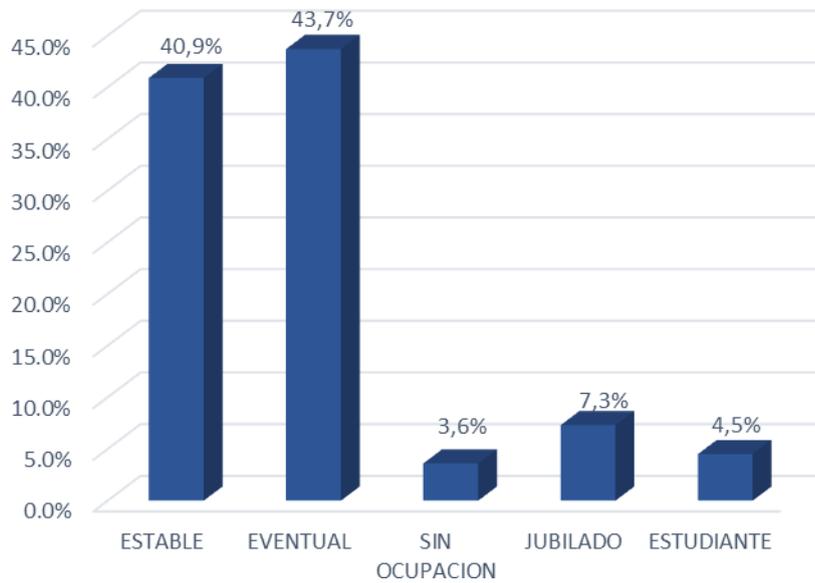
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 04: INGRESO ECONÓMICO DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES – PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 05: OCUPACIÓN DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES – PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

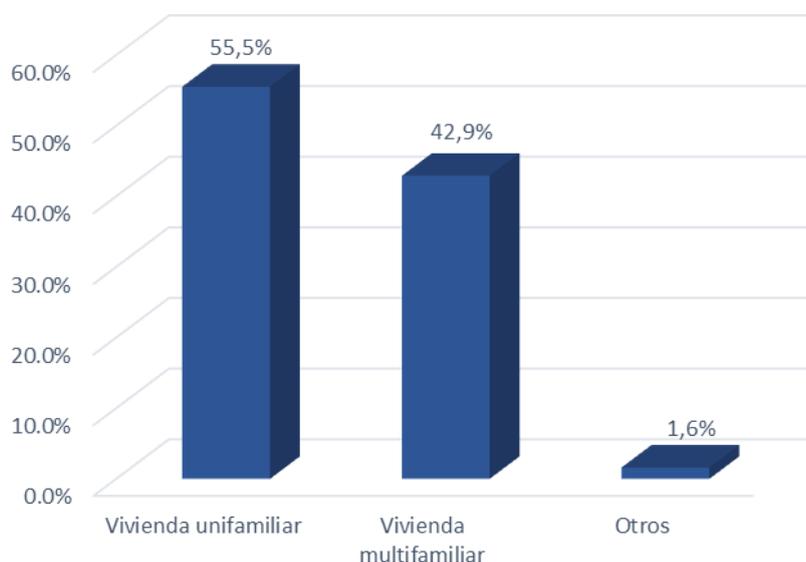
TABLA N° 02: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013

Tipo	n	%
Vivienda unifamiliar	137	55,5
Vivienda multifamiliar	106	42,9
Otros	4	1,6
Total	247	100,0
Tenencia	n	%
Alquiler	16	6,5
Cuidador/alojado	8	3,2
Alquiler venta	2	0,8
Propia	221	89,5
Total	247	100,0
Material del piso	n	%
Tierra	205	83,0
Entablado	1	0,4
Loseta, vinílicos o sin vinílico	30	12,1
Láminas asfálticas	7	2,8
Parquet, cemento	4	1,6
Total	247	100,0
Material del techo	n	%
Madera, esfera	2	0,8
Estera y adobe	5	2,0
Material noble, ladrillo y cemento	42	17,0
Eternit, calamina	198	80,2
Total	247	100,0
Material de las paredes	n	%
Madera, estera	41	16,6
Adobe	4	1,6
Estera y adobe	29	11,7
Material noble ladrillo y cemento	173	70,0
Total	247	100,0
N° de personas que duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	7	2,8
2 a 3 miembros	145	58,7
Independiente	195	38,5
Total	247	100,0
Abastecimiento de agua	n	%
Acequia	2	0,8
Cisterna	2	0,8
Red pública	13	5,3
Conexión domiciliaria	230	93,1
Total	247	100,0
Eliminación de excretas	n	%
Aire libre	3	1,2
Letrina	2	0,8
Baño publico	2	0,8
Baño propio	240	97,2
Total	247	100,0

Combustible para cocinar	n	%
Gas, Electricidad	228	92,3
Leña, carbón	12	4,9
Carca de vaca	7	2,8
Total	247	100,0
Energía eléctrica	n	%
Sin energía	4	1,6
Lámpara (no eléctrica)	1	0,4
Energía eléctrica temporal	8	3,2
Energía eléctrica permanente	234	94,7
Total	247	100,0
Disposición de basura	n	%
A campo abierto	1	0,4
En un pozo	3	1,2
Se entierra, quema, carro recolector	243	98,4
Total	247	100,0
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	n	%
Diariamente	5	2,0
Todas las semana pero no diariamente	38	15,4
Al menos 2 veces por semana	198	80,2
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	6	2,4
Total	247	100,0
Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	n	%
Carro recolector	216	87,4
Montículo o campo limpio	2	0,8
Contenedor específico de recogida	9	3,6
Vertido por el regadero o desagüe	20	8,1
Total	247	100,0

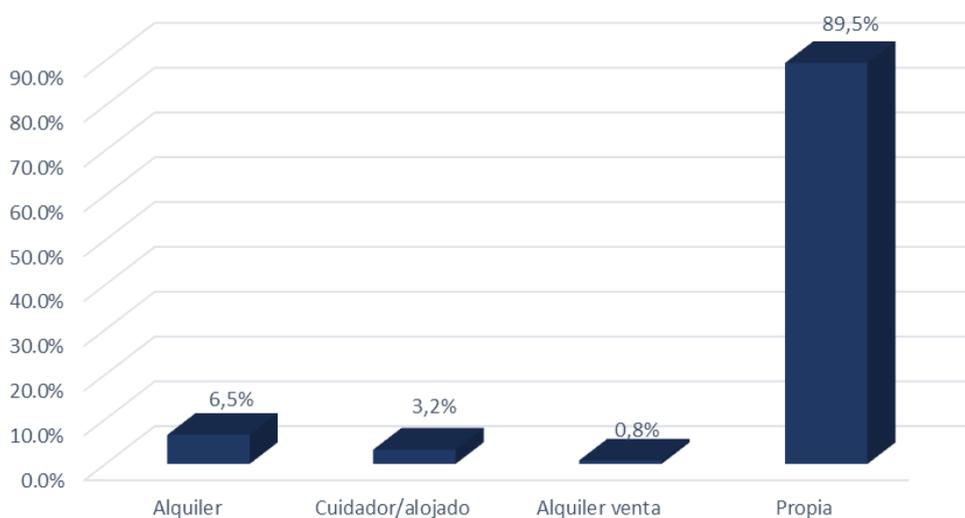
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 06.1: TIPO DE VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



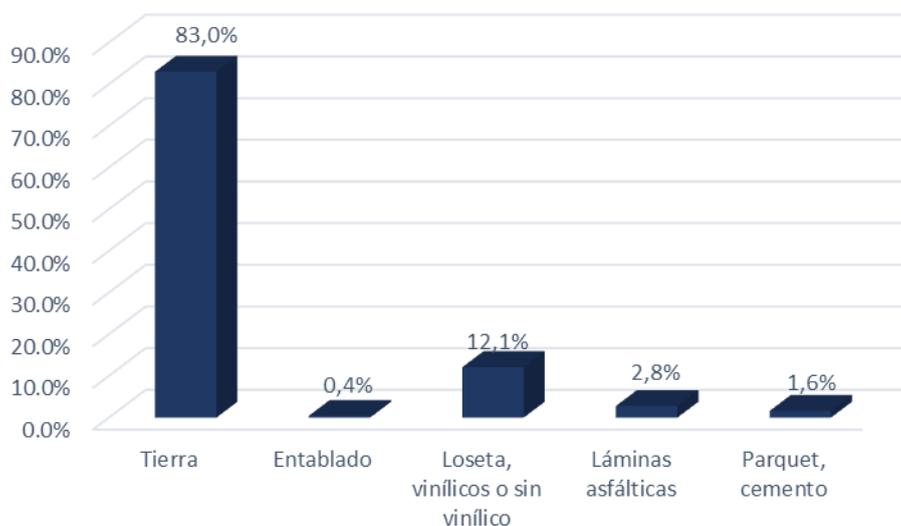
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 06.2: TENENCIA DE LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



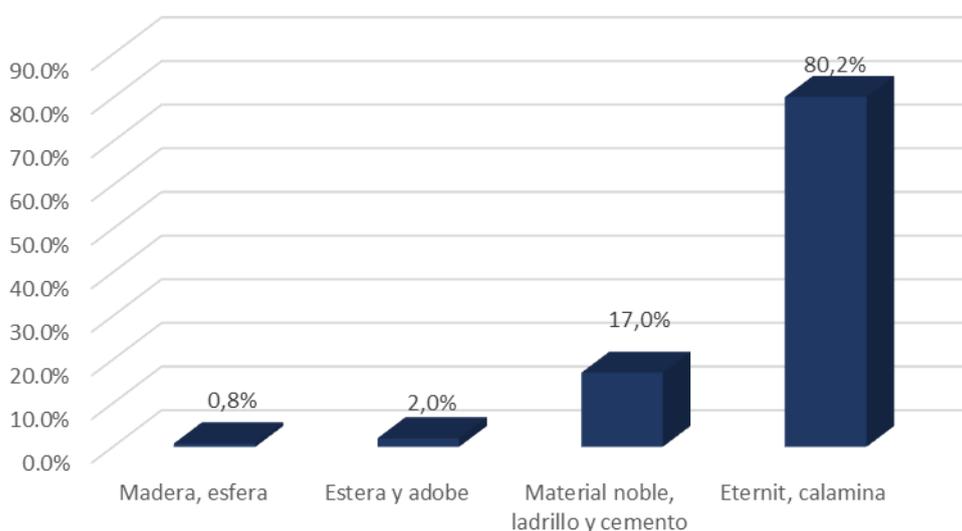
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 06.3: MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



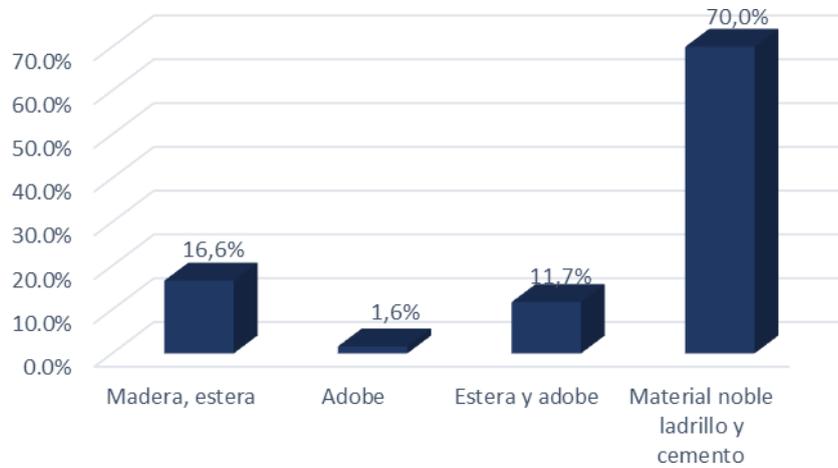
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 6.4: MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



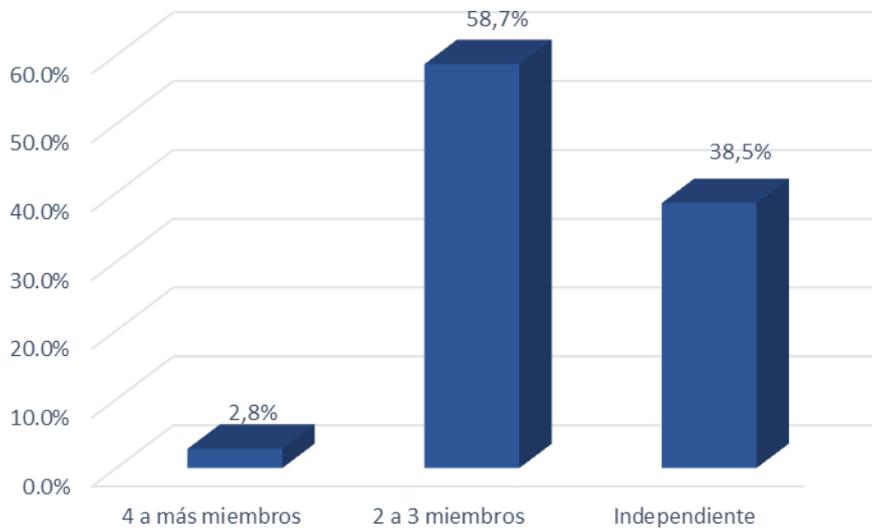
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 6.5: MATERIAL DE PAREDES DE LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



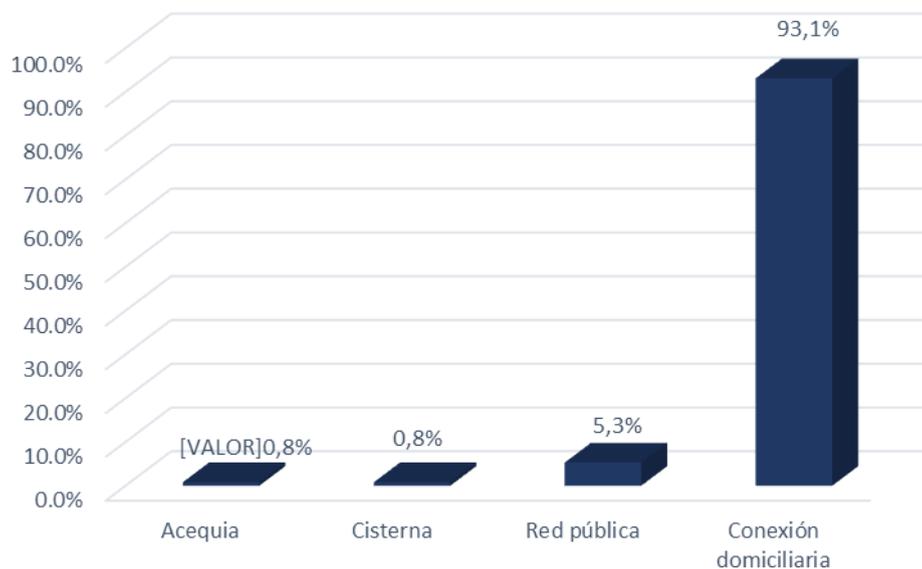
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 6.6: NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN EN LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



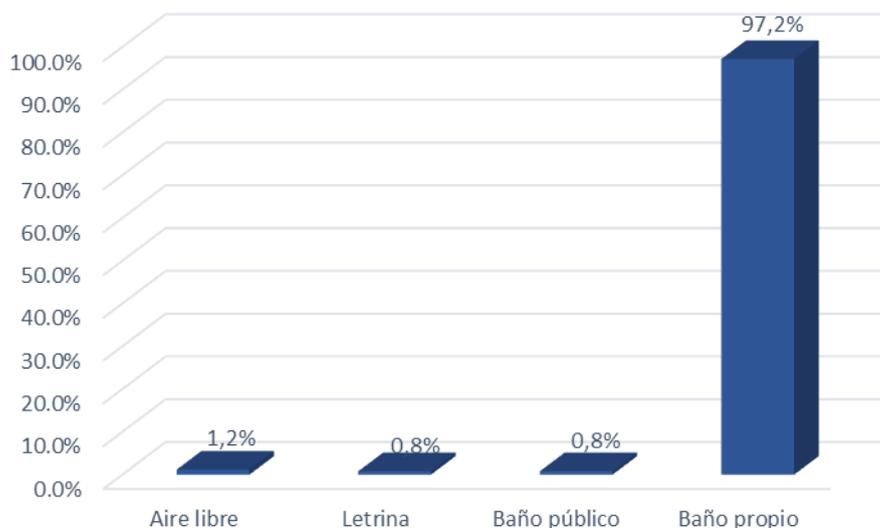
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 7: ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



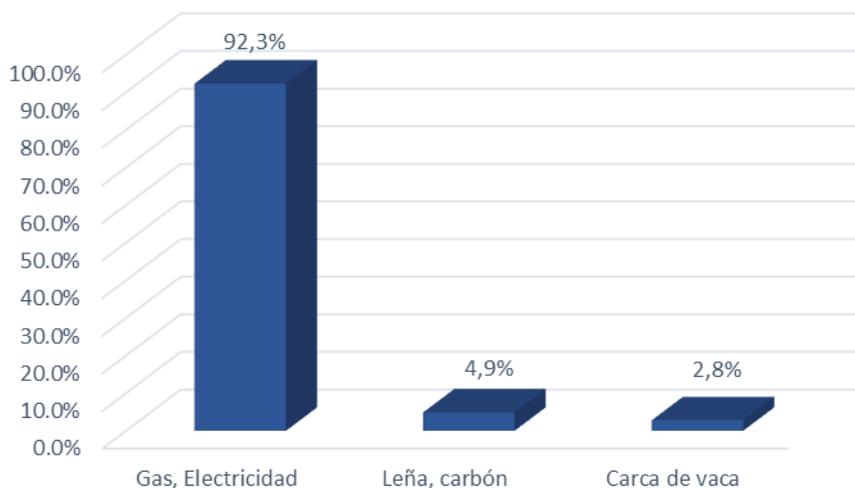
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 8: ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



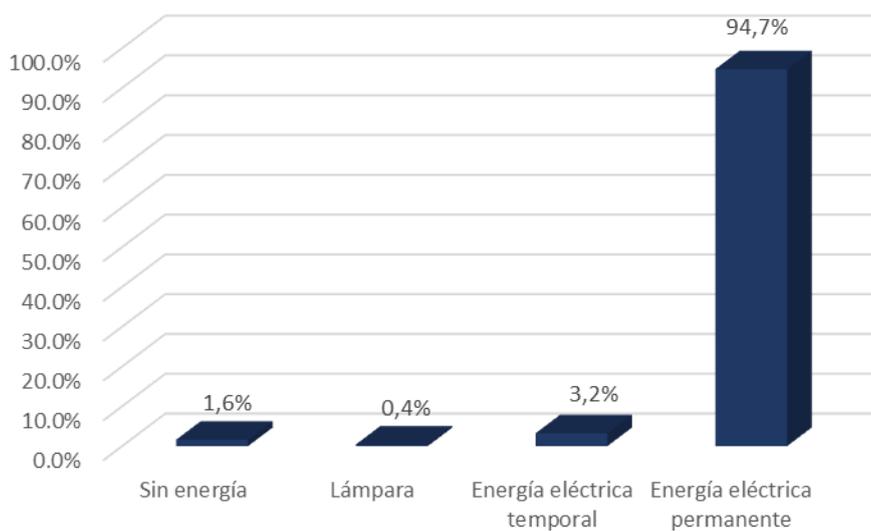
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 9: COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



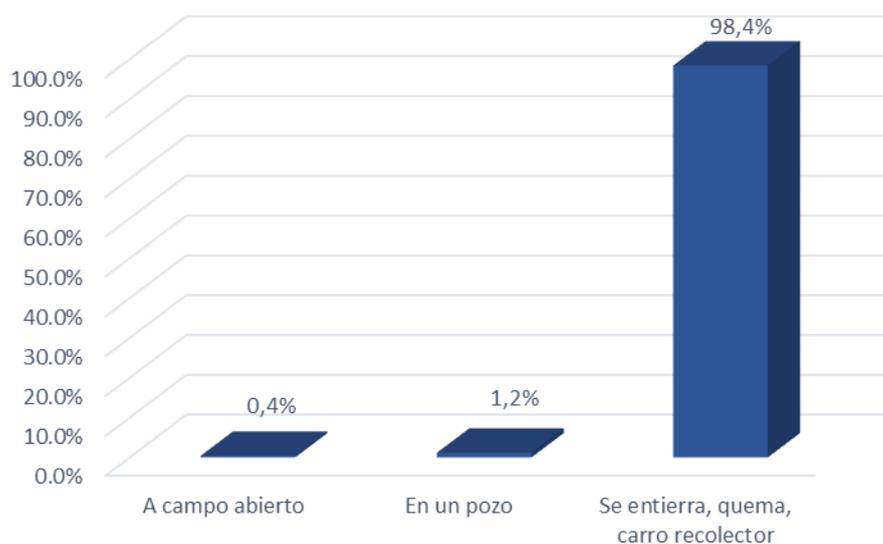
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 10: ENERGÍA ELÉCTRICA EN LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



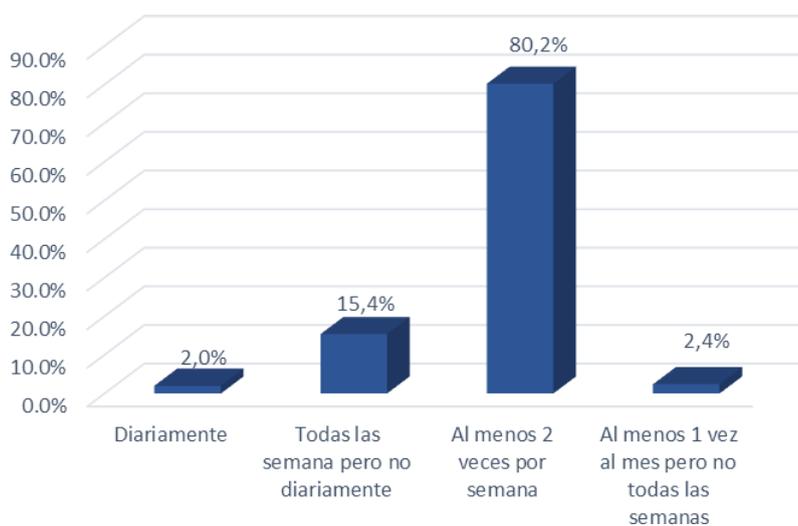
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 11: DISPOSICIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



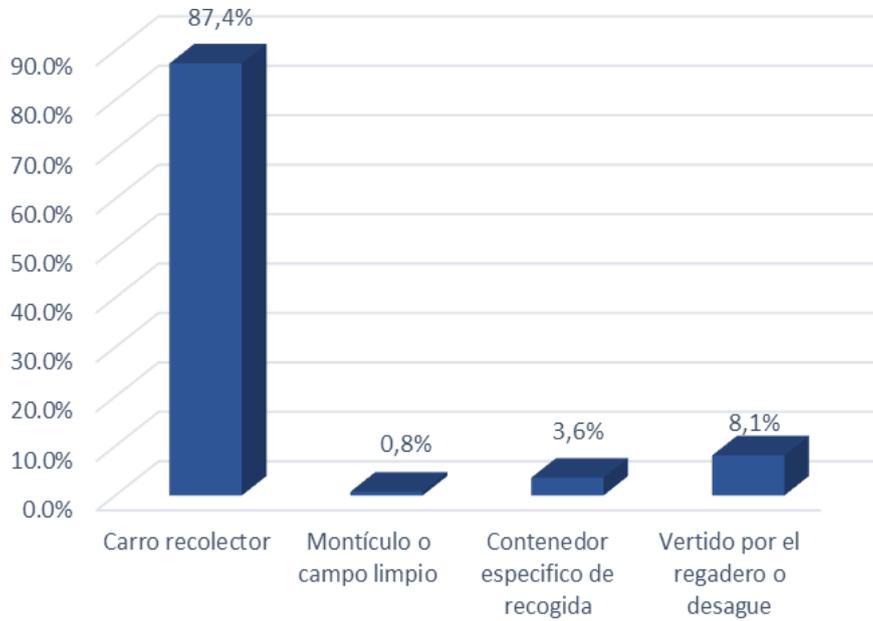
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 12: FRECUENCIA QUE RECOJEN BASURA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 13: ELIMINACIÓN DE BASURA EN LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

TABLA N° 03: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013

Fuma actualmente:	n	%
Si fumo, diariamente	5	2,0
Si fumo, pero no diariamente	35	14,2
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	110	44,5
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	97	39,3
Total	247	100,0
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n	%
Diario	3	1,2
Dos a tres veces por semana	4	1,6
Una vez a la semana	3	1,2
Una vez al mes	14	5,7
Ocasionalmente	179	72,5
No consumo	44	17,8
Total	247	100,0
N° de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	230	93,1
[08 a 10)	17	6,9
Total	247	100,0
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	242	98,0
4 veces a la semana	5	2,0
Total	247	100,0
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	n	%
Si	97	39,3
No	150	60,7
Total	247	100,0
Actividad física que realiza en su tiempo libre	n	%
Caminar	82	33,2
Deporte	77	31,2
Gimnasia	1	0,4
No realizo	87	35,2
Total	247	100,0
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	n	%
Caminar	92	37,2
Gimnasia suave	9	3,6
Juegos con poco esfuerzo	5	2,0
Correr	3	1,2
Deporte	65	26,3
Ninguna	73	29,6
Total	247	100,0

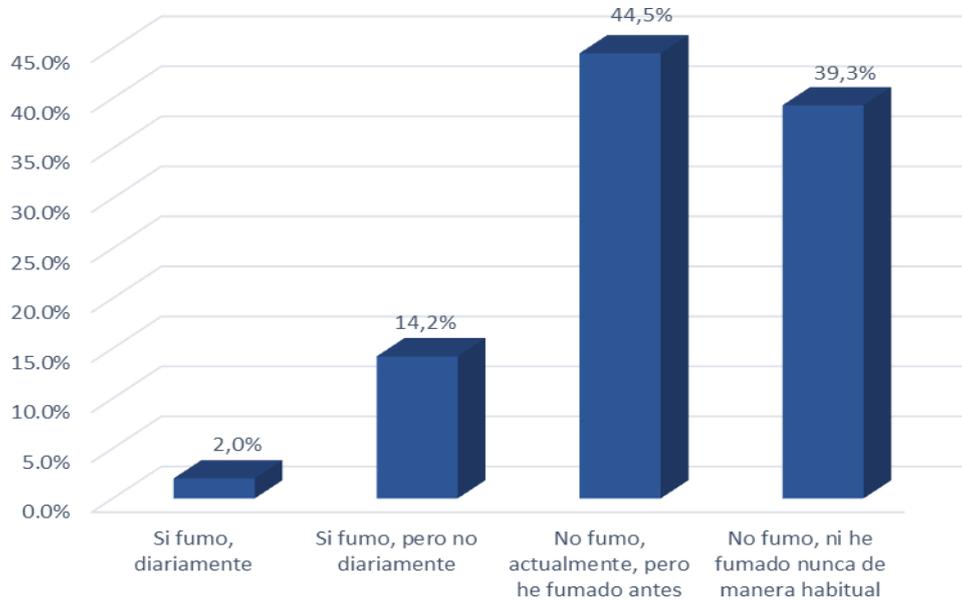
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

TABLA N° 03: ALIMENTACIÓN DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frutas	77	31,2	133	53,8	30	12,1	7	2,8	0	0	247	100,0
Carne	133	53,8	94	38,1	17	6,9	3	1,2	0	0	247	100,0
Huevos	102	41,3	128	51,8	15	6,1	2	0,8	0	0	247	100,0
Pescado	41	16,6	160	64,8	42	17,0	3	1,2	1	0,4	247	100,0
Fideos	130	52,6	95	38,5	20	8,1	1	0,4	0	0	247	100,0
Pan, cereales	82	33,2	126	51,0	31	12,6	7	2,8	1	0,4	247	100,0
Verduras, hortalizas	32	13,0	138	55,9	65	26,3	11	4,5	1	0,4	247	100,0
Legumbres	61	24,7	93	37,7	69	27,9	22	8,9	2	0,8	247	100,0
Embutidos, enlatados	14	5,7	81	32,8	72	29,1	58	23,5	22	8,9	247	100,0
Lácteos	48	19,4	107	43,3	66	26,7	18	7,3	8	3,2	247	100,0
Dulces, gaseosas	19	7,7	96	38,9	77	31,2	40	16,2	15	6,1	247	100,0
Refrescos con azúcar	35	14,2	103	41,7	56	22,7	32	13,0	21	8,5	274	100,0
Frituras	70	28,3	122	49,4	32	13,0	13	5,3	10	4,0	247	100,0

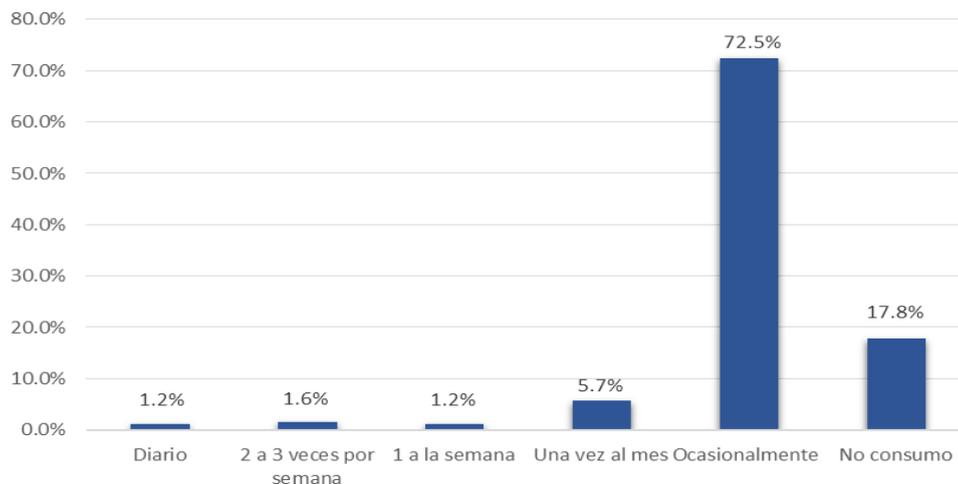
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 14: FUMA ACTUALMENTE EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



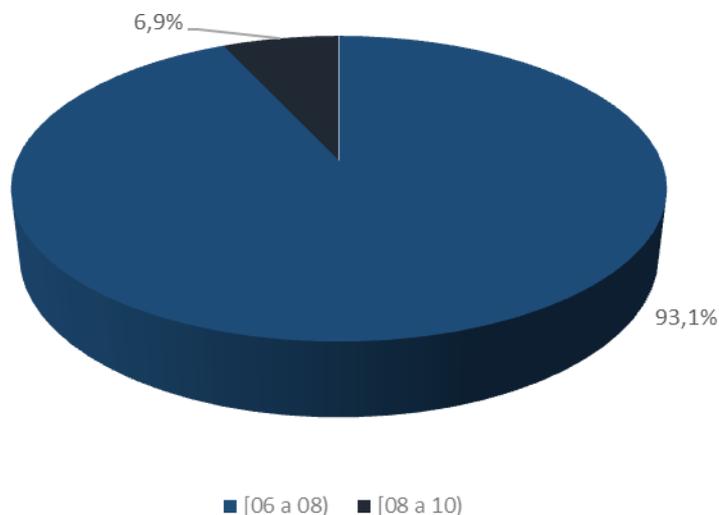
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 15: FRECUENCIA QUE INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



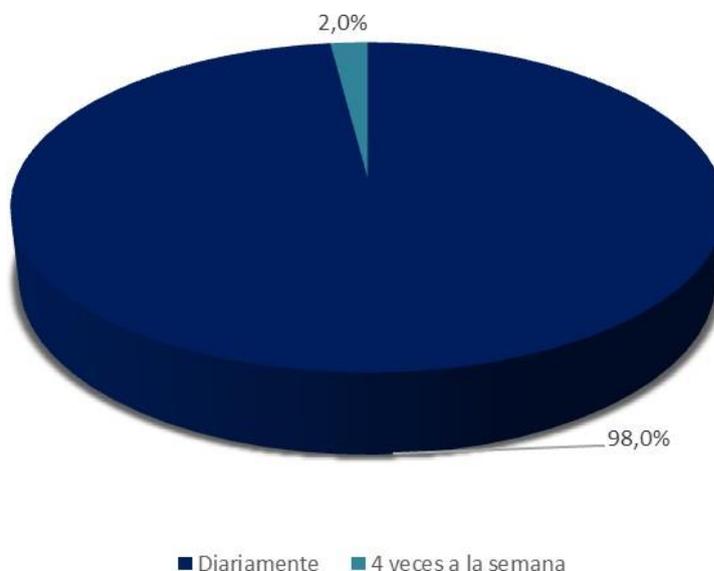
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 16: NÚMERO DE HORAS QUE DUERME EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



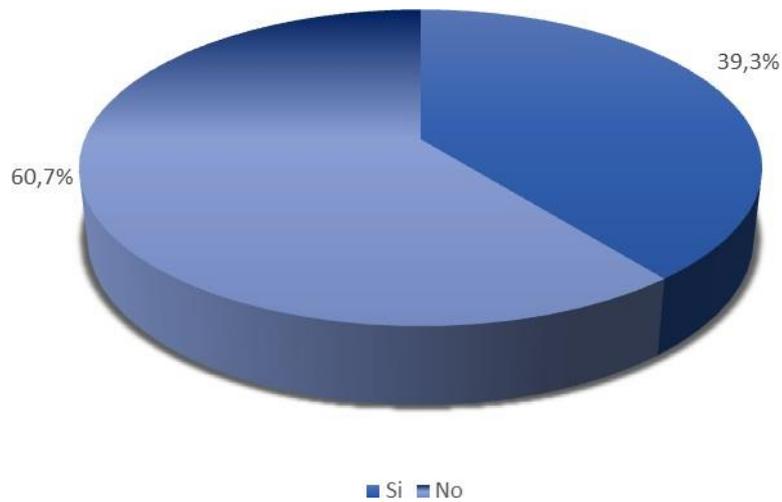
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 17: FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑA EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



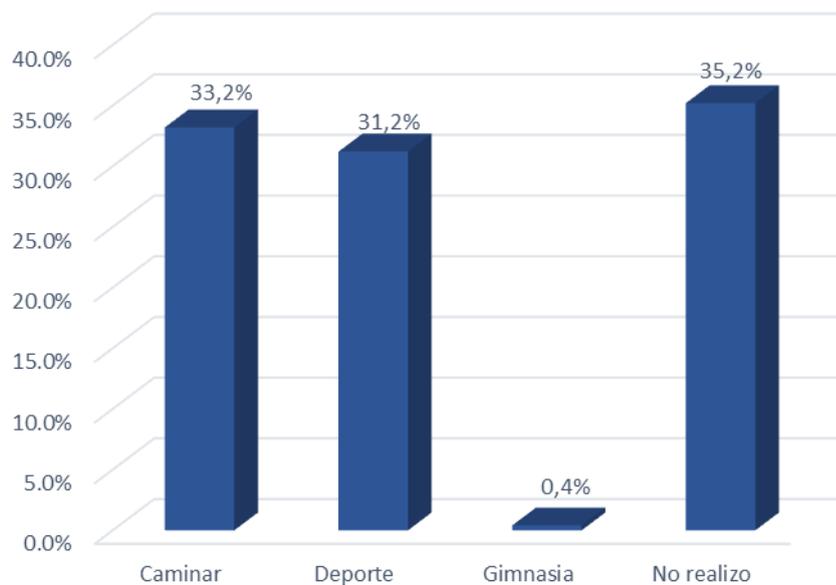
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 18: EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



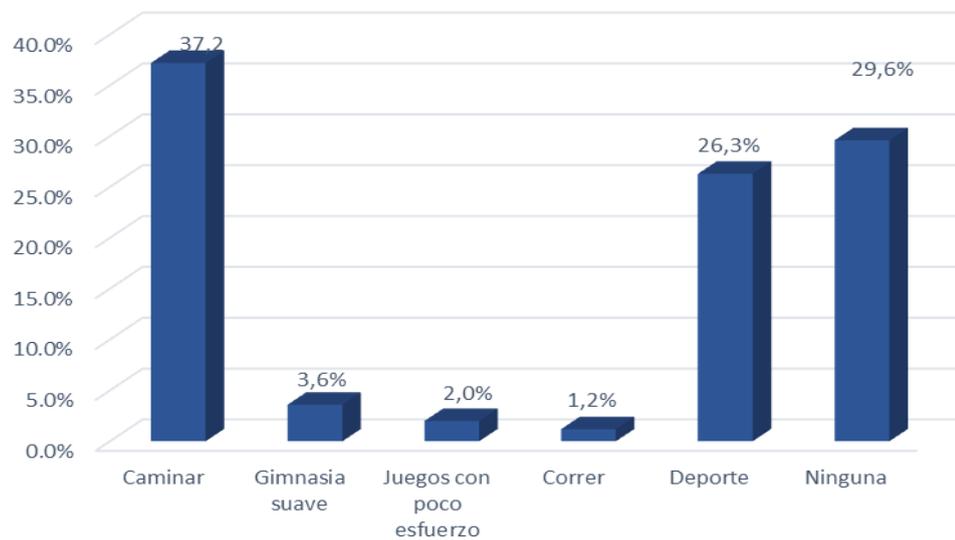
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 19: ACTIVIDAD FÍSICA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



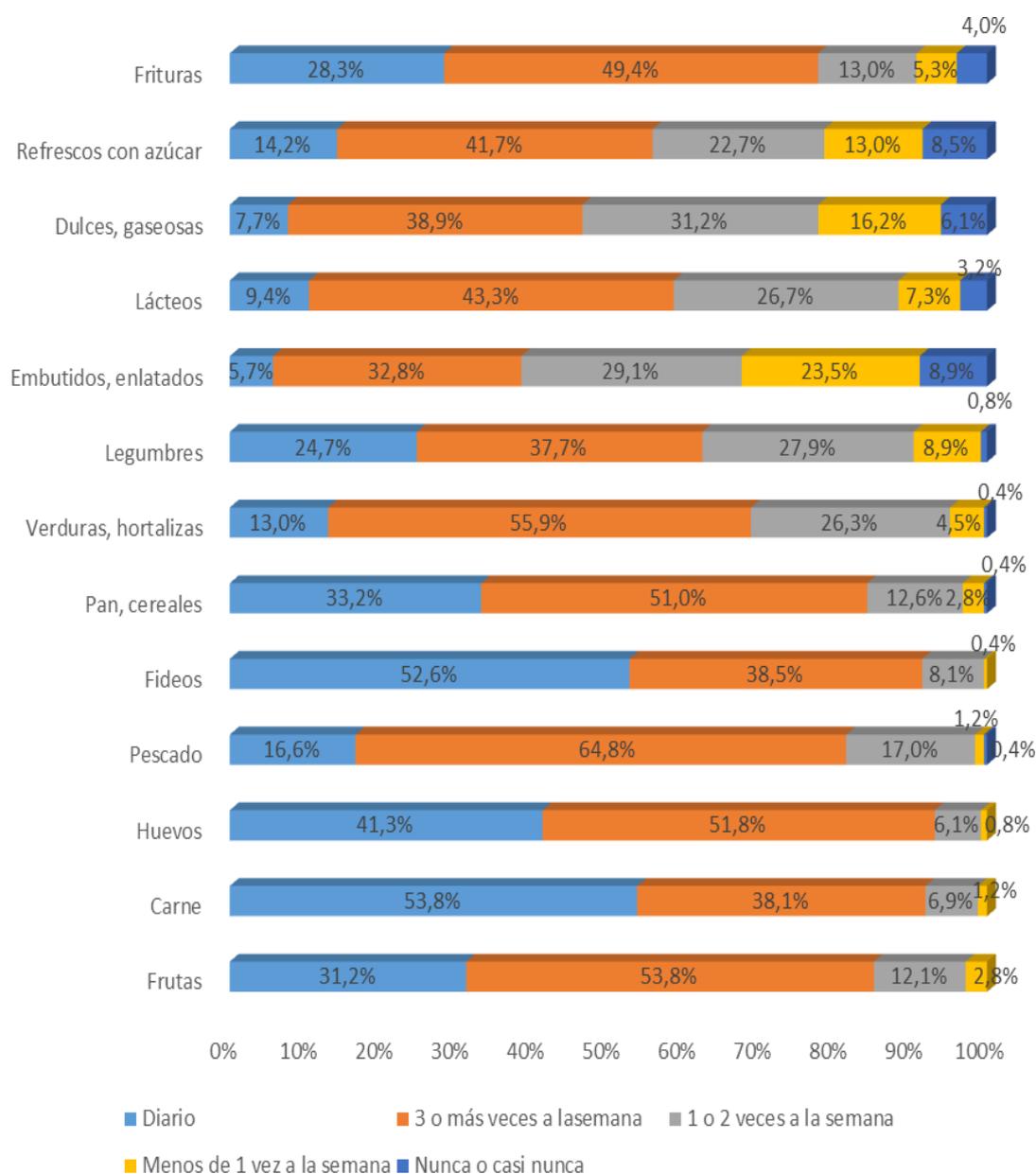
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 20: ACTIVIDAD FÍSICA EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 21: FRECUENCIA QUE CONSUME LOS ALIMENTOS EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



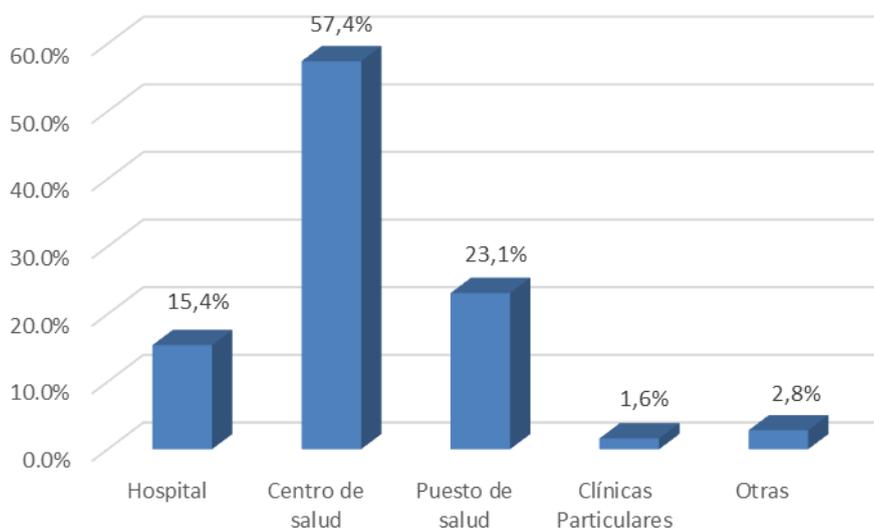
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vélchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

TABLA N° 4: DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	38	15,4
Centro de salud	141	57,4
Puesto de salud	57	23,1
Clínicas particulares	4	1,6
Otras	07	2,8
Total	247	100
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n	%
Muy cerca de su casa	10	4,0
Regular	189	76,5
Lejos	33	13,4
Muy lejos de su casa	5	2,0
No sabe	10	4,0
Total	247	100
Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	49	19,8
SIS – MINSA	155	62,8
SANIDAD	13	5,3
Otros	30	12,1
Total	247	100
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	33	13,4
Largo	101	40,9
Regular	96	38,9
Corto	6	2,4
Muy corto	1	0,4
No sabe	10	4,0
Total	247	100
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	n	%
Muy buena	4	1,6
Buena	157	63,6
Regular	72	29,1
Mala	3	1,2
Muy mala	2	0,8
No sabe	9	3,6
Total	247	100
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	n	%
Si	244	98,8
No	3	1,2
Total	247	100

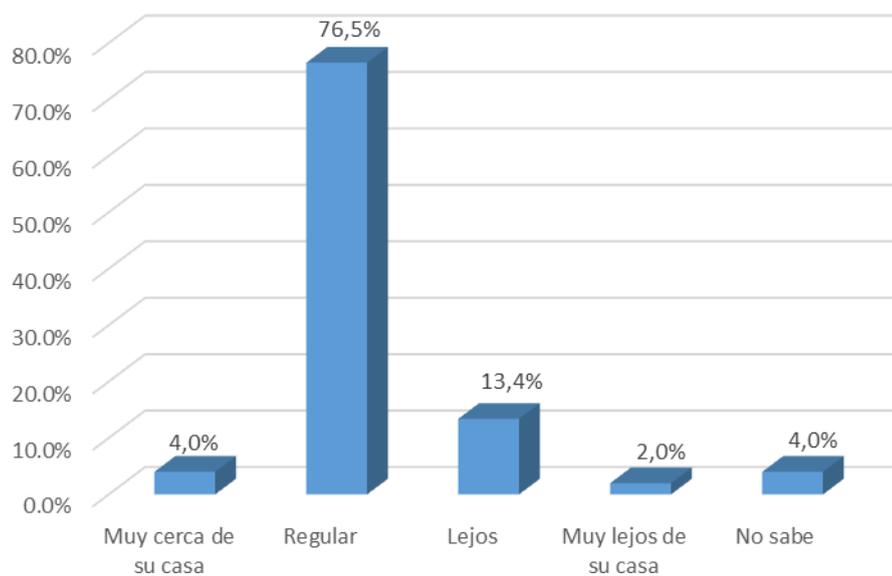
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 22: INSTITUCIÓN EN LA QUE SE ATENDIÓ EN LOS ÚLTIMOS MESES EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



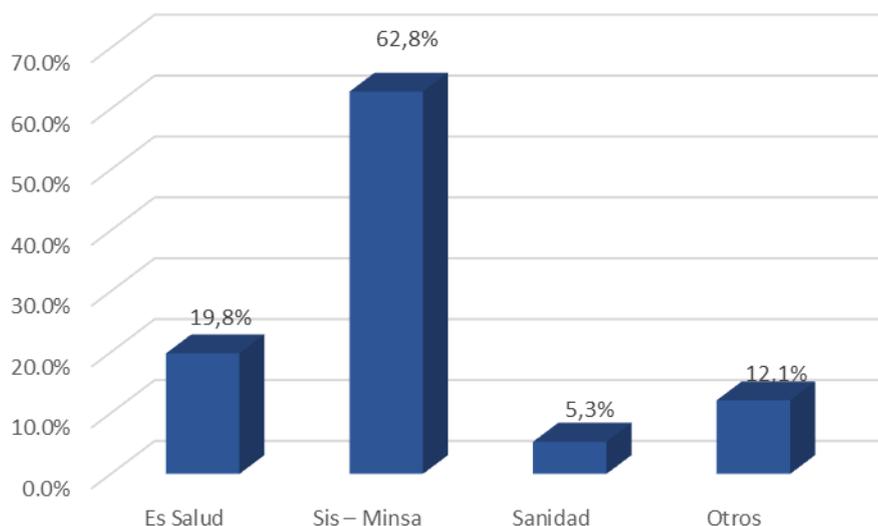
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 23: CONSIDERACIÓN DE DISTANCIA DONDE SE ATENDIÓ EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



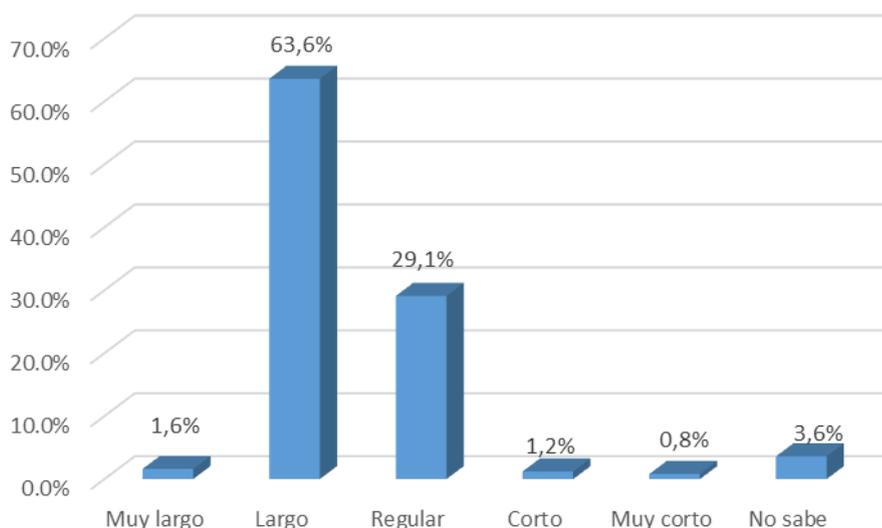
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 24: TIPO DE SEGURO QUE TIENE EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



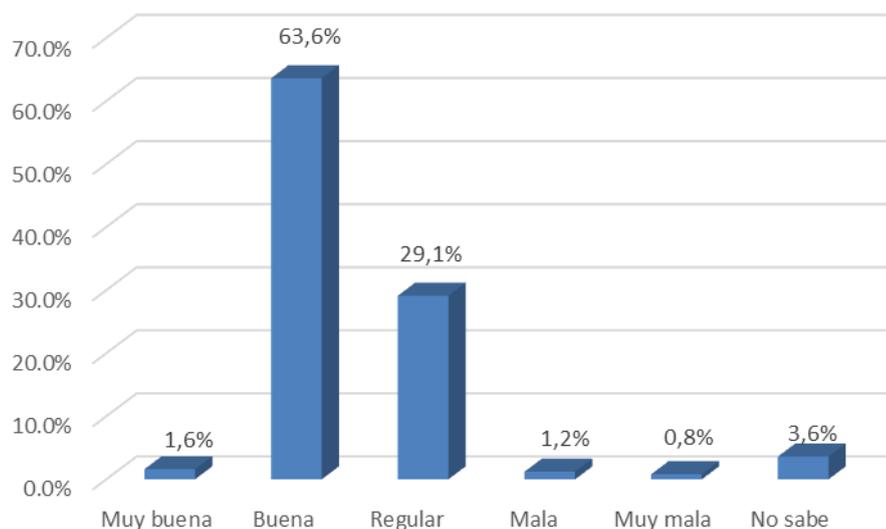
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 25: TIEMPO QUE ESPERÓ PARA ATENDERSE EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



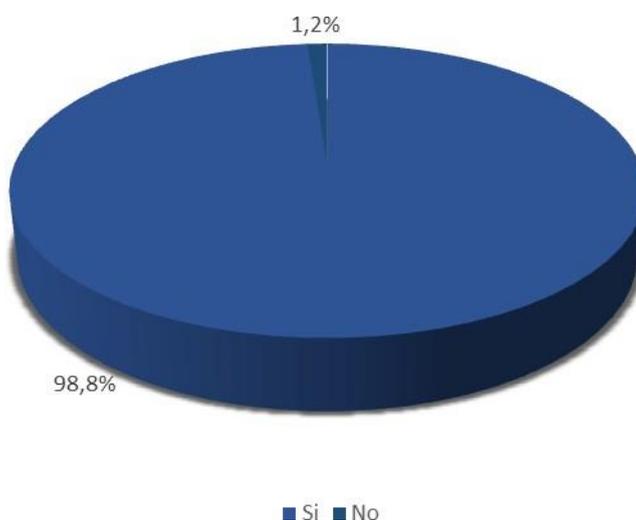
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 26: CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 27: EXISTE PANDILLAJE CERCA DE LA CASA DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



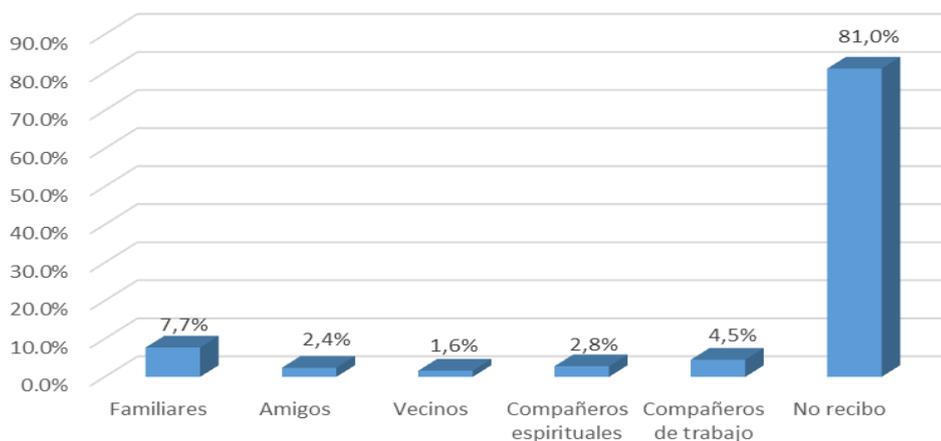
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

TABLA N° 05: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013

Recibe algún apoyo social natural:	n	%
Familiares	19	7,7
Amigos	6	2,4
Vecinos	4	1,6
Compañeros espirituales	7	2,8
Compañeros de trabajo	11	4,5
No recibo	200	81,0
Total	247	100,0
Recibe algún apoyo social organizado:	n	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	2	0,8
Seguridad social	8	1,2
Empresa para la que trabaja	10	4,0
Instituciones de acogida	4	1,6
Organizaciones de voluntariado	8	3,2
No recibo	220	89,1
Total	247	100,0

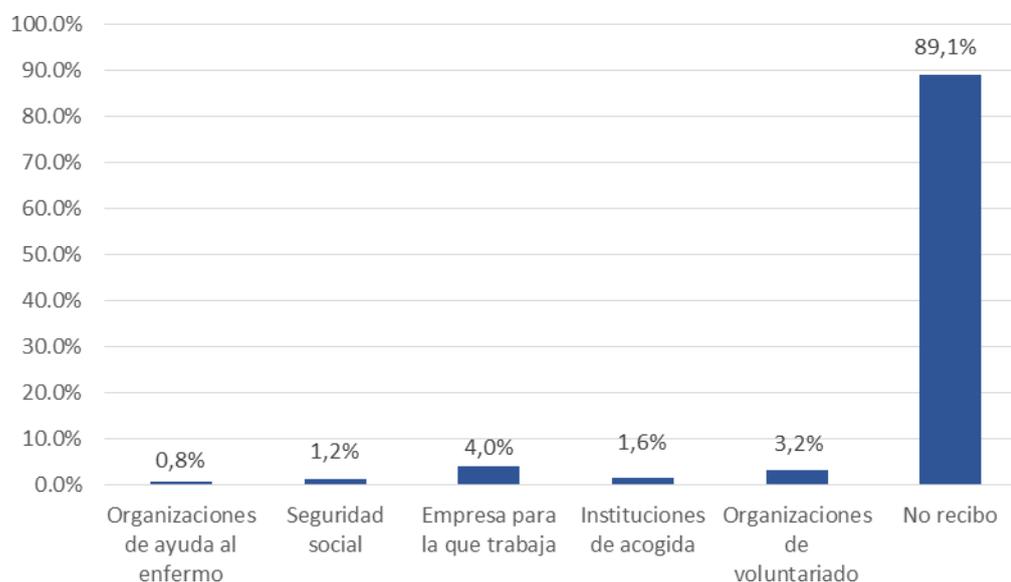
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 28: RECIBE APOYO SOCIAL NATURAL EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 29: RECIBE APOYO SOCIAL ORGANIZADO EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



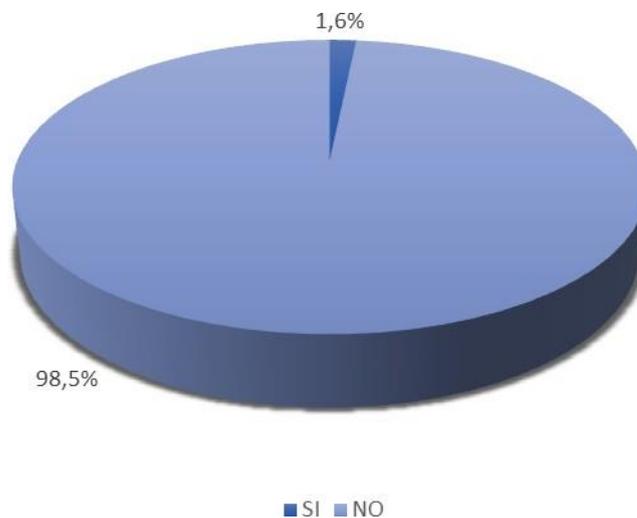
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 201

TABLA N° 06: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO DEL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013

Apoyo social de las organizaciones	SI		NO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Pensión 65	4	1,6	243	98,4	247	100,0
Comedor popular	45	18,2	202	81,8	247	100,0
Vaso de leche	99	40,1	148	59,9	247	100,0
Otros	57	23,1	190	76,9	247	100,0

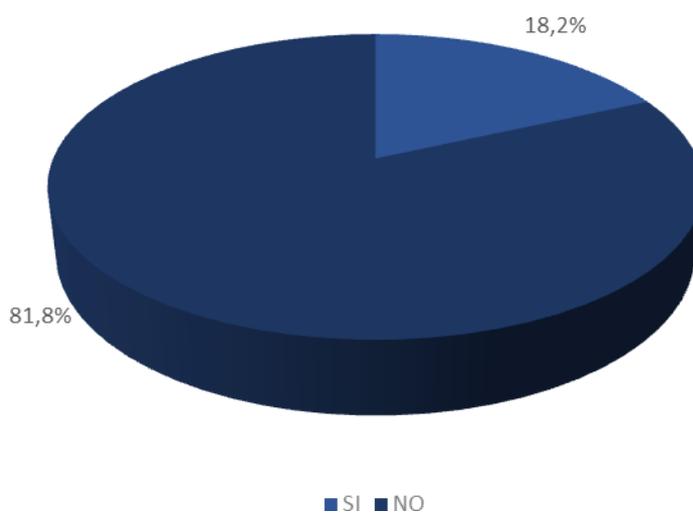
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 30.1: RECIBE PENSIÓN 65 EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



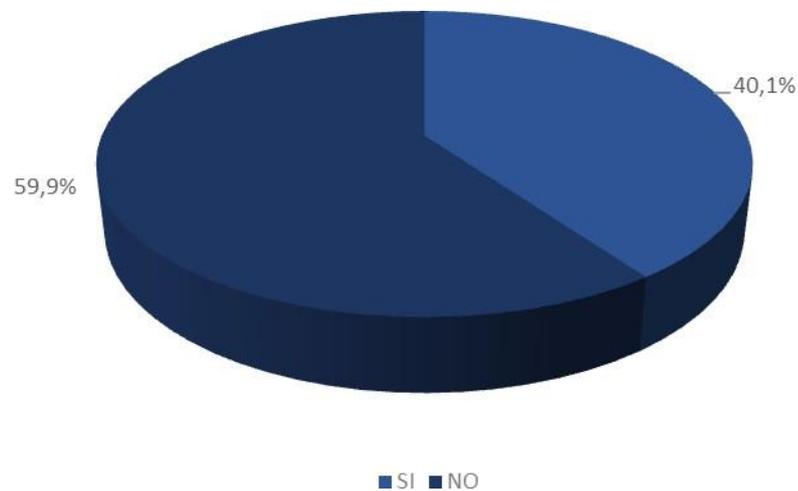
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 30.2: RECIBE APOYO DEL COMEDOR POPULAR EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



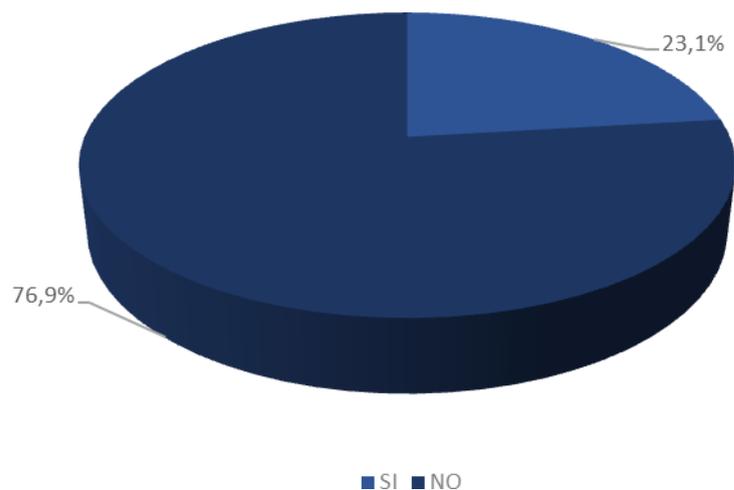
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 30.3: RECIBE APOYO DEL VASO DE LECHE EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

GRÁFICO N° 30.4: RECIBE APOYO DE OTRAS ORGANIZACIONES EL ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA, 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por Vílchez, A, aplicada al adulto en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013

4.1. Análisis de Resultados

A continuación se presenta el análisis de los resultados de las variables de las determinantes de la salud del adulto del Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres - Piura, 2013.

En la tabla N° 01: Sobre Determinantes de la salud biosocioeconómico del adulto del Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres. Se observa que el 56,3% de la población encuestada son del sexo masculino; el 76,1% están en la etapa adulto maduro; el 44,9% tienen un grado de instrucción de secundaria completa/ secundaria incompleta; el 59,9% tienen un ingreso económico familiar de 750 a 1000 soles y el 43,7% tiene trabajo eventual.

Los resultados del presente estudio se asemejan a los encontrados por Ayala J. (44), en la tesis titulada Determinantes de la Salud de los adultos del Caserío de Chua Bajo Sector S-Huaraz, 2013, se muestra que los determinantes biosocioeconómicos, con respecto al sexo el 52,5% son de sexo masculino, el 46,3% tiene secundaria completa/ incompleta, el 43,2% tienen como ocupación trabajo eventual, referente al ingreso económico el 37,5% perciben un ingreso económico de 751 a 1000 nuevos soles.

Los resultados se asemejan a los encontrados por Santillan Y. (45), en su tesis titulada Determinantes de salud de los adultos en el Centro Poblado de Paltay Sector "C" Lucma Taricá, 2013, se observa que el mayor porcentaje de los adultos en un 53,9% son de sexo masculino, el 44,7%, tiene secundaria completa/incompleta, el 72,4% tienen ocupación eventual, el 43,4% son adulto maduro, el 84,2% sin embargo difiere en la variable ingreso económico el cual es menor de 750 soles.

Estos resultados difieren con Garay, N (46) en su estudio de Determinantes de la Salud en la persona Adulta de la asociación El Morro II-Tacna, 2013, obteniendo como resultado que las variables de edad representa 71,6% son

adulto joven, el 56,4% tiene grado de instrucción secundaria completa e incompleta. En lo que respecta al ingreso económico el 57,2% cuenta con ingreso menor de 750 soles.

Los resultados del presente estudio difieren a los encontrados por Gamarra C. (47), en la tesis titulada Determinantes de la Salud de la Persona Adulta del Asentamiento Humano Santa Teresita – Sullana, 2013, se evidencia la distribución según la variable Determinantes de la salud biosocioeconómicos, se observa que el 60,20% de la población es de sexo femenino, el 52,74% es adulto maduro, el 69,65% tiene un ingreso económico menor de 750 nuevos soles y que el 53,23% es trabajador eventual; el 51,74% tiene grado de instrucción secundaria.

Las identidades de género femeninas se han construido históricamente a partir de un eje central, la sexualidad. Esta se expresa en dos formas: una, en tanto seres capaces de reproducir biológicamente otro individuo, la maternidad; y otra, en su capacidad de dar placer a otros. El cuerpo femenino ha sido construido como destinado a otros, y su identidad, consecuentemente, como un “ser para otros” que se expresa, no sólo en la sexualidad, sino también en sus actividades y en sus relaciones con el poder. (48).

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (49).

La palabra sexo descende del latín dividir originalmente se refiera nada más que a la división del género humano en dos grupos: mujer u hombre (50).

Se encontró según el sexo en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres, se observa que la mayoría de las personas adultas se encontraron de sexo masculino, ya que al momento en que se realizó la encuesta eran los mismos quienes como jefes del hogar ellos me brindaron la información de los cuales son albañiles y maestros de obra, algunos cuentan con pequeñas bodegas con productos de primera necesidad en sus domicilios para ayudarse económicamente.

La edad madura empieza cuando la persona es consciente de que los mejores años de su vida están pasando, entenderemos porqué en esta etapa de la vida se realiza un balance de los logros y el cumplimiento de metas y surge la pregunta de si todavía hay tiempo para corregir errores. Esto conduce a que esta época sea de reflexión y de comparaciones entre expectativas, esperanzas, sueños y deseos, con la realidad alcanzada (50).

La edad, con origen en el latín *aetas*, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La noción de edad brinda la posibilidad, entonces, de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales (51).

Edad adulta hasta el siglo XX el concepto de desarrollo a lo largo de la vida fue ignorado por la mayoría de los científicos. Actualmente los psicólogos evolutivos estudian con atención el desarrollo de los adultos dividiendo la vida adulta en diversas etapas. Existen pocos criterios científicos para señalar el cambio de un periodo a otro, los límites que señalan el inicio y final de cada etapa son más arbitrarios que en la infancia. Para facilitar su estudio se divide la edad adulta en tres partes: la temprana o juventud, la edad media o madurez y la edad tardía. Sin embargo debemos tomar en cuenta que la vida de cada uno difiere tan drásticamente de las de los demás (52).

Según los resultados encontrados en la siguiente investigación en la variable edad en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres la mayoría de las personas son adultos maduros, debido a que por lo mismo se observó que ellos tuvieron la iniciativa de participar en dicha investigación siendo los jefes de hogar, en esta etapa los adultos son responsables, padres de familia, trabajadores, emprendedores que velan por el bienestar de su familias.

El Plan FinEs (Plan de Finalización de Estudios Primarios y Secundarios) es una política educativa del Ministerio de Educación de la Nación, que se encuentra vigente en todas las jurisdicciones, siendo las autoridades provinciales quienes lo implementan. Su propósito es ofrecer a los jóvenes y adultos de todo el país un plan específico adaptado a sus posibilidades y necesidades, para la finalización de sus estudios primarios y/o secundarios. Está dirigido A todas las personas mayores de 18 años que no hayan finalizado sus estudios primarios/secundarios (53).

Las escuelas secundarias adquieren varios sentidos para los adolescentes que son sus alumnos que permiten apreciar una relación compleja y a veces contradictoria con las instituciones educativas; sentidos que ponen al descubierto esos puntos ciegos y de ruptura entre lo institucional y lo individual, pero también los puntos de aproximación y encuentro, ya que la diversidad identitaria de los adolescentes no necesariamente es contradictoria con una visión de éxito escolar, con el gusto y aprecio por los estudios y, la identificación de las escuelas como instituciones que proporcionan bases fundamentales para la formación y para el desenvolvimiento eficaz de los sujetos en futuros contextos escolares, laborales y familiares. (54).

El Grado de instrucción 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 (ciclos de Educación General Básica y Polimodal) (55).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática, define al grado de instrucción como las etapas educativas del sistema educativo, correspondiente a las diversas fases del desarrollo personal de los educandos (56).

Se evidencia en los resultados encontrados en la variable grado de instrucción en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres más de la mitad tienen secundaria: incompleta/completa debido a que tenían que trabajar para ayudar económicamente a sus familias algunos pobladores, son albañiles y tiene que trabajar para ganarse algo, porque se comprometían desde una edad temprana y salían embarazadas y tenían que conformar su familia y como ya se dedicaban al cuidado de su hogar ya no podían estudiar.

Cantidad de Dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. Son fuentes de Ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, Ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás. El ingreso económico de un individuo depende del grado de instrucción que haya recibido por lo que se considera vital tratar de que la población reciba los conocimientos y competencias suficientes para acceder a mejores remuneraciones y por lo tanto a acceso a recursos y a servicios dentro de los cuales se incluye a salud (57).

El salario mínimo es la remuneración mínima mensual que debe recibir un trabajador en la actividad privada por una jornada laboral de ocho horas diarias. De acuerdo con la Constitución Política en su artículo 24, “las remuneraciones mínimas se regulan por el Estado con participación de las

organizaciones representativas de los trabajadores y los empleadores”. Esto significa que la determinación no depende del mercado, sino de una decisión política, aunque se supone con sustento técnico. Los convenios de la Organización internacional del Trabajo, señalan que corresponde al Estado fijar la remuneración mínima de los trabajadores que laboran en la actividad privada. Durante el gobierno actual, el salario mínimo aumentó de 600 a 750 nuevos soles entre agosto de 2011 y junio de 2012; quedó establecido que la siguiente revisión sería a partir del 1 de enero de 2014 (desde esa óptica, siempre estuvo en agenda) (58).

Al analizar la variable ingreso económico en el Asentamiento Humano Manuel Scorza la mayoría tiene ingreso económico familiar de 750-1000 debido a que estas personas, no cuentan con un nivel de estudios universitarios las cuales no les permite generar más ingresos, y ellos ven las formas de generar su economía en la familia para que así no les falte lo más importante que son las necesidades básicas.

El Trabajo eventual es una modalidad contractual que engloba aquellas formas laborales en las cuales está ausente por completo la idea de permanencia o estabilidad del trabajador. Precizando más el concepto, podría decirse que este tipo de contrato se caracteriza por establecer, entre las partes (empleador y trabajador), una relación laboral de carácter transitorio, accidental, u ocasional, que se realiza para obtener un resultado concreto, a través de la prestación de algún servicio o la realización de alguna obra de parte del dependiente (59).

El trabajo puede ser considerado como un hecho o construcción social reproducida por los individuos y condicionado por el armazón cultural de cada época histórica, de manera que el concepto de trabajo ha sido constantemente redefinido. El trabajo ha devenido en un concepto central en las sociedades occidentales. En torno al mismo se ordenan las diferentes esferas tanto públicas como privadas de la sociedad y de los individuos. El

trabajo es importante en la sociedad actual no sólo por su naturaleza económica sino también por su naturaleza integradora en los terrenos social, política y cultural; no en balde, el trabajo resulta ser la principal fuente de derechos, lo que lo convierte en origen de bienestar objetivo y subjetivo para los individuos (60).

La Ocupación es el oficio o profesión de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas (61).

En el siguiente estudio de investigación según la variable ocupación del jefe de familia en el Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres menos de la mitad trabajan de manera eventual debido a que muchos de ellos migraron del alto y bajo Piura a invadir dicho Asentamiento buscando nuevas oportunidades de vida dejando su tierras que los vieron nacer, muchos de ellos trabajan sus en la agricultura, albañiles; moto taxistas, carpinteros, etc. estos trabajos no son seguros, ya que al menor imprevisto pueden dejar de trabajar y puede perjudicar en la familia, debido a que si dejan de trabajar no habrá una buena economía en los hogares.

En la tabla N° 02: Los Determinantes de la salud relacionados a la vivienda encontramos que el 55,5% de la población encuestada tiene vivienda unifamiliar, el 89,5% cuenta con casa propia. En lo que respecta al material del piso el 83,0% cuenta con piso de tierra, en relación al material del techo el 80,2% es de Eternit, calamina, el 70,0% cuenta con material de Ladrillo y cemento, y el 58,7% de la población duerme con 2 a 3 miembros en una habitación. Con respecto al abastecimiento de agua el 93,1% cuenta con conexión domiciliaria. En lo que respecta a la eliminación de excretas el 97,2% lo hacen en baño propio. En lo que respecta al combustible para cocinar el 92,3% cocina con gas electricidad. En lo concerniente a la energía eléctrica el 94,7% cuenta con energía eléctrica permanente. Con respecto a

la disposición de basura el 98,4% la entierra, quema, carro recolector, la frecuencia con que pasan recogiendo la basura al menos 2 veces por semana 80,2% y el 87,4% suele eliminar su basura en carro recolector.

Los resultados se aproximan a los encontrados por Silupu K. (62), en su tesis titulada determinantes de la salud del adulto en el Asentamiento Humano Consuelo de Velasco – 26 de octubre - Piura, los determinantes de salud relacionados con la vivienda, se observa que la tendencia de vivienda de 89,9% es propia, el 72,5% tiene material de techo es calamina de ladrillo, el 95% tiene abastecimiento de conexión domiciliaria, el 98,6% tienen baño propio, el 93,8% cocinan con gas, electricidad, el 95,5% cuentan con energía eléctrica permanente, el 99,1% depositan su basura en un carro recolector, el 93% responden que la frecuencia de recoger su basura es de al menos 2 veces por semana, el 99,1% suelen eliminar su basura en carro recolector, el tipo de vivienda es el 75,6% es de tipo unifamiliar, el 48,2% tiene material de piso cemento, el 94,4% tiene material de paredes es de ladrillo y cemento, el 56,3% personas que duermen en una habitación es independiente, el 94,4% tiene material de paredes es de ladrillo y cemento, el 56,3% personas que duermen en una habitación es independiente.

Los resultados se aproximan a los encontrados por Melgarejo J. (63), en su tesis titulada Determinantes de salud de los adultos del Caserío de Cañarí-Pomabamba, 2013, se observa que el 81,5% tienen casa propia, 86,7% piso de tierra, 97,6% tienen energía eléctrica permanente, en cuanto a la disposición de basura el 98,1% eliminan en carro recolector, 87,9% indican que el carro recolector pasa diariamente, 100% suelen eliminar la basura en el carro recolector, 69,9% tienen vivienda unifamiliar, 94,8% techo de adobe, 94,8% paredes de adobe, 36,4% ocupan una habitación 2 a más miembros, 100% cuentan con abastecimiento de agua con conexión domiciliaria, 100% cuentan con baño propio, 75,1% cocinan con leña.

Los resultados difieren a los encontrados por Tolentino C. (64) en la tesis titulada Determinantes de la Salud de las Personas Adultas del Asentamiento Humano Primavera Baja-Chimbote, 2013, según los determinantes de la salud relacionados con la vivienda el 66,0% tiene vivienda unifamiliar, el 82,9% material de sus paredes es de material noble, ladrillo y cemento, el 98,5% usan gas para cocinar, el 100% dispone que su basura lo entierra, mientras que su eliminación el 94% lo eliminan en el carro recolector; excepto el 100% vivienda propia, material de piso el 55,6% son de láminas asfálticas, material del techo el 58,9% son de Material noble, N° de personas que duermen por habitación el 62,3% son de 2 a 3 miembros, el 100% tiene conexión intradomiciliaria ,baño propio y energía eléctrica permanente , quema o al carro recolector, el 62,2% dice que la frecuencia que pasan recogiendo la basura es al menos 2 veces por semana.

Los resultados del presente estudio difieren a los encontrados por Garay N (46), en la tesis titulada Determinantes de la salud en la persona adulta de la Asociación el Morro II – Tacna, 2013 con una muestra de 236 adultos, se evidencia que Los Determinantes de la salud relacionados a la vivienda encontramos que el 70,3% de la población encuestada tiene vivienda unifamiliar, el 89,4 % cuenta con casa propia. En lo que respecta al material del piso el 66,9% cuenta con piso sin vinílico, en relación al material del techo el 64,8% es de material noble, ladrillo y cemento, el 96,2% cuenta con material de las paredes de material noble, ladrillo y cemento, y el 72,9% de la población duerme con 2 a 3 miembros en una habitación. Con respecto al abastecimiento de agua el 100% cuenta con conexión domiciliaria y baño propio. En lo que respecta al combustible para cocinar el 98,3% cuenta con gas para cocinar. En lo concerniente a la energía eléctrica el 100% cuenta con energía eléctrica permanente. Con respecto a la disposición de basura el 59,3% quema, o utiliza el carro recolector, la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa es diariamente con el 100% y el 86,9% suele eliminar su basura en el carro recolector.

Una vivienda unifamiliar, es aquella destinada para ser habitada por una o más personas con vínculo consanguíneo o sin él, que viven bajo normas de convivencia familiar. Las mismas que por su ubicación, el tipo de servicios básicos que tiene o el material predominante en su construcción (65)

Se entiende por tipo de vivienda, al conjunto de viviendas que tienen una o más características comunes que las hacen semejantes entre si y diferentes de otras. Además, en atención a las normas que determinan las relaciones de convivencia de las personas que residen en ellas, pueden ser clasificadas en viviendas particulares o viviendas colectivas (66).

La vivienda propia se considera como la forma de tenencia más segura, puesto que si el dueño de la vivienda vive en ella, es menos probable que pierdan la posesión de la misma. 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 (66).

En la siguiente investigación los resultados obtenidos relacionados con la vivienda del asentamiento humano Manuel Scorza – Piura, 2013, más de la mitad tienen una vivienda unifamiliar debido a que muchos de estas casa se obtuvieron en una invasión y muchas familias dejaron la casa en las que Vivian con sus padres y esta fue un oportunidad para independizarse y formar un nueva familia luego ayudados por la municipalidad de Piura lograron estabilizarse y poder tener su propia casa.

Wilches,Ch, y del desarrollo sustentable como proceso. Esto significa, entre otras cuestiones, un enfoque de riesgo que considere no solamente las variables de la vivienda: materialidad (materiales de techo, paredes, pisos, etc.); espacio habitable (hacinamiento); servicios básicos (agua potable, electricidad, saneamiento básico, recolección de residuos, etc.);

equipamiento del hogar (heladera, etc.) sino también las variables económicas, sociales, políticas, culturales o de otro tipo. La idea de vincular las variables de la vivienda con las del contexto social permitiría orientar de manera más efectiva la toma de decisiones para la gestión de la vivienda saludable y facilitaría la identificación de medidas factibles y eficientes de reducción del riesgo (67).

El tipo de material predominante en: Los pisos de la vivienda, se refiere al material de construcción de la mayor parte de los pisos de las habitaciones de la vivienda, como: tierra, cemento; losetas, terrazos, cerámicos o similares; parquet o madera pulida; madera (pona, tornillo, etc.); laminas asfálticas, vinílicos o similares u otro material (66).

Las paredes exteriores, se refiere al material de construcción de la mayor parte de las paredes exteriores de la vivienda (perímetro o contorno), tales como: ladrillo o bloque de cemento; adobe o tapia; madera, quincha, estera, piedra con barro; piedra, sillar con cal o cemento u otro material. Excluye los cercos o muros que la rodean (66).

Cualquiera sea el material que se emplea para la construcción, la vivienda debe contar con estructuras firmes y seguras. Las paredes de las habitaciones deben ser lisas, sin grietas. Las paredes de las habitaciones deben ser lisas, sin grietas para evitar la como ratas, pulgas, garrapatas y otros que pueden transmitir enfermedades. Los pisos deben ser compactos, impermeables y de fácil limpieza. Los techos deben proporcionar protección y seguridad para evitar el ingreso del agua de lluvia y de animales que generan enfermedades (67).

En la presente investigación según al material de construcción de la vivienda se evidencia que la mayoría el material de piso es de tierra y la mayoría el techo es de calamina o eternit, debido a que los pobladores poseen ingresos económicos bajos para construir un piso o techo aligerado,

y lo primordial para ellos es cubrir las necesidades básicas, asimismo las paredes son de ladrillo y cemento.

Una Habitación. Es el espacio situado en una vivienda, generalmente, cerrado por paredes que se elevan desde el piso hasta el techo y que tiene por lo menos una superficie para dar cabida a la cama de una persona adulta (66).

Al analizar la presente investigación más de la mitad duermen de 2 a 3 miembros en una habitación esto es debido en que dicho Asentamiento humano quizás por el desconocimiento o falta de información la gente acostumbra a dormir más de una persona en una habitación, o muchas veces las familias son numerosas, y de bajos recursos la cual no cuentan con el dinero suficiente para construir una habitación para cada miembro de la familia.

Sandra Huenchuan En un estudio Se encontró que muy poco extendido es el desarrollo de consultas precisas acerca de la fuente de la energía eléctrica (o alumbrado público) disponible en la vivienda, constituyendo un aspecto a profundizar. En este sentido, el masivo crecimiento del acceso domiciliario a la electricidad experimentado en la región en las últimas décadas, no parece condecirse con la incorporación a la boleta censal de ítems que introduzcan precisiones respecto a las fuentes de electricidad empleadas, ni sobre la prestación pública o privada que las puede conducir desde fuentes públicas de distribución y que es un tema emergente de inversión pública y determinante del desarrollo habitacional privado (68).

El Abastecimiento de agua. Está referida a la forma de abastecimiento y procedencia del agua que utilizan los miembros del hogar en la vivienda, ya sea para beber, cocinar o realizar su aseo personal o de la vivienda (65).

Red pública de Agua potable dentro de la vivienda, cuando existe conexión de agua potable dentro de la vivienda. Red pública de desagüe dentro de la vivienda, cuando la conexión del servicio higiénico está dentro de la vivienda (66) (50).

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. El término se aplica al agua que cumple con las normas de calidad promulgadas por las autoridades locales e internacionales garantizando la trazabilidad de los procesos y la consecución de la exactitud requerida en cada caso; empleando para ello instrumentos, métodos y medios apropiados (69).

La salud puede verse comprometida cuando agentes externos como bacterias, virus, parásitos o tóxicos contaminan el agua potable, ya sea en la fuente misma, por infiltración del agua de escorrentía contaminada, o en el interior del sistema de distribución (70).

La falta de acceso al agua potable, junto al deficiente saneamiento e higiene, contribuyen de manera importante a las defunciones debidas a enfermedades diarreicas. Anualmente, en el mundo se presentan 1,8 millones de muertes atribuidas a esta enfermedad (71).

La Energía o combustible utilizado para cocinar. Está referida al tipo de energía o combustible más utilizado en el hogar para preparar sus alimentos. El Alumbrado eléctrico por red pública. Está referido a la disponibilidad o no de alumbrado eléctrico por red pública en la vivienda (66).

La Organización Mundial de la Salud, en su informe del 2002(World Health Report 2002), en esta se define el uso de combustibles sólidos como la combustión de carbón y biomasa (tales como leña, carbón vegetal, estiércol, madera, o residuos de la agricultura como las cañas de maíz y otros) que

debido a su disponibilidad y/o bajo costo, constituyen aun una fuente importante de energía (72).

El humo de los biomateriales contiene cantidades significativas de varios contaminantes para la salud como monóxido de carbono, partículas, hidrocarburos, y en mayor grado óxidos de nitrógeno (73).

Residuos sólidos. Los residuos sólidos son todas aquellas sustancias o productos en estado sólido que ya no se necesita, pero que pueden ser reaprovechados (74).

El manejo inadecuado de los residuos sólidos contamina el aire, el agua superficial y subterránea, degrada y contamina los suelos cuando se vierten residuos químicos peligrosos. Los productos domésticos que contienen ingredientes corrosivos, tóxicos, inflamables o reactivos se consideran desechos domésticos peligrosos. Los productos como pinturas, limpiadores, aceites, baterías y pesticidas, los cuales contienen ingredientes potencialmente peligrosos, requieren un cuidado especial al deshacerse de ellos (75).

En cuanto a los servicios básicos de la vivienda se evidencia en la variable abastecimiento de agua que la mayoría tienen conexión domiciliaria, eliminan sus excretas en su baño propio, cocinan sus alimentos con gas y electricidad, tienen energía eléctrica permanente, puesto a que este en un Asentamiento Humano, que cuenta con los servicios básicos que toda casa debería de contar ya que estos servicios mejoran la calidad de vida de los adultos. Podemos afirmar que cuanto más limpio y eficiente es el combustible utilizado en la vivienda menor será el riesgo para la salud.

En la tabla N° 03: Según Los Determinantes de los Estilos de vida, se observa que el 44,5% de la población no fuma, pero ha fumado antes, asimismo tenemos que el 72,5% refiere que consume bebidas alcohólicas ocasionalmente. En cuanto al número de horas que duermen el 93,1% duermen de 6 a 8 horas, el 98,0% se baña diariamente, En lo concerniente a realizarse algún examen médico periódico el 60,7% no se realiza. Con respecto a la a la actividad física que realiza en su tiempo libre el 35,2% no realiza y el 37,2% no realizó actividad física más de 20 minutos durante las últimas dos semanas.

Respecto a la dieta alimenticia se observa que el 49,3% consumen frutas 3 más veces a la semana, el 48,9% consumen carnes a diario, el 37,4% consumen huevos 3 o más veces a la semana, el 94,5% consumen pescado a diario, el 94,5% consumen fideos a diario, el 85,7% consumen pan, cereales a diario, el 60,6% consumen verduras, hortalizas a diario, el 78% consumen legumbres de 3 o más veces a la semana, el 77% consumen embutidos, enlatados 3 o más veces a la semana, el 30% consumen lácteos 3 o más veces a la semana, el 30,3% consumen dulces, gaseosas nunca o casi nunca, el 37,6% consumen refrescos con azúcar a diario, el 26,3% consumen frituras a diario.

Los resultados del presente estudio se aproximan con Tolentino C. (64) en la tesis titulada Determinantes de la Salud de las Personas Adultas del Asentamiento Humano Primavera Baja-Chimbote, 2013, Según la distribución porcentual de los determinantes de la salud de estilos de vida, el 77,7% el consumen bebidas alcohólicas dicen hacerlo ocasionalmente, el 91,3% duermen entre 6 a 8 horas , el 75,9 % no se realizan ningún examen médico periódico, el 78% no realizan actividad física, según los alimentos que consumen el 50,8% consumen carne diario, el 46,6% consumen huevos de 1 o 2 veces a la semana, el 92 % dicen No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual, el 92 % dicen No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual, el 42,5% consumen pescado menos de 1 vez a la semana, el 94%

consumen fideos diariamente, el 97,9% consumen también diariamente carnes y cereales , el 61,3% consumen embutidos y dulces menos de 1 vez a la semana, así mismo un 53,6% consumen lácteos menos de 1 vez a la semana y finalmente un 76,3% consumen refrescos con azúcares menos de 1 vez a la semana.

Los resultados del presente estudio se asemejan a los encontrados por Garay N. (46), en la tesis titulada Determinantes de la salud en la persona adulta de la Asociación el Morro II – Tacna, 2013 con una muestra de 236 adultos, se evidencia que Según Los Determinantes de los Estilos de vida, se observa que asimismo tenemos que el 68,2% refiere que ha consumido bebidas alcohólicas de manera ocasional. En lo concerniente a realizarse algún examen médico periódico el 51,3% no se realiza. Con respecto a la actividad física que realiza en su tiempo libre el 52,2% no realiza En lo concerniente a los alimentos que consumen las personas el 50,4% consume pescado de una a dos veces por semana, el 47% consume fruta de 3 a más veces a la semana, el 43,2 % consume carne (pollo, res, cerdo, etc.) a diario, el 41,1% consume dulces, gaseosas nunca o casi nunca, enlatados nunca o casi nunca, refrescos con azúcar a diario con el 36% , el 34,3% consume lácteos, frituras de 3 o más veces a la semana el 85,2% de la población no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, y el 52,2% no realizó actividad física más de 20 minutos durante las últimas dos semanas.

Los resultados difieren a los encontrados por Gary A. (76) en la tesis titulada Determinantes de la Salud del Adulto del Asentamiento Humano Golfo Pérsico-Nuevo Chimbote, 2013, el 100% el 41% no fuman, el 51% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 81,12% duerme de 6 a 8 horas, el 62,26% se baña a diario, el 59,84% no se realiza ningún examen médico, el 53,41% no realiza ningún tipo de actividad física durante más de 20 minutos

Los resultados del presente estudio difieren a los encontrados por Sánchez G. (77), en la tesis titulada Determinantes de la Salud la Persona Adulta del Caserío Somate Centro Bellavista-Sullana, 2013. Sobre los determinantes de los estilos de vida podemos observar que el 79,71% de las personas adultas no ha fumado nunca de manera habitual. El 91,79% de las personas adultas duerme de 6 a 8 horas diarias. El 99,03% se baña diariamente. Excepto que el 55,07% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente. Así también el 55,07% no se ha realizado ningún examen médico. El 43,96% no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre. Así mismo el 46,86% en las 2 últimas semanas no ha realizado ninguna actividad física por más de 20 minutos. Respecto a la dieta alimenticia se observa que diariamente el 60,87% consume frutas, 41,55% consume carne, 47,83% consume huevos, 40,10% consumen pescado, 88,89% consume fideos. También se encontró el 28,50% consume pan y cereales 1 o 2 veces a la semana, el 37,20% consume verduras y hortalizas diariamente, y el 33,82% nunca o casi nunca consumen otros alimentos.

Los determinantes del estilo de vida relacionado con la salud son diversos y su estudio puede abordarse desde dos perspectivas bien distintas. La primera, en la que se valoran factores que podríamos denominar individuales y en la que los objetos de estudio son fundamentalmente aspectos biológicos, factores genéticos y conductuales, así como características psicológicas individuales. La segunda perspectiva parte de aspectos sociodemográficos y culturales, y desde ella se estudia la influencia de factores como el contexto social, económico o el medio ambiente, es decir, diferentes elementos del entorno (78).

De acuerdo a lo anterior, se plantea que el Estilo de Vida abarca todos los ámbitos del ser humano. Por esto, diferentes autores intentan construir el concepto de estilos de vida saludables, llegando a la conclusión de que estos están constituidos por patrones de conductas relacionadas con la salud. Otro aspecto importante que se ha abordado son los factores que influyen en el

Estilo de Vida, entre ellos se encuentran los sociales. Estos, actúan de diversa forma entre géneros, ya que la mujer se asocia con labores hogareñas, mientras que el hombre se asocia con roles netamente laborales que lo predisponen a llevar un Estilo de Vida caracterizado por comportamientos riesgosos para su salud, como lo es el consumo excesivo de alcohol y el cigarrillo (79).

Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar o masticar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar (80)

El alcohol es causa de diversos tipos de lesiones, trastornos mentales y de la conducta, problemas gastrointestinales, cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos inmunológicos, enfermedades óseas, trastornos reproductivos y daños congénitos. Asimismo incrementa el riesgo de provocar una amplia variedad de problemas sociales de una manera dosis dependiente, sin que existan evidencias de un efecto umbral. Para el bebedor, cuanto mayor sea la cantidad de alcohol consumido, mayor es el riesgo. Los daños causados por el consumo de alcohol a terceras personas abarcan desde molestias sociales menores, como permanecer despierto durante la noche, hasta consecuencias más severas, como deterioro de las relaciones matrimoniales, abuso de menores, violencia, delitos e incluso homicidios (81).

El consumo de alcohol está relacionado con más de 60 condiciones de salud que van desde las que son resultado de un consumo excesivo durante el embarazo y que afecta al feto, a lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, enfermedades cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia (82).

Se evidencia en la variable fuma actualmente que menos de la mitad no fuman actualmente pero si han fumado antes, refieren que en tiempo de frío fuman porque así disminuye un poco el frío; la mayoría consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, normalmente lo hacen en fiestas o reuniones, ya que para ellos no es una hábito o estilo de vida consumirlas actualmente.

En su estudio realizado Belloc y Breslow (1972), analizando la relación entre el número de horas de sueño por noche y la salud física en 6928 adultos sanos, habían establecido que los sujetos que usualmente duermen de 7 a 8 horas obtenían las puntuaciones más favorables de salud general. Por ejemplo, los sujetos que dormían unas 8 horas obtenían una puntuación de 0,48 en la escala de salud empleada, los que duermen 9 o más horas 0,52 (mayor puntuación indica peor salud) y los que duermen 6 o menos horas 0,56. Por otra parte, se ha encontrado que cuando se pregunta a los sujetos sanos qué hacen para cuidarse o cuáles son sus principales hábitos de salud, el 68% tiene como primer hábito de salud el dormir regularmente 7 a 8 horas (además de otros hábitos como hacer ejercicio, relajarse (83).

Según al número de horas que deben dormir se evidencia que la mayoría de las personas duermen de 6 a 8 horas al día debido a que se levantan temprano para realizar sus labores, casi todos se bañan diariamente. No sólo es importante la cantidad de horas de sueño que tenemos diariamente, sino que también la calidad. No es lo mismo dormir profundamente 8 horas que dormir a saltos y ligeramente en esas 8 horas. Necesitamos un sueño prolongado para que nuestro cuerpo restaure todas sus funciones para volver a activarse al otro día.

Pérez en su estudio titulado Examen Médico Periódico para Adultos Maduros debe ayudar a alcanzar y mantener un nivel óptimo de salud, identificar si estamos en mayor riesgo de discapacidad y/o vulnerabilidad (fragilidad); y detectar a tiempo riesgos, enfermedades crónicas y disfunciones (aún en etapas sin síntomas). Esto permite realizar intervenciones de salud para evitar la discapacidad, así como valorar la magnitud de la enfermedad y de su impacto en la familia (84).

Un examen médico periódico es un examen, perfeccionado, ambulatorio e individualizado, que es realizado por un grupo multidisciplinario, para obtener un análisis detallado del estado de salud psicofísica del participante. Se trata de una evaluación de todo el cuerpo para el diagnóstico oportuno de las enfermedades, incluso aquellas que aún no han presentado síntomas, y ayuda a prevenir las enfermedades a las que cada persona puede ser propensa (85).

En el estudio de investigación en la variable examen médico periódico la mayoría de la población no se realiza un chequeo médico preventivo ya sea porque su situación económica o desconocimiento solo le permite atender sus necesidades básicas, puede ser la falta de organización de tiempo que estaría asociado a largas jornadas laborales recordemos que la mayoría es generador de sus propios ingresos, También puede evidenciarse problemas relacionados como la falta de confianza en el médico y la demora de atención.

La actividad física se relaciona con la edad; los adultos de mayor edad realizan menos actividades. Existen diferencias en el tipo y cantidad de actividad física por sexo. La práctica de ejercicio mayormente reportada por el adulto mayor es la caminata (86).

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (87).

Un término que es frecuentemente utilizado en relación con la actividad física es la actividad física en tiempo libre o de ocio. Este término se aplica a aquellas actividades físicas que se caracterizan por la libre elección, ausencia de restricciones para su realización, compromiso y motivación personales, relajación y disfrute. La incorporación de la actividad física durante el tiempo libre o de ocio es una conducta que debería fomentarse, dado que esas actividades probablemente se constituyen en hábitos que duran toda la vida (87).

La actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos y que requiere de un “gasto de energía”. Cuando esta actividad es planeada, estructurada y repetida para mantener una buena salud. El ejercicio es necesario para la conservación y el mantenimiento de la salud. La práctica regular del ejercicio, mejora la digestión, el sistema óseo, el sistema circulatorio y por ende, el funcionamiento del corazón y el aporte de energía y nutrientes a todo el organismo (88).

En la actividad física más de la mitad de la población no realiza actividad física, no evidenciando la recomendación de 20 min diarios de actividad moderada por lo menos 5 días a la semana, estos resultados pueden deberse a la desinformación, falta de valoración sobre la importancia para la salud, limitada motivación y organización en el tiempo, la carencia de actividad física puede conllevar a una pérdida gradual de su integridad funcional y

estructural, con lo que se pueden ir acumulando daños degenerativos que se pueden evidenciar como enfermedades crónicas a futuro.

Así la alimentación es un elemento importante en la buena salud, influye la calidad de los alimentos, la cantidad de comida y los hábitos alimentarios para un bienestar del ser humano. Así mencionan que la modificación de los factores de riesgo y la adopción de comportamientos favorables a la salud, como el ejercicio y las dietas saludables, describen también que anteriormente existía también la idea de que las personas adquirirían algunos hábitos nocivos por el mero hecho de llegar a la vejez (89).

La alimentación saludable, hace referencia a la disponibilidad de alimentos, el acceso de las personas a ellos y el aprovechamiento biológico de los mismos. Se considera que un hogar está en una situación de seguridad alimentaria cuando todos sus miembros tienen acceso y disponen de manera sostenida alimentos suficientes en cantidad y calidad según las necesidades biológicas. La seguridad alimentaria existe cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social, y económico a alimentos suficientes, seguros y nutritivos para cubrir sus necesidades nutricionales y las preferencias culturales para una vida sana, activa y saludable (90).

La creación de hábitos alimenticios es uno de los determinantes del estilo de vida que se va adquiriendo desde la infancia, además empieza a ser influenciado por varios factores como lo son la cultura, las costumbres y el ambiente en el que se desenvuelve cada persona (91).

La Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación y la Organización Mundial de la Salud, efectuaron el informe dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. El informe concluye que una dieta con poco consumo de grasas saturadas, azúcar y sal, y mayor consumo de hortalizas y frutas, además de la práctica regular de alguna actividad física, contribuirá a reducir las altas tasas de muerte y

enfermedades crónicas. Los organismos de Naciones Unidas subrayaron la necesidad de establecer nexos más fuertes entre los sectores de la salud y la agricultura, a escala mundial, regional y nacional, para combatir el incremento mundial de las enfermedades crónicas (92).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) respaldó a la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para niños, niñas y Adolescentes aprobada, recientemente, por el Congreso de la República. esta regula los contenidos publicitarios relacionados con alimentos y bebidas no alcohólicas para reducir las enfermedades vinculadas con el sobrepeso y obesidad, también males crónicos como la diabetes, hipertensión arterial, problemas cardíacos, insuficiencia renal, entre otros. También fomenta la actividad física, la implementación de quioscos y comedores saludables en las instituciones de educación básica regular para lograr estilos de vida saludable que contribuyan a prevenir estas enfermedades (93).

Los seres humanos requieren de alimentos que aportan nutrientes a través de las proteínas, los carbohidratos, los lípidos, las vitaminas y minerales necesarios para la vida. Las proteínas son compuestos orgánicos formados por carbono, hidrógeno, oxígeno y nitrógeno, las encontramos en carnes, huevos, leche y leguminosas principalmente. Son componentes irremplazables dentro de la dieta del hombre ya que éstas contienen aminoácidos esenciales que el organismo no sintetiza. Junto con el agua, son el principal componente de todos los órganos y estructuras del cuerpo (94).

Los carbohidratos o azúcares: son los encargados de aportar la energía necesaria para realizar las actividades diarias, permiten mantener la temperatura corporal y ayudan a la renovación de los tejidos (94).

En el estudio de investigación en la variable consumo de alimentos se evidencia que la mayoría consume pescado más de la mitad consumen alimentos como frutas, carne, huevos, , fideos arroz, pan, cereales, verduras

hortalizas, menos de la mitad consume legumbres, refrescos con azúcar, frituras, estos son los alimentos que con frecuencia se consume en las familias de dicho Asentamiento humano.

En la tabla N° 04: Según los Determinantes de las redes sociales y comunitarias el 57,4% de la población refiere que en los 12 últimos meses se atendió en un centro de salud, el 76,5% considera que el lugar donde lo (la) atendieron está en regular tiempo de su casa, el 62,8% tiene tipo de seguro de SIS-MINSA, el 40,9% afirma que el tiempo que espero para que lo atendieran es largo, el 63,6% afirma que la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud es buena, el 98,8% afirma que si existe pandillaje cerca de su casa.

Los resultados se aproximan a los encontrados por Tolentino C. (64) en la tesis titulada Determinantes de la Salud de las Personas Adultas del Asentamiento Humano Primavera Baja-Chimbote, 2013, según la distribución porcentual en los determinantes de la salud de redes sociales y comunitarias, el 88,5% se atendieron en los 12 últimos meses en centro de salud, el 88,5% consideran que el lugar donde recibe la atención está muy cerca de su casa, así mismo el 84,4% consideran que la calidad de atención que reciben es regular; excepto que el 84,6% tiene el tipo de seguro social del SIS_ MINSA, el 86,4% consideran que el tiempo de espera para recibir la atención de salud es largo, el 99,3% afirman que existe pandillaje cerca de sus casas.

Los resultados se asemejan a los encontrados por Gamarra C. (47) en la tesis titula Determinantes de la salud de la persona adulta en el Asentamiento Humano Santa Teresita-Sullana, sobre determinantes de apoyo comunitario se observa que el 73.13% tiene seguro SIS-MINSA, el 46.27% espero un tiempo regular para que lo atendieran, el 49.75% la calidad con que lo atendieron fue regular, el 89.05% si existe pandillaje cerca de su casa, el

42.79% se atendió en un centro de salud los 12 últimos meses, el 45.77% considera regular el lugar donde lo atendieron.

Los resultados del presente estudio difieren a los encontrados por Uchazara M. (95), en la tesis titulada Determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado menor los Palos – Tacna, 2013 con una muestra de 263 adultos, Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de salud de las personas adultas. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias se observa que en los últimos 12 meses el 67,7% refiere que la Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses fue el puesto de salud, el 50,6% consideró que el lugar donde lo (a) atendieron está lejos, el 71,9% cuenta con seguro SIS- MINSA, el 63,1% refiere que el tiempo que espero para que lo (a) atendieran le pareció regular, el 62,7% refirió que la calidad de atención que recibió fue regular.

Los resultados del presente estudio se aproximan con Garay A. (76) en la tesis titulada Determinantes del Adulto del Asentamiento Humano Golfo Pérsico-Nuevo Chimbote, 2013, de la variable de determinantes de redes sociales y comunitarias, se evidencia que el 40,6 % se atendieron en un puesto de salud, el 52,21 % tiene SIS, el 47,79 % refiere que el tiempo que espero para que lo atendieran fue regular; excepto que el 38,95 % considera que está lejos de su casa, el 59,84 % considera que la calidad de atención fue regular el 62,25 % afirma que existe pandillaje cerca de su casa.

En cuanto a la variable tipo de seguro se evidencia que la mayoría posee un tipo de seguro de SIS-MINSA debido a que los pobladores tienen bajos recursos económicos, y este es un seguro gratuito integral, afirman que el tiempo que espero para que lo atendieran le parece largo debido a que cuando atienden en el centro de salud como es un seguro integral hay mucha demanda de pacientes y poco personal de atención por lo que hay grandes colas esperando a ser atendidos

Los servicios de salud en el Perú se agrupan en dos subsectores: el público y el privado. El primero está conformado por el MINSA, ESSALUD y los servicios de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional (96).

El MINSA tiene la mayor cobertura de servicios de salud a nivel nacional y administra el 84,7% del total de establecimientos entre hospitales, centros de salud y puestos de salud ubicados en zonas urbanas, urbano marginales y rurales dispersas. Atiende a la población predominantemente pobre que no cuenta con seguro social de salud. Por otra parte, ESSALUD atiende a trabajadores del sector formal y a sus familias. Sus establecimientos están ubicados principalmente en áreas urbanas. Finalmente, los servicios de las Fuerzas Armadas y Policiales sólo atienden a sus trabajadores y familiares directos. El sub sector privado, conformado por clínicas, consultorios y organismos no gubernamentales, otorga sus servicios en las principales ciudades del país (61).

El sistema de salud peruano se compone así, de cinco subsistemas principales: Ministerio de Salud (MINSA), Es Salud, Sanidades de las Fuerzas Armadas (FF AA) y Fuerzas Policiales e Instituciones Privadas (conocidas como Entidades Prestadoras de Salud o EPS). Por un lado la población pobre, no cubierta por EsSalud ni seguros privados o EPS, con problemas de acceso a servicios de salud y por otro lado, la población con capacidad de pago; que a su vez, forma dos grupos: los trabajadores formales, cubiertos por la seguridad social y que se atienden en EsSalud, y las clases medias o altas, en su mayoría urbanas, no cubiertas por la seguridad social o no demandantes de servicios de atención de la seguridad social , que se atienden en el sector privado o tienen cobertura de las Empresas Prestadoras de Servicios (EPS) (97).

En la investigación realizada en el Asentamiento Humano Manuel Scorza se encontró que el lugar donde los adultos se atendieron los 12 últimos meses se evidencia que más de la mitad de las personas adultas se atendieron en

un centro de salud, la mayoría afirma que el lugar que lo atendió está a una distancia regular de sus casas.

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios (97).

En la variable la calidad de atención recibida se evidencia, que la mayoría manifiesta que es buena la atención por parte del personal de salud, el personal de salud es amable, se muestra respetuoso, menos de la mitad considera que el tiempo que duro para que lo atendieran fue largo. Esto debido a la demanda de pacientes que se atienden en los centros de salud en personal de salud no se abastece para cumplir con la buena atención al paciente.

El pandillaje se define como uno de los principales problemas que afectan a nuestra juventud. Prácticamente las pandillas se presentan en grupos y por lo general son muchachos que pasan de la niñez a la adolescencia y todos con un mismo objetivo en común: alentar a su equipo o en defensa de su barrio. Por lo general las pandillas están formadas por chicos de bajos recursos económicos o que tienen problemas familiares y también por falta de comunicación de padres e hijos (98).

El pandillaje se define como la unión de unas personas que forman un grupo social para hacer cosas que perjudican a la sociedad y también así mismo. Ejemplo barras bravas (por el equipo que prefieren), etc. Las causas son: el abandono moral de la persona, la violencia familiar, desintegración familiar, etc. Esto ha causado un gran problema en la sociedad actual con la ola de asaltos y está incrementando diariamente dejando a su paso a jóvenes que se

dedican al pandillaje, el cual trae el consumo de drogas, muertes de personas inocentes etc., que día a día nos consume (99).

En cuanto al pandillaje se evidencia que casi todos refiere que si existe pandillaje cerca de su casa, pero llegan pandilleros de otras localidades el vandalismo existe en todos los lugares y este Asentamiento Humano no está exento de este problema social, esto se debe a que hoy en día los valores y respeto se están perdiendo y los jóvenes optan por una vida fácil sin esfuerzos y no ocupan su espacio y tiempo en hacer de su vida algo productivo.

En la tabla N° 05: Determinantes de redes sociales según apoyo social natural organizado del adulto del Asentamiento Humano Manuel Scorza – Piura, 2013. Se observa el 81% no recibe algún apoyo social natural, el 89,1 no recibe algún apoyo social organizado.

Los resultados se asemejan a los encontrados por Santillan Y. (45), en su tesis titulada Determinantes de salud de los adultos en el Centro Poblado de Paltay Sector “C” Lucma Taricá, 2013, se observa que en Determinantes de redes sociales según apoyo social natural y organizado, se observa el 89,5% no recibe apoyo social organizado, el 53,3% no recibe apoyo social natural.

Los resultados del presente estudio se asemejan a los encontrados por Gamarra C. (47), en la tesis titulada Determinantes de la Salud de la Persona Adulta del Asentamiento Humano Santa Teresita – Sullana, 2013. En Determinantes de redes sociales según apoyo social natural y organizado, se observa que el 88,56% no recibe apoyo social natural y que el 98,51% no recibe apoyo social organizado.

Los resultados difieren a lo investigado por Jiménez C (100), quien realizó la investigación de sobre determinantes de la salud de redes sociales y comunitarias de la persona adulta madura del Asentamiento Humano Los

Paisajes se encontró que: El 50% no recibe algún apoyo social y el 7,5% recibe apoyo de amigos el 62,5% no recibe apoyo social organizado y un 6,25% si recibe apoyo de seguridad social.

Los resultados del presente estudio difieren a los encontrados por Ayala J. (44), en la tesis titulada Determinantes de la Salud de los adultos del Caserío de Chua Bajo Sector S-Huaraz, 2013, Se muestra la distribución porcentual sobre los determinantes de las redes sociales y comunitarias el 62,5% refieren que si reciben algún apoyo social natural de familiares, 100% no reciben apoyo social organizado.

El apoyo comunitario puede entenderse como el resultado de las características particulares de una comunidad determinada En este sentido, las diferencias individuales en los niveles de apoyo comunitario percibido pueden estar reflejando también diferencias en las comunidades donde residen las personas. En tal sentido la importancia que tiene la comunidad local o vecindario de residencia en los niveles de apoyo comunitario percibido porque los recursos no se distribuyen igualmente entre los vecindarios de una comunidad, ya que existen amplias diferencias espaciales en los niveles de ingreso, educación, calidad de la vivienda, estabilidad residencial y empleo en las comunidades (101).

Las redes sociales han sido definidas como una práctica simbólica cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional. En general, la literatura sobre redes sociales se vincula a los estudios de marginalidad de la década de los setentas, en donde para Lomnitz, por ejemplo, las redes representan un seguro colectivo contra las amenazas del sistema y como reserva de recursos, particularmente durante las emergencias. En el caso de las personas mayores, las redes sociales constituyen un soporte para suplir carencias de orden económico; emocional, de salud, e instrumental (102).

En la presente investigación en la variable apoyo social natural y organizado se evidencia que la mayoría no reciben apoyo social natural ni organizado, es decir, no hay empresas ni instituciones que apoyen de manera solidaria a este asentamiento humano en las situaciones difíciles o complicadas que ellos pueda presentar. El hecho que los no pobres, que son los que tienen el control de los principales medios de vida de los territorios, no se integren a las redes sociales comunitarias impide que haya control social en los arreglos asimétricos entre agente y principal, ni procesos de acción colectiva que vaya en pro de la búsqueda de alternativas para la superación de la pobreza y la desigualdad

En la tabla N° 06: Determinantes de redes sociales según la organización de quien recibe apoyo del adulto del Asentamiento Humano Manuel Scorza – Piura, 2013. Se observa el 98,4% no recibe apoyo de pensión 65, el 81,8% no recibe apoyo de comedor popular, el 59,9% no recibe apoyo del vaso de leche, el 76,9% no recibe apoyo de otras organizaciones.

Los resultados encontrados se aproximan a los encontrados por Sánchez G. (77), en la tesis titulada Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Caserío Somate Centro Bellavista– Sullana, 2013, en los Determinantes de las redes sociales según la organización de quien recibió apoyo, en lo que respecta al apoyo social por parte de organizaciones del estado, tenemos que el 94,69% no recibe apoyo por parte del comedor popular, el 98,55% no recibe ningún apoyo por parte de otras instituciones o programas del estado; excepto que el 83,09% no recibe apoyo por parte del programa Pensión 65, así mismo el 71,98% no recibe apoyo del programa vaso de leche.

Los resultados se aproximan a lo investigado por Jiménez C (100), quien realizó la investigación de sobre determinantes de la salud de redes sociales según organización en adultos maduros sanos del Asentamiento Humano Los Paisajes se encontró que: el 96,7% No reciben pensión 65; el 88% no

reciben ayuda del comedor popular; el 63% no reciben apoyo del vaso de leche y el 50% reciben apoyo de otros (iglesias, grupos pastorales).

Los resultados del presente estudio difieren a los encontrados por Ayala J. (44), en la tesis titulada Determinantes de la Salud de los adultos del Caserío de Chua Bajo Sector S-Huaraz, 2013, Se muestra la distribución porcentual sobre los determinantes de las redes sociales y comunitarias el 83,1% son beneficiarios del vaso de leche, pensión 65; excepto que el 83,1% recibe apoyo de otros.

Los resultados del presente estudio difieren a los encontrados por Correa B. (103), Determinantes de la salud en la persona Adulta del Asentamiento Humano 4 de noviembre – sullana, 2013, el 89,77% no recibe pensión 65, así mismo el 98.30% no han recibido apoyo de comedor popular, el 88,64% no han recibido apoyo de vaso de leche, así también el 98,86% no han recibido apoyo de otras organizaciones.

El programa Pensión 65 es un Servicio de pagaduría que brinda el Banco de la Nación a personas en condición de extrema pobreza a partir de los 65 años de edad, usuarios del Programa Pensión 65, la misma que es una Unidad Ejecutora adscrita al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). Pensión 65 surge como una respuesta del Estado ante la necesidad de brindar protección a un sector especialmente vulnerable de la población, y les entrega una subvención económica de 250 nuevos soles cada dos meses. Se busca que estos adultos mayores accedan a esta subvención económica que contribuya a mejorar su bienestar. Además, se pretende reducir la diferencia entre no pobres y pobres en la población de mayores de 65 años e incrementar su acceso a los servicios de salud (100).

Los pobladores en su mayoría no reciben la pensión 65, ni apoyo de comedor popular y vaso de leche como apoyo de alguna organización que pueda evaluar a las personas adultos mayores que tanto lo necesitan, y que pasan por una situación económica baja.

El Programa del Vaso de Leche (PVL), es un programa social creado mediante la Ley N° 24059 y complementada con la Ley N° 27470, a fin de ofrecer una ración diaria de alimentos a una población considerada vulnerable, con el propósito de ayudarla a superar la inseguridad alimentaria en la que se encuentra. Las acciones de este programa, realizadas con la fuerte participación de la comunidad, tienen como fin último elevar su nivel nutricional y así contribuir a mejorar la calidad de vida de este colectivo que, por su precaria situación económica, no estaría en condiciones de atender sus necesidades elementales (104).

En cuanto a la variable de apoyo social de comedor popular en los resultados se evidencia que la mayoría de los adultos del Asentamiento Humano Manuel Scorza no reciben pensión 65. Estas respuestas nos ilustran que las redes sociales son importantes ya que su ausencia probablemente pueda afectar la salud psicológica o emocional, la salud física, la percepción de salud y la manera como se manejan las enfermedades en las personas.

V. CONCLUSIONES

5.1. Conclusiones

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

- En cuanto a los determinantes Biosocioeconómicos, encontramos que la mas de la mitad son de sexo masculino y tienen un ingreso económico de S/. 751 a S/. 1000, así mismo la mayoría son adultos maduros y tienen una vivienda unifamiliar, y duermen de 2 a 3 miembros en una habitación, tienen casa propia, el techo es de eternit, calamina, sus paredes es de material noble, ladrillo y cemento, al menos 2 veces por semana recogen y eliminan la basura en carro recolector casi todos cuentan con una conexión domiciliaria, baño propio, energía eléctrica permanente, cocinan a gas o electricidad se evidencia que menos de la mitad tienen un grado de instrucción secundaria completa/ secundaria incompleta, y tienen un trabajo eventual,
- En cuanto a los estilos de vida concluimos que menos de la mitad no fuma actualmente pero ha fumado antes, la mayoría consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, no se realizan examen médico duerme de 6 a 8 horas diarias, casi todos se bañan diariamente menos de la mitad no realizan ningún tipo de actividad física durante su tiempo libre, como actividad física que realizo en las dos ultima semanas fue caminar por más de 20 minutos, en cuanto a la dieta más de la mitad consumen fideos, carne diariamente, frutas, huevos, pan, cereales, verduras, hortalizas 3 o más veces a la semana la mayoría consume pescado 3 o más veces a la semana menos de la mitad consume legumbres, embutidos, enlatados, lácteos, dulces, gaseosas, refrescos con azúcar y frituras 3 o más veces a la semana.

- Según los determinantes de redes sociales y comunitarias más de la mitad se atendió en un centro de salud, la mayoría considera que el lugar donde lo atendieron esta de regular distancia de su casa, cuentan con un seguro SIS- MINSA y la atención que le brindaron fue buena, no reciben apoyo social natural y tampoco apoyo social natural organizado menos de la mitad considera que el tiempo que espero para que lo atendieran fue largo, casi todos refieren que si existe pandillaje y no reciben apoyo de pensión 65.

5.2. Recomendaciones

- Informar de estos resultados al establecimiento de salud de la localidad de tal manera que en coordinación con del Ministerio de Salud se fomenten conductas saludables desde temprana edad a través, talleres, campañas, etc. Para corregir los malos hábitos alimenticios.
- Hacer de conocimiento a las autoridades del Asentamiento Humano Manuel Scorza Torres, Dirección Regional de Salud, Municipalidades de Piura con la finalidad de que trabajen mancomunadamente para mejorar la calidad de vida de la población.
- El personal de salud debe focalizar a las familias de alto riesgo vulnerables a enfermar por las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales e intervenir intersectorialmente con las diferentes organizaciones.
- Promover y realizar investigaciones en el área de los Determinantes Sociales de la Salud, que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez D. Factores determinantes en la salud relacionados con la eficacia y sostenibilidad de intervenciones en promoción de la salud. Madrid: 2013. (tesis doctoral) (citado el 2016 septiembre 28)
URL:<https://eficiencia.urjc.es/bitstream/handle/10115/12245/Tesis%20Doctoral20Ingrid%20G%C3%B3mez%20Duarte.%20Factores%20determinantes%20en%20salud%20relacionados%20con%20eficacia%20y%20sostenibilidad%20de%20int1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. [Serie Internet] [Citado el 2013 Abril 26]. Disponible desde el
URL: http://www.who.int/social_determinants/es/
3. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista. Cubana. Salud Pública 2004; 30 (3): 13-16. Disponible desde el
URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430308>
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. Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/country_action/Chile%20country%20action.pdf
6. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005. Disponible en:

http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf

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. Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292013000200011
8. LipLicham C. Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener. Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/12_Determinantes_Sociales_Salud.pdf
9. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina. P. Universidad Católica de Chile; 1994; 23:18-22. Disponible en:
[http://www.bibliotecadigital.uchile.cl/client/es_ES/sisib/search/detailnonmodal/ent:\\$002f\\$002fSD_ILS\\$002f0\\$002fSD_ILS:35339/ada?qu=Salud+del+adulto&qf=SUBJECT%09Materia%09DIAGNOSTICO+DE+LA+SITUACION+DE+SALUD+EN+GRUPOS+ESPECIFICOS.%09DIAGNOSTICO+DE+LA+SITUACION+DE+SALUD+EN+GRUPOS+ESPECIFICOS.&ic=true&ps=1000](http://www.bibliotecadigital.uchile.cl/client/es_ES/sisib/search/detailnonmodal/ent:$002f$002fSD_ILS$002f0$002fSD_ILS:35339/ada?qu=Salud+del+adulto&qf=SUBJECT%09Materia%09DIAGNOSTICO+DE+LA+SITUACION+DE+SALUD+EN+GRUPOS+ESPECIFICOS.%09DIAGNOSTICO+DE+LA+SITUACION+DE+SALUD+EN+GRUPOS+ESPECIFICOS.&ic=true&ps=1000)
10. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302. Disponible en: <http://extension.unicen.edu.ar/salud/pagina-ejemplo/>
11. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; 1998. Disponible en:
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265503/ih.pdf

12. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades de una generación Lugar, editorial; 2008.
Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf
13. Ministerio de Salud. Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010. Disponible en:
<http://www.superacionpobreza.cl/archivobiblioteca/foros-construyamos-juntos-una-mejor-salud-para-todos-y-todas/>
14. Oficina de la dirección de la municipalidad distrital de Piura, 2013.
15. Gonçalves M. Barbosa A. Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006. Disponible en:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=471386&indexSearch=ID>
16. Tovar L. García G. La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003. Colombia. Agosto 2006. Nro. 027. 2004. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/4829818_La_Percepcion_del_Estado_de_Salud_Una_Mirada_a_las_Regiones_desde_la_Encuesta_de_Calidad_de_Vida_2003
17. Rodríguez M. Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011. Disponible:
https://issuu.com/aspefeen/docs/libro_de_congreso_educacion_en_enf...

18. 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.
19. Cárdenas L. et al. Análisis de la situación de salud en el Centro de Salud Villa Primavera – Sullana, Piura 2011.
20. Neira C. Quiroga S. Análisis de los determinantes principales que explican la pobreza. Caso: Centro Poblado los Olivos, distrito de Sullana, 2010.
21. Britto B. Determinantes de la salud en mujeres adolescentes que cursan el cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Nuestra señora de Fátima – Piura, 2013.
22. Rodríguez O. Estilos de vida y Factores biosocioculturales de la persona adulta en el centro poblado Cieneguillo Norte – Sullana -. Piura, 2012.
23. Vega J. Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial
24. Selig J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud. OPS.: Washington; 2009.
25. Dalhigren G. Whitehead M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006.
26. 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.

27. Polit D. Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.

28. 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>.

29. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:<http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.

30. Canales F. Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.

31. Pérez J. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas. CSIC. 2009 disponible en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>

32. OPS, OMS, Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>

33. Eusko J. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID.

34. Ballares M. Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo

de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM): México; 2010. Disponible en:<http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>

35. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008. [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
36. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en : http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf
37. Dávila E. Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001.
38. Martínez R. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf
39. Martos E. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>.
40. Sánchez L. Satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>.

41. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
42. Hernández et al. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
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. Ayala J. Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Chua Bajo Sector S-Huaraz, 2013. [Trabajo para optar el título de licenciada en Enfermería]. Perú: Universidad Los Ángeles de Chimbote - Huaraz; 2013.
45. Santillan. Y. Determinantes de salud de los adultos en el Centro Poblado de Paltay Sector C Lucma Taricá, 2013. [Trabajo para optar el título de licenciada en Enfermería] Perú: Universidad Los Ángeles de Chimbote - Huaraz; 2013.
46. Garay N. Determinantes de la salud en la persona adulta de la Asociación el Morro II – Tacna, 2013. [Trabajo para optar el título de licenciada en Enfermería]. Perú: Universidad de Tacna; 2013.
47. Gamarra C. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Asentamiento Humano Santa Teresita –Sullana, 2013. [Trabajo para optar el título de licenciada en Enfermería]. Perú: Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2013.
48. Fritz H. Valdés E. Igualdad y Equidad de género: Aproximación Teórico – Conceptual. América Latina. 2006. Disponible en:

<http://www.entremundos.org/databases/Herramientas%20de%20trabajo%20en%20genero%20UNFPA.pdf>

49. Ingreso económico [página de internet] Trujillo, definición de ingreso económico 2014 [actualizado en 23 de febrero del 2014.] Disponible: <http://www.expansion.com/diccionario-economico/ingreso.html>
50. Haerberle E. Archivo de sexología. [Curso] USA: Coral Springs; 2003.
51. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Terminología en Censo de Población y vivienda 2005. Perú: INEI; 2005.
52. Definición. Definición de edad. : [Diccionario en Internet]. 2011 [citado 2013 jun. 19]. Disponible en URL: <http://definicion.de/edad/>
53. Ministerio de Educación. Plan de Finalización de Estudios Primarios y Secundarios. FinEs. [Artículo de Internet]. [Citado 2014 30 Nov]. Disponible en: http://portal.educacion.gov.ar/?page_id=34
54. Ministerio de Salud. Definiciones y conceptos en estadísticas vitales 2012. Argentina: Ministerio de Salud; 2012
55. Grado de Instrucción. [Documento en internet]. Disponible desde el URL: <http://campuscitep.rec.uba.ar/mod/glossary/view.php?id=11413&mode=letter&hook=N&sortkey=&sortorder=>
56. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Definiciones y Conceptos Censales básicos 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.

57. Carrasco K. Definición De Ingresos. [Artículo en internet]. 2011 [Citado 2013 Jun. 19]. Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/economia/ingresos.php>
58. Parodi C. Economía para todos. Salario mínimo. [Artículo de internet]. [Citado 2014 Dic 01]. Disponible en: <http://blogs.gestion.pe/economiaparatodos/2014/02/salariominimo.html>
59. Definición de ocupación: [Diccionario en Internet]. 2010 [citado 2013 jun. 19]. Disponible en URL: <http://newsmatic.com.ar/conectar/245/98/articulo/3087/Definicion-judicialdel-trabajo-eventual-San-Luis.html>
60. Gordon D, et al. (1986) Trabajo segmentado, trabajadores divididos. La transformación histórica del trabajo en los Estados Unidos, Madrid, Ed. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
61. Campo M .Observatorio laboral. [Artículo en internet]. 2011 [Citado 2013 Jun. 23]. Disponible en URL: <http://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/article-145083.html>.
62. Silupu K. Determinantes de la Salud del Adulto en el Asentamiento Humano Consuelo de Velasco – 26 de octubre – Piura, 2013. [Trabajo para optar el título de licenciada en Enfermería]. Perú: Universidad Los Ángeles de Chimbote - Piura; 2013.
63. Melgarejo J. Determinantes de salud de los adultos del caserío Cañeri - Pomabamba, 2013. [Trabajo para optar el título de licenciada en Enfermería] Perú: Universidad Los Ángeles de Chimbote - Huaraz; 2013.
64. Tolentino C. Tesis de Determinantes de la Salud de las Personas Adultas del Asentamiento Humano Primavera Baja-Chimbote, 2013. [Trabajo para optar el

título de licenciada en Enfermería]. Perú: Universidad Los Ángeles de
Chimbote; 2013.

65. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.
66. Instituto Mexiquense de la vivienda social. Secretaría de Desarrollo Urbano. Piso Firme. Disponible en:
http://portal2.edomex.gob.mx/imevis/proyectos/piso_firme/index.htm
67. Wilches-Chaux G.. Desastres, Ecologismo y formación profesional. Popayan, Colombia. SENA. 1989
68. Huenchuan S. La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos, (LC/L.3308-P), N° de venta: S.11.II.G.27 (US\$ 10.00), 2011
69. Moiso A. Determinantes de la salud en Fundamentos de Salud Pública. Argentina: Edulp; 2007.
70. Organización Mundial de la Salud. Lucha contra las enfermedades transmitidas por el agua en los hogares. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2007.
71. World Health Organization. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. The World Health Report 2002. Geneva, World Health Organization; 2002.
72. Alvis N, De la Hoz F. Contaminación del aire domiciliario y enfermedades respiratorias (infección respiratoria aguda baja, EPOC, cáncer de pulmón y asma): evidencias de asociación. Rev Fac Med 2008; 56:54-64.

73. Dirección de salud y bienestar de la municipalidad de Guatemala. Estilos de vida saludables. Guatemala: Ed. Octubre 2011. Disponible en: http://munisalud.muniguate.com/2011/09oct/estilos_saludables01.php
74. Dirección General de Salud Ambiental. Anuario de Estadísticas Ambientales 2012. Municipalidad Metropolitana de Lima: Dirección General de Salud Ambiental; 2012.
75. Rojas D. Consumo de energía y nutrientes, características socioeconómicas, pobreza y área de residencia de mujeres peruanas en edad fértil. Rev. perú. med. exp. salud pública [online]. 2004; 21 (4): 231-239.
76. Garay A. Determinantes de la Salud del Adulto del Asentamiento Humano Golfo Pérsico – Nuevo Chimbote, 2013. [Trabajo para optar el título de licenciado de Enfermería]. Perú: Universidad los Ángeles de Chimbote; 2013.
77. Sánchez G. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Caserío Somate Centro Bellavista-Sullana, 2013. [Trabajo para optar el título de licenciado de Enfermería]. Perú: Universidad los Ángeles de Chimbote; 2013.
78. Moreno M. Modelo de Promoción de la Salud. España: Ediciones Marrier Tomey Ann; 2003.
79. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y Atención primaria de la salud 2008. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
80. Organización Mundial de la salud. Tabaquismo 2013. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2013.
81. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y Salud pública en las Américas. Washington, D.C: OPS; 2007.

82. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y Atención primaria de la salud 2012. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2012.
83. Sotelo. Horas de descanso, Educar [Serie en internet]. [Citada Feb. 16]. [Alrededor de 2 pantallas]. 2016. Disponible desde el: http://biblioteca.itam.mx/estudios/estudios/letras4546/testo02/sec_2.html.
84. Instituto de Neurociencias. Chequeos médicos preventivos 2013. Buenos Aires: Instituto de Neurociencias; 2013.
85. 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.org/examen.Medico-permanente/examenes-medicos).
86. Cruz P. Regidor E. Determinantes socioeconómicos de la inactividad física. Inguruak [serie en internet]. 2007 [citada 2013 julio 17]; 44(22): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://determinantessocioeconomicos.com>
87. Neri. M. Autoeficacia y actividad física en el adulto. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
88. Organización Mundial de la salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud 2004. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2004
89. Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Ginebra: Serie de informes técnicos; 2003.Pag. 49. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf
90. Red de agricultura ecológica. Guía para consumo para una alimentación saludable 2011. Perú: Red de agricultura ecológica; 2011.

91. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la promoción de la alimentación y nutrición saludable 2005. Perú: Ministerio de Salud; 2005.
92. Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación. Informe sobre dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. [boletín] Ginebra: Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación; 2003.
93. Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes. Ley N° 30021. Boletín de normas legales del Diario Oficial El Peruano, número 494937 (17 May 2013).
94. Montoya R. Nutrición y Alimentación balanceada. [folleto] Perú: Doyma; 2013.
95. Uchazara M. Tesis de Determinantes de la salud en la persona adulta del Centro Poblado Menor los Palos – Tacna, 2013. [Trabajo para optar el título de licenciada en Enfermería]. Perú: Universidad de Tacna; 2013.
96. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud 2005. Perú: Ministerio de Salud; 2005.
97. La Atención Primaria de Salud Exige el Desarrollo de la comunidad. Rev. Panam Salud Publica [online]. 1999, vol.5, n.6, pp 420-421. ISSN 1020-4989. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891999000500009>.
98. Defez C. Delincuencia juvenil. Delincuencia. Perú [Citado 2014 Diciembre 10]. Disponible en: http://iugm.es/uploads/tx_iugm/TRABAJO_CURSO_IUGM.pdf
99. Organización Mundial de Salud: Pandillaje [Reporte de internet]. [Citado Jun. 20]. [1 Pantalla]. Disponible desde. URL:[www.oas.org/dsp/documentos / pandillas/ Informe. Definicion.Pandillas.pdf](http://www.oas.org/dsp/documentos/pandillas/Informe.Definicion.Pandillas.pdf).

100. Jiménez C. Determinantes de la salud en adultos maduros sanos, Chimbote 2012. [Tesis para optar el título de licenciado en enfermería]. Perú: Universidad de Chimbote; 2012.
101. Gracia E, Herrero J. La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Scielo*. 2006; 38 (2): 327-342.
102. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Boletín electrónico [serie en internet] citada abril 2013. [Alrededor de 12 pantallas] Disponible en url: <http://www.pension65.gob.pe/2013/03>
103. Correa B. Determinantes de la salud en la persona adulta del Asentamiento humano 4 de noviembre – sullana, 2013. [Tesis para optar el título de licenciado en enfermería]. Perú: Universidad de Chimbote; 2013.
104. Bravo F, Burga J, Inoñan D, Reyes M. Guía: formulación de la ración del programa vaso de leche. Lima 2010. Citado y actualizado en octubre 2014. Disponible en el url: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/otrpubs/pdf/IMPRESION%20%20vaso%20ok.pdf>.

ANEXOS



ANEXO N° 01

CÁLCULO DE LA MUESTRA

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

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

Dónde:

n: Tamaño de muestra

N: Tamaño de población (N = 691)

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

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

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

E: Margen de error (E = 0.05)

Calculo del Tamaño de Muestra:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (691)}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (691-1)}$$

n= 247 adultos



ANEXO 02

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

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DEL
ADULTO DEL ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA
TORRES - PIURA, 2013

DATOS DE IDENTIFICACION

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona

.....

Dirección.....

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

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

- **Sexo:** Masculino () Femenino ()

- **Edad:**
 - Adulto Joven (18 años a 29 años 11 meses 29 días) ()
 - Adulto Maduro (De 30 a 59 años 11 meses 29 días) ()
 - Adulto Mayor (60 a más años) ()

- **Grado de instrucción:**
 - Sin nivel instrucción ()
 - Inicial/Primaria ()
 - Secundaria: Completa / Incompleta ()
 - Superior: Completa / Incompleta ()

- **Ingreso económico familiar en nuevos soles**
 - Menor de 750 ()
 - De 751 a 1000 ()
 - De 1001 a 1400 ()
 - De 1401 a 1800 ()
 - De 1801 a más ()

- **Ocupación del jefe de familia:**
 - Trabajador estable ()
 - Eventual ()
 - Sin ocupación ()
 - Jubilado ()
 - Estudiante ()

- **Vivienda**

- **Tipo:**
 - Vivienda Unifamiliar ()
 - Vivienda multifamiliar ()
 - Vecindada, quinta choza, cabaña ()
 - Local no destinada para habitación humana ()
 - Otros ()

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

- **Material del piso:**
 - Tierra ()
 - Entablado ()
 - Loseta, vinílicos o sin vinílicos ()
 - Láminas asfálticas ()
 - Parquet ()

- **Material del techo:**
 - Madera, estera ()
 - Adobe ()
 - Estera y adobe ()
 - Material noble ladrillo y cemento ()
 - Eternit ()

- **Material de las paredes:**
 - Madera, estera ()
 - Adobe ()
 - Estera y adobe ()
 - Material noble ladrillo y cemento ()

- **Cuantos personas duermen en una habitación**
 - 4 a más miembros ()
 - 2 a 3 miembros ()
 - Independiente ()

- **Abastecimiento de agua:**
 - Acequia ()
 - Cisterna ()
 - Pozo ()
 - Red pública ()
 - Conexión domiciliaria ()

- **Eliminación de excretas:**
 - Aire libre ()
 - Acequia , canal ()
 - Letrina ()
 - Baño público ()
 - Baño propio ()
 - Otros ()

- **Combustible para cocinar:**
 - Gas, Electricidad ()
 - Leña, Carbón ()
 - Bosta ()
 - Tuza (coronta de maíz) ()
 - Carca de vaca ()

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

- **Disposición de basura:**
 - A campo abierto ()
 - Al río ()
 - En un pozo ()
 - Se entierra, quema, carro recolector ()

- **¿Con qué frecuencia pasan recogiendo la basura por su casa?**
 - Diariamente ()
 - Todas las semana pero no diariamente ()
 - Al menos 2 veces por semana ()
 - Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas ()

- **¿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 ()
 - Otro ()

▪ **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 ()

- **¿Cuántas horas duerme Ud.?**

6 a 8 horas () 08 a 10 horas () 10 a 12 horas ()
- **¿Con que frecuencia se baña?**

Diariamente () 4 veces a la semana () No se baña ()
- **¿Se realiza Ud. Algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud?**

Si () NO ()
- **¿En su tiempo libre realiza alguna actividad física?**

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

- **¿En las dos últimas semanas que actividad física realizo 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
1. Fruta					
2. Carne (Pollo, res, cerdo, etc.)					
3. Huevos					
4. Pescado					
5. Fideos					
6. Pan, cereales					
7. Verduras y hortalizas					
8. Legumbres					
9. Embutidos, enlatados					
10. Lácteos					
11. Dulces, gaseosa					
12. Refrescos con azúcar					
13. Frituras					

- **DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS**

- **¿ En qué institución de salud se atendió en estos 12 últimos meses:**

- 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 en el establecimiento de salud ¿le pareció?**

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

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

Muy buena ()

Buena ()

Regular ()

Mala ()

Muy mala ()

No sabe ()

- **Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?**

Si () No ()

- **¿Recibe algún apoyo social natural?**

Familiares ()

Amigos ()

Vecinos ()

Compañeros espirituales ()

Compañeros de trabajo ()

No recibo ()

- **¿Recibe algún apoyo social organizado?**

Organizaciones de ayuda al enfermo ()

Seguridad social ()

Empresa para la que trabaja ()

Instituciones de acogida ()

Organizaciones de voluntariado ()

No recibo ()

- **Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:**

1. Pensión 65 si () no ()

2. Comedor popular si () no ()

3. Vaso de leche si () no ()

4. Otros si () no ()

Muchas gracias por su colaboración

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 9 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada una de la expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA EN LAS REGIONES DEL PERÚ”. (ANEXO 04)
3. Cada experto para cada ítem del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
 - esencial?
 - útil pero no esencial?
 - no necesaria?

4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas. (ANEXO 03)
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 9 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla)

Tabla

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

N°	V de Aiken	N°	V de Aiken
1	1,000	14	1,000
2	1,000	15	1,000
3	1,000	16	1,000
4	1,000	17	1,000
5	0,944	18	1,000
6.1	1,000	19	1,000
6.2	1,000	20	1,000
6.3	1,000	21	1,000
6.4	1,000	22	1,000
6.5	1,000	23	1,000
6.6	1,000	24	1,000
7	1,000	25	1,000
8	1,000	26	1,000
9	1,000	27	1,000
10	1,000	28	1,000
11	1,000	29	1,000
12	1,000	30	1,000
13	1,000		
Coficiente V de Aiken total			0,998

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

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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



ANEXOS N°3

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

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



ANEXOS N°4

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO: _____

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE: _____

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

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

P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentarios									
P18									
Comentario									
P19									
Comentario									
P20									
Comentario									
P21									

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

P29								
Comentario								
P30								

Comentario

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

Gracias por su colaboración.



ANEXO N°05

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD DEL ADULTO DEL
ASENTAMIENTO HUMANO MANUEL SCORZA TORRES - PIURA,
2013**

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

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

FIRMA

.....

ANEXO N° 06

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	Actividades	AÑO 2013								AÑO 2014								AÑO 2016		
		Abril	Mayo	Junio	Julio	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Abril	Mayo	Junio	Julio	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Setiembre	Octubre	Noviemb.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	Elaboración del proyecto de investigación	■	■																	
2	Presentación y aprobación del proyecto.			■	■															
3	Recolección de datos a partir de la metodología propuesta.					■	■	■												
4	Procesamiento de los datos.								■											
5	Análisis estadístico.									■	■									
6	Interpretación de los resultados											■	■							
7	Análisis y discusión de los resultados.													■	■					
8	Redacción del informe final de investigación													■	■					
9	Presentación del informe final de investigación															■	■			
10	Elaboración de artículo científico																■	■		
11	Presentación de artículo																	■	■	■

ANEXO N° 07

CUADRO DE PRESUPUESTO - BIENES Y SERVICIO

RUBRO	NOMBRE DEL RECURSO	UNIDA D	CANTID AD	COSTO UNIDA D	COSTO TOTAL(S/ .
	BIENES DE CONSUMO				
	Materiales de escritorio				
	Papel Bond T A-4 80 gr.	2 Millares	2	S/25.00	S/50.00
	Lapicero	Un.	10	S/2.00	S/20.00
	USB	Un.	1	S/36.00	S/36.00
	Folder y Faster	Un.	15	S/1.00	S/15.00
	Cuaderno	Un.	2	S/5.00	S/10.00
	Otros	-	-	S/60.00	S/60.00
TOTAL BIENES					S/191.00
	SERVICIOS				
	Pasajes		25	S/5.00	S/.125.00
	Impresiones	Un.	150	S/0.30	S/.45.00
	Copias	Un.	1235	S/0.10	S/.125.30
	Anillados		3	S/15.00	S/45.00
	Internet		60 horas	S/1.50	S/90.00
TOTAL DE SERVICIOS					S/480.00
	PERSONAL				
	Gastos adicionales del estudiante				500
FUENTE DE FINANCIAMIENTO Autofinanciado por estudiante					S/1141.00