



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**DETERMINANTES DE SALUD EN ADULTOS DEL CASERÍO DE
HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICÁ, 2013**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

AUTORA:

GEOWANY EUGENIA VINO CHINCHAY

ASESORA:

DRA. MARIA ADRIANA VILCHEZ REYES

CHIMBOTE – PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR

Dra. María Elena Urquiag Alva

PRESIDENTE

Mgr. Ledda María Guillen Salazar

MIEMBRO

Mgr. Fanny Rocio Ñique Tapia

MIEMBRO

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios, quien me dio la vida y llenó de bendición mi camino todo este tiempo, El que me dio la sabiduría para culminar mi carreraprofesional.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi padre Daniel y a mi madre Marcelina, por todo el esfuerzo para darme mi profesión y por hacerme una persona de bien. A mi hermano y a mis hermanas que me ayudaron de una y otra forma de nunca rendirme en las dificultades.

A mi asesora por su orientación constante, apoyo invaluable, quien en sus acertadas enseñanzas fue esencial para llevar a cabo esta investigación, muchas gracias Dra. Vilches Reyes María Adriana.

GGEOWANY

DICATORIA

A Dios que es mi guía, salvación
y fortaleza de mi vida y por
convertir este sueño hecho
realidad.

A mi amado padre Daniel y a mi amada
madre Marcelina con mucho cariño y
gratitud por ser ejemplo de mi vida y
fuente de valor constante para llegar a
la meta y obtener una carrera
profesional.

GGEOWANY

RESUMEN

Esta investigación tipo cuantitativo descriptivo. Tuvo como objetivo describir los determinantes de salud en adultos del Caserío de Huantzapampa Sector “C”, Pashpa - Taricá, 2013. La muestra estuvo conformada 123 adultos. Mediante la técnica entrevista se aplicó una encuesta del cuestionario determinantes de la salud de 30 ítems. En resultados y conclusiones de determinantes biosocioeconómicos: Casi todos tienen 750 soles de ingreso económico. Mas de la mitad son de sexo femenino. Menos de la mitad tienen grado de instrucción inicial primaria, no tienen ocupación. En los determinantes de entorno físico: Casi todos tienen material del piso de tierra, duermen 2 a 3 personas en una habitación, cocinan con leña. Mayoría tienen una vivienda unifamiliar, tienen conexión domiciliaria. Mas de la mitad tienen baño propio. Menos de la mitad disponen su basura a campo abierto. En determinantes del estilo de vida: Casi todos duermen 6 a 8 horas, hacen actividad física caminando. Mayoría no realizan examen médico periódico. Casi todos consumen fideos 3 o más veces a la semana. Mas de la mitad consumen huevo 3 o mas veces de la semana, verduras y hortalizas 1 o 2 veces a la semana. Menos de la mitad consumen pescado menos de 1 vez a la semana. En determinantes de redes sociales y comunitarias: Mayoría tiene SIS MINSA. Menos de la mitad se atendió en un puesto de salud. Casi todos no reciben apoyo social natural, recibe apoyo de comedor popular.

Palabras claves: Adulto, Determinantes, estilos de vida

ABSTRACT

This investigation type quantitative descriptive. Its objective was to describe the determinants of health in adults of the Caserío de Huantzapampa Sector "C", Pashpa - Taricá, 2013. The sample consisted of 123 adults. Through the interview technique, a questionnaire survey was applied to the health determinants of 30 items. In results and conclusions of biosocioeconómicos determinants: Almost all have 750 soles of economic income. More than half are female. Less than half of them have a primary initial level of education, they do not have an occupation. In the determinants of physical environment: Almost all have material from the ground floor, 2 to 3 people sleep in a room, cook with firewood. Most have a single-family home, they have a home connection. More than half have their own bathroom. Less than half dispose their trash in the open field. In determinants of lifestyle: Almost everyone sleeps 6 to 8 hours, doing physical activity walking. Most do not perform periodic medical examination. Almost everyone consumes noodles 3 or more times a week. More than half consume eggs 3 or more times a week, vegetables 1 or 2 times a week. Less than half consume fish less than once a week. In determinants of social and community networks: Majority has SIS MINSA. Less than half was treated at a health post. Almost all do not receive natural social support, receives support from popular dining.

Keywords: Adult, Determinants, lifestyles

ÍNDICE

| | |
|----------------------------------------------------------|-----------|
| HOJA DEL JURADO | i |
| AGRADECIMIENTO..... | ii |
| DEDICATORIA | iii |
| RESUMEN..... | iv |
| ABSTRACT..... | v |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. REVISIÓN DE LA LITERATURA... .. | 12 |
| 2.1 Antecedentes... .. | 12 |
| 2.2 Bases Teóricas... .. | 15 |
| III. METODOLOGÍA..... | 20 |
| 3.1 Tipo y diseño de investigación | 20 |
| 3.2 Población y Muestra..... | 20 |
| 3.3 Definición y Operacionalización de variables..... | 21 |
| 3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos..... | 31 |
| 3.5. Análisis y Procesamiento de los datos | 32 |
| 3.6 Matriz de consistencia..... | 33 |
| 3.7 Principios éticos..... | 34 |
| IV. RESULTADOS | 38 |
| 4.1 Resultados... .. | 38 |
| 4.2 Análisis de Resultados | 51 |
| V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 84 |
| 5.1 Conclusiones... .. | 84 |
| 5.2 Recomendaciones..... | 86 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 87 |
| ANEXOS | 97 |

INDICE DE TABLAS

| | Pag. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| TABLA 01: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”, PASHPA - TARICÁ, 2013..... | 38 |
| TABLA 02: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”, PASHPA - TARICÁ, 2013..... | 40 |
| TABLA 03: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”, PASHPA - TARICÁ, 2013..... | 44 |
| TABLA 04, 05, 06: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”, PASHPA - TARICÁ, 2013..... | 47 |

INDICE DE GRAFICOS

| | Pag. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| GRAFICO DE TABLA 01 DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS ENADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”, PASHPA - TARICÁ, 2013..... | 114 |
| GRAFICO DE TABLA 02. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”, PASHPA - TARICÁ, 2013..... | 119 |
| GRAFICO DE TABLA 03. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”, PASHPA - TARICÁ, 2013..... | 132 |
| GRAFICO DE TABLA 04, 05, 06: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”, PASHPA - TARICÁ, 2013..... | 140 |

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realizó con el propósito de identificar los determinantes sociales de salud de los adultos de Caserío de Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013. Dado que, la mayoría de los problemas sanitarios se debe a las condiciones a las que está expuesta la persona, a factores que actúan en su entorno, los mismos que pueden garantizar o perjudicar su salud.

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

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la 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 (1).

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

En la conferencia de Alma Ata en 1976 la OMS definió la salud como el perfecto estado físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona de estar de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural

y espiritual. Por lo que, en definitiva, la salud es algo más que la simple ausencia de enfermedad, es un equilibrio armónico entre la dimensión física, mental y social; y está determinada por diversos factores, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud (1).

Los determinantes de la salud suponen una íntima unión y relación con el estilo de vida, que es el conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de la alternativa que están disponibles a las personas de acuerdo a su circunstancia socioeconómicas a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones (1).

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos (1).

La particularidad de la situación de salud de América Latina está estrechamente ligada a su historia, cultura y procesos de desarrollo. Más allá de la diversidad de sus países, existen bases compartidas y desafíos comunes. América Latina se abre al siglo XXI con el enfrentamiento satisfactorio de características epidemiológicas, donde los estilos de vida y los comportamientos sociales son trascendentales (2).

En América Latina la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En su plan de acción 2008-2012 definió como uno de sus objetivos estratégicos “Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos” (2).

En Argentina. Se han implementado programas que si bien han surgido desde una concepción de Atención Primaria en Salud (APS) incluyen importantes componentes de DSS (4).

En Bolivia. Implementó un importante cambio de enfoque del modelo del sistema de salud desde el 2006, con la reorientación hacia los Desigualdades Sociales en Salud (DSS) teniendo como eje central el Modelo de Salud Familia Comunitaria Intercultural (SAFCI) que busca integrar a la comunidad en la prestación de servicios de salud (5).

En Brasil Después de más de 20 años del Sistema Único de Salud (SUS) se ha logrado una disminución lenta de las desigualdades en la tasa de utilización de servicios de salud médicos y dentales comparando los quintiles de menor ingreso con los de mayor ingreso, así como disminución en la presentación de enfermedades crónicas en la población de ambos grupos. Persisten retos como un alto nivel de segmentación del sistema de salud con una cobertura desigual entre el sistema de salud público (75%) (5).

En Chile En el 2008 el Ministerio de Salud creó la Secretaría Técnica de Desigualdades Sociales en Salud (DSS) que funcionó hasta 2010 y promovió la iniciativa “13 pasos hacia la equidad en salud en Chile” desde la cual se originaron estrategias de intervención focalizada en grupos poblacionales específicos, (6).

En Colombia. El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 tiene como uno de sus enfoques el modelo de desigualdades Sociales en Salud (DSS) y a partir de él se soportan dos de los tres objetivos estratégicos del plan: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente (7).

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 La londe, 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 (7).

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 (8).

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, (8).

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 (8).

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquel susceptible de modificación mediante intervenciones efectivas (9).

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo. El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (9).

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, exigen una renovación en él, enfoque de la salud del adulto (10).

Equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas y evitables 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, (11).

En Perú existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Por un lado, existen inequidades de acceso a los servicios. Por otro, hay inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (12).

En el Perú, el Ministerio de Salud, en la estrategia nacional de seguridad alimentaria 2004-2015, realizó un diagnóstico de la seguridad/inseguridad alimentaria de Perú, donde concluyó que los principales problemas de inseguridad alimentaria se dan por el lado del acceso, ocasionado por bajos niveles de ingreso, así como el uso inadecuado de alimentos por parte de la población (12).

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

77,7% en área urbana, 51,4% no cuenta con servicio de eliminación de excretas, 8,2% en área urbana (12).

El Ministerio de Salud, dice que, si bien la atención primaria ha mejorado, todavía hoy un tanto por ciento elevado de la población un 25% no tiene acceso a la atención de la salud. La población indígena tiene menos acceso a los servicios sanitarios debido, principalmente a barreras lingüísticas y culturales. Si nos referimos a los afiliados al SIS en Ancash, en el primer semestre del 2011, se han afiliado 540,289 personas, el 339,132 afiliado hacen el 62,77 %. Que corresponde a la población de las zonas rurales; 201,157 afiliadas corresponden a las zonas urbanas marginales y el 37,23% corresponde a las zonas urbanas (13).

Esta problemática se observa en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores (13).

Así mismo el nivel de educación, el 55% de los pobres y el 71% de los pobres extremos mayores de 15 años, algunos estudiaron algún año de educación y otros no tienen ningún nivel de educación, igual que, el porcentaje más alto de analfabetismo es mayor en las zonas rurales sierra peruana, estos podemos percibir en los siguientes departamentos como en de Apurímac (21,7%), Huancavelica (20,1%), Ayacucho (17,9%), Cajamarca (17,1%), Huánuco (16,6%), Cuzco (13,9%), Ancash (12,4%), Puno (12,2%) y Amazonas (12%). En los departamentos de Ucayali, Moquegua, Arequipa, Tacna, Tumbes, Madre de Dios, Ica, Lima y en la provincia constitucional de Callao se dan tasas más bajas (14).

En cuanto a los estilos de vida, la organización panamericana de la salud (OPS) y la comisión nacional de lucha anti tabáquica (COLAT), revelan que, en el Perú, la prevalencia de fumadores actuales es 27%, y 40% de la población peruana se expone involuntariamente al humo del tabaco. El 3,9% de los niños entre 8 y 10 años han fumado alguna vez y 3,6% de menores de 15 años ya fuman. El 90% refieren que los fumadores han iniciado este hábito antes de los 20 años, hay más varones fumadores que mujeres fumadoras (15).

A esta realidad no es ajena los adultos del Caserío de Huantzapampa Sector “C” ubicado en el Centro Poblado de Pashspa, Distrito de Taricá, Provincia de Huaraz, Departamento de Ancash. Limita por el este con el Nevado Ishinca, por oeste; con el Distrito de Taricá, por el norte con el Caserío de Panpamaca, y por el sur; con el Centro Poblado de Collón (16).

El dicho Caserío contó con población total de 209 habitantes, la población muestral de adultos fue de 125, los pobladores, en aquello tiempo la mayoría de ellos se dedicaban en la agricultura, pocos jóvenes seguían el estudio superior después de terminar su secundaria, las amas de casa se dedicaban a crianza de animal y en la agricultura, referían que de esa manera daban una buena alimentación y una buena educación a sus hijos (16).

La población también contaba con beneficios de agua potable, luz, desagüe, estos servicios es de manera permanente, en cuanto el consumo de agua referían que todos los usuarios daban una cuota de s/ 2.00 al mes así compraban los accesorios necesarios para el mantenimiento de las tuberías, cloración del agua y limpieza del tanque; en cuanto el consumo de energía eléctrica, no contaban con medidor propio porque en Hidrandina estaba registrado el nombre de comunidad en general por lo cual

el recibo de energía eléctrica salía para toda la población en general, para ello los usuarios daban pago de s/6.00 al mes así pagaban adjuntado el monto del recibo de energía eléctrica que salía cada mes. En cuanto la disposición de la basura, los adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013, no contaban con carro recolector de basura permanente, si no que el carro recolector de basura iba una sola vez al mes a recoger la basura, por lo cual muchos no lo recogían la basura para el carro recolector, por no esperar tanto tiempo al carro recolector lo votaban la basura en sus chacras (16).

La población contaba con un local comunal donde realizaban sus reuniones respectivas, también tenían su campo deportivo donde organizaban los deportes de futbol masculinos y femeninos. Casi todos los adultos eran de religión católica, por lo tanto, sus costumbres de ellos era celebrar las fiestas patronales en las fechas determinadas que tenían ellos considerados, refieren que la comida que preparaban en las fiestas era: Sopa de llunca (Resbalado) y el puchero con la carne de chanco.

También contaban con una institución educativa inicial, los adultos del dicho Caserío no contaban con Puesto de Salud en su propio caserío, al enfermarse de cualquier enfermedad tenían que ir al Centro de Salud de Centro Poblado de Pashpa. La enfermedad más destacada en ese tiempo era Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y la enfermedad de Infección Respiratoria Aguda (IRA), ya que este caserío se encuentra ubicado cerca al nevado Ishinca y referían que hacía demasiado frío, y más la contaminación ambiental que provocaba la Mina "Baric Misquichilca" que se encuentra ubicado en el mismo frente de este caserío, estos son los que causaban estas enfermedades a este Caserío (16).

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

¿Cuáles son los Determinantes de Salud en Adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C"? Pashpa_Taricá, ¿2013?

Objetivo General:

Describir los determinantes de la salud, en cuanto el estilo de vida, entorno socioeconómico, entorno físico y de las redes sociales y comunitarias en Adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá.

Este trabajo de investigación me permitió generar conocimiento del problema planteado y así puede comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población y a partir de ello propuse 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 permite instar a los profesionales de la salud, a seguir investigando sobre estos temas y su aplicación en políticas para mejorar estos determinantes, único camino para salir del círculo de la enfermedad y la pobreza, y llevarlos a construir un Perú cada vez más saludable. También ayuda a entender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad en salud y mejorar la salud de la población, en general, y promocionar su salud, en particular, implica el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

Esta investigación es necesaria también para los establecimientos de salud porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia de los Programas Preventivos promocionales de la salud en todos los ciclos de vida y reducirlos factores de riesgo, así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Además, es conveniente para las autoridades provinciales y regionales de la Dirección de salud y a los personales de salud, municipios para que puedan conocer estos temas y realizar mayor énfasis en cuanto a actividades preventivo promocionales, así como para los adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013, ya que los resultados de la investigación han podido contribuir a que los adultos identifiquen sus determinantes de la salud y así se motivaron a cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes disminuyeron el riesgo de padecer enfermedad y eso favorece la salud y el bienestar de ellos mismos.

II. Revisión de literatura:

2.1 Antecedentes de la investigación:

Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A Nivel internacional:

Barraza M, Panopoulou G, Díaz B, (17) En sus estudios investigaron inequidades en salud y cuidado de la salud porque refieren que es una preocupación constante de salud en México en cuanto el resultado de desigualdades persistentes en la distribución de la riqueza y otros factores socioeconómicos y características del sistema de salud que determina reglas diferenciales de financiamiento y acceso a los servicios de salud en toda la población grupos. Ellos trabajaron con la población de más de 110 millones, México está experimentando un demográfica y una transición epidemiológica. El primero se refleja en el envejecimiento de la población. Pronostican que para 2050, cerca de El 25% de la población tendrá 60 años o mayor (17).

El efecto epidemiológico está esencialmente indicado por principales causas de muerte y de la enfermedad y su distribución entre diferentes grupos de población. Incomunicable las enfermedades representan el 84% de todas las muertes y el 68% de la carga de enfermedad, medida por el número de años de vida sana perdidos por muerte prematura y discapacidad. Los que son más vulnerables son los pobres, rurales e indígenas. Como resultado, estos grupos muestran una mayor mortalidad infantil y materna que la población general. Ahí es una diferencia de 10 años en la esperanza de vida entre los tres estados con el más alto nivel de marginación

Vásquez F, Paraje G, Estay MA (18). A pesar de muchos desafíos, un gran número de países en América Latina y el Caribe (LAC) ha implementado equidades políticas y programas destinados para que mejoraren el estado de salud y el acceso a la salud para la población más vulnerada. Mientras la región ha visto un progreso notable en salud promedio durante el mismo período, no hubo pruebas claras de si el nivel de inequidad en salud y salud cuidado que han plagado la región por lo largo han mejorado. Dado que la equidad en la salud, la utilización y el acceso a la atención médica sigue siendo una preocupación en la agenda de salud de la mayoría países de esta región. Como el principal público internacional organización de la salud en la América Latina, La Organización Panamericana de la Salud promueve equidad en el acceso a tiempo y bienes y servicios de salud de calidad entre países como la base de una equidad sistema de salud y su evaluación y la supervisión se consideran clave funciones de salud pública. La Organización de Salud condujo un inicial conjunto de estudios en seis países: Brasil, Chile, Colombia, Jamaica, México y Perú. El objetivo principal de estos estudios, publicado en esta edición, es para medir y explicar las desigualdades relacionadas con el ingreso en el estado de salud y la utilización de la atención médica a través del tiempo (18).

A Nivel Nacional:

Petrera. M, (19). En el Perú Se nos da conocer que hay una tendencia al envejecimiento relativo de la población, la cual se incrementa más rápidamente el conjunto de la población, creciendo a un ritmo continuo, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida en todas las edades. Con respecto al saneamiento básico se observa mejoras en las coberturas en los últimos años determinando que para el 2012 el acceso de los hogares al agua a través de la red pública llega al 78.9%by la eliminación de excretas a través de red pública 59.3%

o letrina 28.9% alcance al 88.5%. Pero en zonas rurales todavía falta alcanzar estos porcentajes y en la mitad de las regiones del país. La pobreza en el Perú muestra una tendencia descendente, afectando al 27.8% de la población peruana en el 2011. A pesar que el descenso es en todos los ámbitos geográficos, sigue siendo mayor en las zonas rurales 56.1%, principalmente en la sierra rural 62.3% y en la selva rural 47% (19).

A nivel local

Jacinto, V, (20). En su estudio Determinantes de la salud en mujeres adultas maduras obesas A.H Villa España, Chimbote, 2012. En dicho estudio, concluye que el 68.75 % (55) de las mujeres adultas maduras obesas refieren que no fuman ni han fumado nunca; el 41.25 % (33) refieren consumen bebidas alcohólicas una vez al mes, el 83.75 % (67) duermen de 8 a 10 horas; en cuanto a la actividad física que realizaron las dos últimas semanas se observó que el 50 % (40) caminaron durante más de 20 minutos; el 75 % (60) consumen frutas diariamente; el 75 % (60) consumen carne 3 o más veces a la semana; el 93.75 % (75) consumen pescado 3 o más veces a la semana; el 100 % (80) consumen fideos. En ese sentido, un estilo de vida saludable no solo debe preocuparse por la salud física, sino que debe abarcar todas las dimensiones de la persona (el cuerpo, la mente, las emociones, los afectos, la vida de relación, los intereses, el sentido de trascendencia). Por lo tanto, se requiere, cuidado de la salud física.

Jiménez, C, (21). En su estudio de determinantes de la salud en adultos maduros sanos en el A.H Los Paisajes, Chimbote, 2012. Dicho estudio concluye que el 78.75 % (63) son de sexo femenino, el 71.25 % (57) tienen grado de instrucción secundaria entre completa e incompleta (la mayoría), un 28.75 % (23) tienen grado de instrucción inicial y primaria, el 58.75 % (47) tienen un ingreso económico de

1001 a 1400, y el 19 % está entre desempleado y jubilado (21).

2.2. Bases teóricas y conceptos de investigación

La presente investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead presenta a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (22).

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 (22).

Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (22).



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.

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 (23).

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. 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. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (23).



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

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

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 (24).

b) Determinantes intermediarios.

Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, actores 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 (24).

c) Determinantes

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.

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 (24)

Mi salud: La salud puede ser entendida, en una primera aproximación, como un estado de equilibrio no solamente físico, sino también psíquico y espiritual. En este sentido se puede decir que la salud es uno de los anhelos más esenciales del ser humano,

y constituye la cualidad previa para poder satisfacer cualquier otra necesidad o aspiración de bienestar y felicidad, aunque la salud no puede ser identificada taxativamente como felicidad o bienestar sin más.

Asimismo, la salud es el medio que permite a los seres humanos y a los grupos sociales desarrollar al máximo sus potencialidades, esto es, sería como la condición de posibilidad que permite la realización del potencial humano de cualquier persona (25).

Comunidad: Las definiciones de comunidad analizadas contemplan los elementos de carácter estructural y funcional relacionadas con la perspectiva socio-histórico-cultural de manera armónica; sin embargo, no toman en cuenta el aspecto lingüístico, cuestión que también permite a sus miembros reconocerse como tal (26).

Trabajo: Es una actividad laboral que puede tener recompensas intrínsecas a la misma, y que por tanto el trabajo no necesariamente consiste en una actividad pura y exclusivamente instrumental, sino que puede ser al menos parcialmente autotélica (tener en ella misma su propio fin).

Por el contrario, un concepto reducido de trabajo sería aquél que sólo considera posibles recompensas extrínsecas a la actividad en cuestión (recompensas que pueden tomar formas muy distintas: dinero, supervivencia, reconocimiento social, salvación religiosa, etc (27).

Territorio. Geiger, (1996) Territorio es una extensión terrestre delimitada que incluye una relación de poder o posesión por parte de un individuo o un grupo social. Contiene límites de soberanía, propiedad, apropiación, disciplina, vigilancia y jurisdicción, y transmite la idea de cerramiento está ligado a la idea de poder público, estatal o privado en todas las escalas (28).

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y Diseño de investigación

Tipo: Cuantitativo, descriptivo (29,30).

Cuantitativo y descriptivo: Es un método científico que implica observar y describir ciertas alternativas, usando magnitudes numéricas que pueden ser tratadas mediante herramientas del campo de la estadística los resultados son descriptivos.

Diseño: De una sola casilla (29)

Uso un solo grupo con carácter experimental, el investigador observa y describe el comportamiento del grupo para luego informar Es de carácter retrospectivo y es el diseño apropiado para los problemas de identificación y descripción.

3.2. Población y muestra

- La población estuvo conformada por 125 adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá. Quienes participaron en la encuesta para el trabajo de investigación.

Unidad de análisis

- Cada a dulto del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, formó parte del universo muestral y cumplió con los criterios de investigación.

Criterios de Inclusión

- Adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, que vivían más de 3 años en dicho lugar de investigación.
- Adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, que no tenían problemas de trastorno mental.

- Adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, que se dispusieron de participar en la encuesta sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de instrucción.

Criterios de Exclusión:

- Los adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, que tenían algún trastorno mental.

3.3. Definición Y Operacionalización De Variables.

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO SOCIOECONOMICO:

Edad:

Definición Conceptual.

Edad se refiere el tiempo que viven las personas. 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:

La operacionalización dependió de la población con lo que se trabajó.

- 18 a 29 años (Adulto joven)
- 30 a 34 años (Adulto maduro)
- 60 a 80 años (Adulto mayor)

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 nivel de instrucción de una persona el grado más elevado de estudios realizados o en cursos sin tener en cuenta si hayan terminado o no la primaria o secundaria.

Definición Operacional

Escala Ordinal:

- Sin nivel de instrucción
- Sin nivel
- Inicial/Primaria
- Secundaria incompleta / Secundaria completa
- Superior no universitaria incompleta/Superior no universitaria completa
- Superior universitario incompleta/Superior universitario 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 transferencias recibidas por los hogares (33).

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

El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o que hacer (34).

Definición Operacional

Escala Nominal:

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

Tipo de 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 (35).

Definición operacional

Escala nominal:

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

Tendencia

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

Material del piso:

- Tierra
- Entablado
- Loseta, vinílicos o sin vinílico
- Láminas asfálticas
- Parquet

Material del techo:

- Madera, esfera
- 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

Número de personas que 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

Tipo de alumbrado de la vivienda

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

Eliminación 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 semanas, 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 específico de recogida
- Vertido por el fregadero o desagüe
- Otros

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Hablar de estilos de vida es hablar de cómo invierte el hombre el único capital que tiene. Un agricultor, un banquero puede haber nacido en un mismo momento temporal, vivir en un mismo lugar, pero van a diferenciarse en la distribución y el contenido que le dan a su tiempo a su reloj de las 24 horas que sumadas conformaran el ciclo vital (36).

Definición operacional

Escala nominal

¿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.

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

- Diario

- Dos a tres veces por semana
- Una vez a la semana
- Una vez al mes
- Ocasionalmente.

Número de horas que duerme

- 6 a 8 horas
- 1 08 a 10 horas
- 2 10 a 12 horas

Frecuencia se baña

- Diariamente
- 4 veces a la semana
- 2 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

Tipo de actividad física que realiza:

- Caminar () Deporte () Gimnasia ()

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

- Caminar
- Gimnasia suave
- Juegos con poco esfuerzo
- Correr
- Deporte
- Ninguna

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

Definición Conceptual

La dieta es una cantidad de alimentos y bebidas que le proporciona al organismo en un periodo de 24 horas sin importar si cubre o no las necesidades de nutrición (37).

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

Toda red social implica un proceso de construcción permanente y colectivo, de reciprocidad y abierto, es decir que las personas que la comprenden pueden ingresar y egresar cuando lo consideren necesario y cambiar sus roles de acuerdo a la dinámica grupal. También se puede decir que son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad (38).

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala ordinal

- Familia
- Amigo
- Vecino

- Compañeros espirituales
- Compañeros de trabajo
- No recibo

Apoyo social organizado

Escala ordinal

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

Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

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

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Definición Conceptual

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo 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) (39).

Definición Operacional

- Escala ordinal
- Muy buena
- Buena

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 atendieron está:

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

Tipo de seguro tiene Usted:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

El tiempo que espero para que lo atendieran en el establecimiento de salud

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

¿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 ()

3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos: Técnicas

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

Instrumento

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

Instrumento No 01

- El instrumento fue elaborado en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en las personas del Perú. Elaborado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO 01).
- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la Persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno socioeconómico (Edad, sexo, grado ocupación, de instrucción, condición de ingreso trabajo); económico, 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:

La validez externa: La medición de la validez de contenido se realizó utilizando La fórmula de Lawshe denominada “Razón de validez de contenido

(RVC)”.

Al validar el cuestionario se calcula la razón de validez de contenido para cada reactivo, el valor mínimo de CVR para un número de 8 expertos es de 0,75. De acuerdo con Lawshe si más de la mitad de los expertos indica que una pregunta es esencial, esa pregunta tiene al menos alguna validez de contenido. Coeficiente de validez total = 0,75. Este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta del Perú (ANEXO 2) (40).

Evaluación De La Confiabilidad:

Confiabilidad Inter evaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad Inter evaluador. (ANEXO 3)

3.5. Análisis y Procesamiento de los datos:

Procedimientos para la recolección de datos:

- Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se consideró los siguientes aspectos:
- Se informó y pidió consentimiento de las personas de dicha comunidad, haciendo hincapié recolectados y resultados obtenidos que los datos mediante su participación son estrictamente confidenciales.

- Se coordinó con los adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá.
- su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada adulta del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.
- El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

3.6. Matriz de consistencia

| TÍTULO | ENUNCIADO | OBJETIVO GENERAL | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | METODOLOGÍA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Determinantes De Salud En Adultos Del Caserío De Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013. | ¿Cuáles son los Determinantes de Salud en Adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C"? Pashpa_Taricá, ¿2013? | <ul style="list-style-type: none"> • Describir los determinantes de la salud, en cuanto el estilo de vida, entorno socioeconómico, entorno físico y de las redes sociales y comunitarias en Adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá. | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los determinantes del entorno socioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), de los Adultos de Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá. • Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad, de los Adultos de Caserío de | <p>Tipo: Cuantitativo, descriptivo</p> <p>Diseño: De una sola casilla</p> <p>Técnicas: Entrevista y observación</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | | | <p>Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013.</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, de los Adultos de Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá. | |
|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

3.7. Principios éticos

En toda investigación que fue llevado a cabo, el investigador previamente valoro los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (41).

Anonimato

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

- Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de los adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

- Se informó a los adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, los fines de la investigación, cuyos resultados fueron plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

- Solo se trabajó con los en adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C".
Pashpa_Taricá, que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo
(ANEXO 4).

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados.

TABLA 01

*DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS DEL
CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICÁ, 2013.*

| Sexo | N | % |
|----------------------------------|----------|----------|
| Masculino | 60 | 48,8 |
| Femenino | 63 | 51,2 |
| Total | 123 | 100 |
| Edad | N | % |
| Adulto Joven | 47 | 38,2 |
| Adulto Maduro | 58 | 47,2 |
| Adulto Mayor | 18 | 14,6 |
| Total | 123 | 100 |
| Grado de instrucción | N | % |
| Sin nivel de instrucción | 39 | 31,7 |
| Inicial/Primaria | 56 | 45,5 |
| Secundaria | | |
| Completa/secundaria | 27 | 22,0 |
| Incompleto | | |
| Superior universitaria | 1 | 0,8 |
| Superior no universitaria | 0 | 0,0 |
| Total | 123 | 100. |
| Ingreso económico (Soles) | N | % |
| Menor de 750 | 119 | 96,7 |
| De 751 a 1000 | 3 | 2,4 |
| De 1001 a 1400 | 1 | 0,9 |
| De 1401 a 1800 | 0 | 0,0 |
| De 1801 a más | 0 | 0,0 |
| Total | 123 | 100.0 |

Continúa...

DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS

DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C", PASHPA - TARICÁ, 2013.

| Ocupación | N | % |
|--------------------|----------|----------|
| Trabajador estable | 22 | 17,9 |
| Eventual | 42 | 34,1 |
| Sin ocupación | 55 | 44,7 |
| Jubilado | 1 | 0,9 |
| Estudiante | 3 | 2,4 |
| Total | 123 | 100 |

Conclusión.

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes. Aplicado a los Adultos del Caserío De Huantzapampa Sector "C". Pasha _Taricá, 2013.

TABLA 02.*DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO**EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C".**PASHP_TARICÁ, 2013.*

| Tipo de vivienda | N | % |
|-------------------------------------------|------------|------------|
| Vivienda unifamiliar | 100 | 81,3 |
| Vivienda multifamiliar | 22 | 17,9 |
| Vecindad, quinta, choza, cabaña | 0 | 0,0 |
| Local no destinado para habitación humana | 0 | 0,0 |
| Otros | 1 | 0,8 |
| Total | 123 | 100 |

| Tenencia | N | % |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Alquiler | 4 | 3,3 |
| Cuidador/alojado | 0 | 0,0 |
| Plan social (dan casa para vivir) | 10 | 8,1 |
| Alquiler venta | 2 | 1,6 |
| Propia | 107 | 87,0 |
| Total | 123 | 100 |

| Material del piso | N | % |
|----------------------------------|------------|------------|
| Tierra | 113 | 91,9 |
| Loseta, vinílicos o sin vinílico | 1 | 0,8 |
| Láminas asfálticas | 8 | 6,5 |
| Parquet | 1 | 0,8 |
| Total | 123 | 100 |

Continua.....

| Material del techo | N | % |
|------------------------------------|----------|----------|
| Madera, esfera | 0 | 0,0 |
| Adobe | 118 | 95,9 |
| Estera y adobe | 1 | 0,8 |
| Material noble, ladrillo y cemento | 4 | 3,3 |
| Eternit | 0 | 0,0 |
| Total | 123 | 100 |

| Material de las Paredes | N | % |
|-----------------------------------|----------|----------|
| Madera, estera | 0 | 0,0 |
| Adobe | 118 | 95,9 |
| Estera y adobe | 1 | 0,8 |
| Material noble ladrillo y cemento | 4 | 3,3 |
| Total | 123 | 100 |

| N° de personas que duermen en una habitación | N | % |
|-----------------------------------------------------|----------|----------|
| 4 a más miembros | 3 | 2,5 |
| 2 a 3 miembros | 111 | 90,2 |
| Independiente | 9 | 7,3 |
| Total | 123 | 100 |

| Abastecimiento de agua | N | % |
|-------------------------------|----------|----------|
| Acequia | 5 | 4,1 |
| Cisterna | 2 | 1,6 |
| Pozo | 5 | 4,1 |
| Red pública | 2 | 1,6 |
| Conexión domiciliaria | 109 | 88,6 |
| Total | 123 | 100 |

Continúa.....

| Eliminación de excretas | N | % |
|--------------------------------------|------------|------------|
| Aire libre | 28 | 22,8 |
| Acequia, canal | 2 | 1,6 |
| Letrina | 23 | 18,7 |
| Baño público | 2 | 1,6 |
| Baño propio | 66 | 53,7 |
| Otros | 2 | 1,6 |
| Total | 123 | 100 |
| Combustible para cocinar | N | % |
| Gas, Electricidad | 9 | 7,3 |
| Leña, carbón | 111 | 90,2 |
| Bosta | 1 | 0,9 |
| Tuza (coronta de maíz) | 0 | 0,0 |
| Carca de vaca | 2 | 1,6 |
| Total | 123 | 100 |
| Energía eléctrica | N | % |
| Sin energía | 2 | 1,6 |
| Lámpara (no eléctrica) | 1 | 0,8 |
| Grupo electrógeno | 1 | 0,8 |
| Energía eléctrica temporal | 0 | 0,0 |
| Energía eléctrica permanente | 108 | 87,9 |
| Vela | 11 | 8,9 |
| Total | 123 | 100 |
| Disposición de basura | N | % |
| A campo abierto | 55 | 44,7 |
| Al río | 3 | 2,4 |
| En un pozo | 12 | 9,8 |
| Se entierra, quema, carro recolector | 53 | 43,1 |
| Total | 123 | 100 |

Continúa.....

| Frecuencia con qué pasan recogiendo la | N | % |
|-----------------------------------------------------|----------|----------|
| Diariamente | 27 | 22,0 |
| Todas las semanas, pero no diariamente | 35 | 28,4 |
| Al menos 2 veces por semana | 2 | 1,6 |
| Al menos 1 vez al mes, pero no todas las semanas | 59 | 48,0 |
| Total | 123 | 100 |

| Suele eliminar su basura en alguno los siguientes lugares: | N | % |
|-----------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| Carro recolector | 26 | 21,2 |
| Montículo o campo limpio | 92 | 74,8 |
| Contenedor específico de recogida | 0 | 0,0 |
| Vertido por el fregadero o desagüe | 3 | 2,4 |
| Otros | 2 | 1,6 |
| Total | 123 | 100 |

Conclusión.

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los Adultos del Caserío De Huantzapampa Sector "C". Paspá _Taricá, 2013.

TABLA 03.*DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE CASERÍO**DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICÁ, 2013.*

| Fuma actualmente: | N | % |
|---------------------------------------|------------|------------|
| Si fumo, diariamente | 3 | 2,5 |
| Si fumo, pero no diariamente | 4 | 3,2 |
| No fumo, actualmente, pero he fumado | 0 | 0,0 |
| No fumo, ni he fumado nunca de manera | 116 | 94,3 |
| Total | 123 | 100 |

| Frecuencia de consumo de bebidas | N | % |
|-----------------------------------------|------------|------------|
| Diario | 2 | 1,6 |
| Dos a tres veces por semana | 3 | 2,4 |
| Una vez a la semana | 1 | 0,8 |
| Una vez al mes | 1 | 0,8 |
| Ocasionalmente | 40 | 33 |
| No consume | 76 | 61,4 |
| Total | 123 | 100 |

| N° de horas que duerme | N | % |
|-------------------------------|------------|------------|
| [06 a 08) Horas | 114 | 92,7 |
| [08 a 10) Horas | 9 | 7,3 |
| [10 a 12) Horas | 0 | 0,0 |
| Total | 123 | 100 |

| Frecuencia con que se baña | N | % |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Diariamente | 11 | 8,9 |
| 4 veces a la semana | 112 | 91,1 |
| No se baña | 0 | 0,0 |
| Total | 123 | 100 |

Continua.....

| Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud | N | % |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| Si | 34 | 27,6 |
| No | 89 | 72,4 |
| Total | 123 | 100% |

| Actividad física que realiza en su | N | % |
|-------------------------------------------|------------|------------|
| Caminar | 117 | 95,1 |
| Deporte | 6 | 4,9 |
| Gimnasia | 0 | 0,0 |
| No realice | 0 | 0,0 |
| Total | 123 | 100 |

| En las dos últimas semanas que actividad física | N | % |
|--------------------------------------------------------|------------|-------------|
| Caminar | 85 | 69,1 |
| Gimnasia suave | 6 | 4,9 |
| Juegos con poco esfuerzo | 1 | 0,8 |
| Correr | 2 | 1,6 |
| Deporte | 29 | 23,6 |
| Ninguna | 0 | 0,0 |
| Total | 123 | 100% |

Continua.....

TABLA 03. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

| Alimentos que consume | Diario | | 3 o más veces a la semana | | 1 o 2 veces a la semana | | Menos de 1 vez a la semana | | Nunca o casi nunca | | Total | |
|-----------------------------|--------|------|---------------------------|------|-------------------------|------|----------------------------|------|--------------------|---|-------|-----|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Frutas | 4 | 3,2 | 53 | 43,1 | 39 | 31,7 | 27 | 22,0 | 0 | 0 | 123 | 100 |
| Carne | 6 | 4,9 | 13 | 10,6 | 53 | 43,1 | 51 | 41,5 | 0 | 0 | 123 | 100 |
| Huevos | 40 | 35 | 69 | 51 | 10 | 8,1 | 4 | 33 | 0 | 0 | 123 | 100 |
| Pescado | 10 | 8,1 | 16 | 13,0 | 45 | 36,6 | 52 | 42,3 | 0 | 0 | 123 | 100 |
| Fideos | 113 | 91,9 | 5 | 4,1 | 2 | 1,6 | 3 | 2,4 | 0 | 0 | 123 | 100 |
| Pan, cereales | 113 | 91,9 | 5 | 4,1 | 2 | 1,6 | 3 | ,4 | 0 | 0 | 123 | 100 |
| Verduras, hortalizas | 12 | 9,8 | 41 | 33,3 | 62 | 50,4 | 8 | 6,5 | 0 | 0 | 123 | 100 |
| Otros | 35 | 28 | 58 | 47,5 | 23 | 18,8 | 7 | 5,7 | 0 | 0 | 123 | 100 |

Conclusión.

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los Adultos del Caserío De Huantzapampa Sector "C". Paspá _Taricá, 2013.

TABLA 04.

*DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS
ADULTOS DE CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C".*

PASHPA_TARICÁ, 2013.

| Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses | N | % |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| Hospital | 2 | 1,6 |
| Centro de salud | 53 | 43,1 |
| Puesto de salud | 54 | 43,9 |
| Clínicas particulares | 4 | 3,3 |
| Otras | 10 | 8,1 |
| Total | 123 | 100 |
| Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está: | N | % |
| Muy cerca de su casa | 3 | 2,4 |
| Regular | 44 | 35,8 |
| Lejos | 20 | 16,3 |
| Muy lejos de su casa | 56 | 45,5 |
| No sabe | 0 | 0,0 |
| Total | 123 | 100 |
| Tipo de Seguro | N | % |
| ESSALUD | 0 | 0,0 |
| SIS – MINSA | 101 | 82,1 |
| SANIDAD | 9 | 7,3 |
| Total | 123 | 100 |

| El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció? | N | % |
|----------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| Muy largo | 0 | 0,0 |
| Largo | 23 | 18,7 |
| Regular | 89 | 72,4 |
| Corto | 11 | 8,9 |
| Muy corto | 0 | 0,0 |
| No sabe | 0 | 0,0 |
| Total | 123 | 100 |

| Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue: | N | % |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| Muy Buena | 2 | 1,6 |
| Buena | 94 | 76,4 |
| Regular | 27 | 22,0 |
| Mala | 0 | 0,0 |
| Muy mala | 0 | 0,0 |
| No sabe | 0 | 0,0 |
| Total | 123 | 100 |

| Pandillaje o delincuencia y pandillaje cerca de su casa: | N | % |
|-----------------------------------------------------------------|------------|------------|
| Si | 28 | 23 |
| No | 95 | 77 |
| Total | 123 | 100 |

Conclusión.

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los Adultos del Caserío De Huantzapampa Sector "C". Pasma _Taricá, 2013.

TABLA 5

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C".

PASHPA_TARICÁ, 2013.

| Recibe algún apoyo social natural: | N | % |
|----------------------------------------------|------------|------------|
| Familiares | 4 | 3,1 |
| Amigos | 0 | 0,0 |
| Vecinos | 2 | 1,6 |
| Compañeros espirituales | 3 | 2,3 |
| Compañeros de trabajo | 0 | 0,0 |
| No recibo | 114 | 93 |
| Total | 123 | 100 |
| Recibe algún apoyo social organizado: | N | % |
| Organizaciones de ayuda al enfermo | 0 | 0,0 |
| Seguridad social | 7 | 5,7 |
| Empresa para la que trabaja | 0 | 0,0 |
| Instituciones de acogida | 1 | 0,8 |
| Organizaciones de voluntariado | 1 | 0,8 |
| No recibo | 114 | 92,7 |
| Total | 123 | 100 |

Conclusión.

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los Adultos del Caserío De Huantzapampa Sector "C". Paspas _Taricá, 2013.

TABLA 6

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C", PASHPA - TARICÁ, 2013.

| Recibe algún apoyo social organizado: | N | % |
|----------------------------------------------|----------|----------|
| Pensión 65 | 1 | 0,8 |
| Comedor popular | 117 | 95,1 |
| Vaso de leche | 5 | 4,1 |
| Otros | 0 | 0 |
| Total | 123 | 100 |

Conclusión.

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes. Aplicado a los Adultos del Caserío De Huantzapampa Sector "C". Pasha _Taricá, 2013.

4.2. Análisis de resultados.

TABLA 01

En cuanto a los determinantes de la salud bioosocioeconómicos de los adultos del Caserío De Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013, el 51,2% de los adultos son del sexo femenino, 47,2% son adultos maduros de 36-59 años, 45,5% tienen el grado de instrucción Inicial/Primaria, 96,7% tiene ingreso económico menor de 750 soles, 44,7% de los adultos no tienen ocupación.

Los resultados de la presente investigación se asemejan a los resultados encontrados en el estudio de Sánchez, R. (42), en su estudio “Estilos de Vida y Factores Biosocioculturales de los Adultos del Asentamiento Humano Louro Callex, Los Olivos – Lima, 2012.” En el cual señor Sánchez concluye dando conocer que en los factores biológicos se observa que el 48,3% son adultos maduros tienen una edad comprendida entre 35 y 59 años, el 50,1% son del sexo femenino, el 43,6% inicial y primaria completa e incompleta, el 94,7% tienen ingreso económico menor de 700 nuevos soles, el 92,7% no tienen ocupación son agricultores (42).

Los resultados de la presente investigación también semejan con los resultados obtenidos por Quiñones, I. (43) en su estudio titulado “Estilo de Vida y Factores Biosocioculturales del Adulto en la Clínica Zuta-Trujillo, 2012”. Donde concluye que el 49,7% tienen la edad entre 35 a 59 años, y el 49,7% son femeninas, el 94,6% cuenta ingreso económico de 700 - 800 soles, el 90% no tienen ocupación, el 30% tiene secundaria completa (43).

Uno de los resultados que difiere con los resultados de mi investigación es también de Franco, S. (44), en su estudio “Estilos de vida y Factores Biosocioculturales de Adultos de Urbanización San Cayetano – Piura, 2012.” Donde refiere que, en el factor biológico, el 50,4% son de edad 20 a 35 años, el 49,7% son de sexo femenino, en los factores culturales, el 43,9% refieren tener grado de instrucción secundaria completa, el 37,7% cuentan con trabajos eventuales y el 94,7% refieren que tienen el ingreso económico menor a 780 soles (44).

También se asemeja con el estudio de Valladares, E. (45), en su estudio denominado “Estilos de Vida y Factores Biosocioculturales del Adulto del Centro Poblado Puerto Casma-comandante Noel, 2012”, quien refiere que en su estudio el 50,8% son personas adultas, el 43,8% son femeninas, el 43% son adultos maduros, el 32,9% refiere que tienen primaria incompleta, el 97,4% trabajan eventualmente (45).

Pero también encontramos resultados que semejan con del Crumacero, D. (46), en su investigación titulada “Estilos de Vida y Factores Biosocioculturales de la Persona en el A.H. Mónica Zapata-Piura, 2011” donde concluye refiriendo que el 55,8% son de sexo femenino, el 50,28% tienen la edad de 20 a 39 años, el 44% refieren que tienen el grado de instrucción inicial primaria, el 97,3% cuentan con ingreso económico entre 200 y 700 soles, el 42,2% refieren que son amas de casa (46).

El sexo es una condición orgánica de los seres vivos, los cuales son distinguidos en los seres humanos como varón y mujer, en cuanto en los animales como macho y hembra, en cuanto en los seres humanos al unirse 2 personas diferente sexo reproducir cuando se unen en relación sexual, pero 2 de mismo sexo no pueden reproducir de ninguna manera (47).

El sexo también se refiere al conjunto de características biológicas que diferencia al ser humano como varón y mujer, el sexo es una clasificación de personas como masculino y femenino y esto se evidencia desde el momento de nacimiento, basado en 56 características corporales biológicas como la dotación cromosómica, las hormonas, los órganos reproductores internos y la genitalidad (48).

El sexo de un organismo se define por las células sexuales que producen los sexos masculinos producen gametos masculinos (espermatozoide) mientras los del Sexo femenino (óvulos) los organismos individuales que producen tantos gametos Masculinos, como gametos femeninos se denominan hermafroditas (49).

La edad es el tiempo que vive o existe una persona, animal y objeto, en cuanto al ser humano se cuenta desde su nacimiento hasta que se muere, la edad nos da la posibilidad de dividir la vida humana por edad en diferentes periodos temporales como: Bebé, niñez, adolescencia, joven, adulto, adulto maduro, adulto mayor, (50).

La edad es la etapa que recorre un ser humano, generalmente se expresa como un número entero en años o como un número entero de años y meses, (51).

La edad de un individuo desde el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento, como la edad de un lactante, que se expresa desde horas de vida, días o meses de vida ya así va cumpliendo los años de vida, también se va contando los años vividos (52).

En relación al grado de instrucción, es el grado de estudio que desarrolla o a desarrollado ya un ser humano, lo cual tiene un conocimiento de lo que ha estudiado y adquirido los conocimientos durante el proceso de aprendizaje (53).

El grado de instrucción es el proceso de enseñanza de aprendizaje que crea la integración y elaboración de lo aprendido durante el aprendizaje, la experiencia y el estudio realizado lo distingue a muchas personas a reconocer que tipo de persona que

es, (53).

El ingreso económico es la cantidad de dinero que una persona o familia que tienen como fuente de ingreso económico, sueldo o salario en un determinado tiempo. El ingreso económico también se define como como egreso de dinero en un periodo de tiempo de una familia o persona (54).

El ingreso económico son todas las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, sea pública o privada, individual o grupal. Los ingresos son los elementos tanto monetarios como no monetarios que se acumulan y que generan como consecuencia un círculo de consumo o ganancia (54).

El ingreso económico es definido como la condición socioeconómica, que refleja el nivel o estatus de una persona, tanto en la dimensión social como en economía (55).

La Ocupación es el oficio o profesión de una persona, lo cual permite a una persona trabajar o emplear en sector público o privado, Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo tareas y funciones desempeñadas (56).

La ocupación es sinónimo de trabajo, labor o que hacer, es hacer en el trabajo o en las actividades de vida diaria remuneradas como no remuneradas, dentro de un contexto temporal, físico y sociocultural que proporcionan servicios o comodidades y que también caracteriza a gran parte de la vida (56).

En cuanto con los Adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013. Cuenta con 125 adultos de los cuales 2 adultos son excluidos por problemas mentales, en lo cual, según el alto porcentaje de 51, 2% de sexo femenino, se debe a que lo jóvenes del sexo masculino salen de su pueblo por buscar trabajos a la ciudad, por lo que no hay un trabajo permanente en sus Caserío, por lo cual se van en busca de trabajo y ya no regresan a vivir a sus pueblos, por querer

superar económicamente y así también pueden ayudar subsistir sus necesidades del hogar.

En cuanto la edad de la investigación realizada a los Adultos del caserío De Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013, el 45,5%, esto se debe que hay jóvenes migran de las zonas rurales a la zona urbana por querer superar económicamente y otros se van a la ciudad a estudiar una carrera profesional, porque ahora en la actualidad los padres orientan a sus hijos a no llevar una vida de ellos de los padres en cuanto el recurso económico, y hacen lo posible para que sus hijos culminen sus estudios secundarios e superiores para que puedan tener las mejores oportunidades de empleo y así mejorar su calidad de vida en cuanto el ingreso económico.

En cuanto el grado de instrucción de la investigación realizada a los Adultos del caserío De Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013 el 45,5% tienen como grado de instrucción inicial / primaria, esto se debe que la educación de los adultos no han sido culminadas debido por falta de economía, la mayoría de los adultos maduros refieren que en tiempo de ellos, sus padres no podían dar una educación completa por falta de economía, porque que eran un gran número de hermanos y hermanas, entonces el papá no podía dar una educación completa a sus hijos, por lo que no tenían recurso económico suficiente por lo que también no tenían ocupación solo se dedicaban en la agricultura por eso tienen el grado de instrucción incompletas.

Y cuanto a las hijas mujeres es porque anteriormente los padres no dejaban que las hijas mujeres estudiaran, sino que trabajaran en la casa, pastando los animales, o preparando la comida, antes eso era como costumbre para los padres, es por eso no terminaban sus estudios las mujercitas.

Referente al porcentaje de 44,7% el ingreso económico de los adultos, es menor de 750 soles, se debe a que los Adultos del caserío De Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2011, se dedican en la agricultura y algunos de ellos en la ganadería, porque no tienen un trabajo seguro, por eso no tienen un ingreso económico de alta cantidad, y la producción de la cosecha no da mucha cantidad de producción, y cuando venden los productos que siembran, no quieren agar un buen precio, vende sus productos en muy barato por lo cual tienen un ingreso económico 750 soles.

En cuanto la ocupación en la investigación realizada a los Adultos del caserío De Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013, el 44,7% de los adultos no tienen ocupación por que se dedican a la agricultura y la ganadería y amas de casas, solo de vez en cuando tiene trabajo eventual, cómo obreros, peones, y otros encuentran trabajo raras veces, viven ellos más con lo que cultivan la chacra.

TABLA 02

Se observar en Adultos del caserío De Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013, sobre los determinantes de la salud de los adultos relacionados con el “Entorno Físico”, El 81,3% de los adultos tienen la vivienda unifamiliar, 87,0% tiene vivienda propia, 91,9 % el material del piso de su vivienda es de tierra, 95,9% el material del techo es de adobe, 95,9% el material de las paredes es de adobe, 90,2% duermen de 2 o 3 personas en un cuarto, 88,6 % tiene conexión domiciliaria de agua, 53,7% cuentan con un baño propio, 90,2 % utilizan leña para cocinar, 87,9% cuentan con energía eléctrica permanente, 44,7 % eliminan la basura al campo abierto, 48,0 % refieren que el carro de recolector de basura pasa por su casa 1 vez al mes, 74,8 % suelen eliminar la basura en el campolimpio.

Los resultados de la siguiente investigación semeja a los estudios obtenidos por Ruth, G, (57), en su estudio “medio ambiente, pobreza y género: uso manejo de

los recursos ambientales en los hogares de la colonia la esperanza Tijuana, México, 2010”, donde refiere que el 80% de familia son de unifamiliar, el 85,5% tienen tenencia propia, el 90,5% tienen piso de tierra, el 92,3% las paredes de sus casa son de adobe, 88,6% refieren compartir la habitación entre 2 a 3 personas, el 85% refieren tienen la conexión domiciliaria, el 50% manifiestan que tienen baño propio, el 88,6% utilizar leña para cocinar, el 89% refieren que tienen energía eléctrica permanente, el 41,3% menciona que disponen la basura al campo abierto, el 43,0 % manifiestan que el carro de recolector pasa 1 o 2 veces al mes por su casa (57).

Así mismo otro estudio con algunas variables similares es el obtenido por José, A. (58), en su estudio “La Vivienda Social como Respuesta a una Mejor Calidad de Vida la Paz -Bolivia, 2009”. Donde reporta el 88% cuentan con agua potable, el 55,0% tienen baño propio, 75 % utilizan gas y leña, 40% recogen su basura en su casa, el 87% cuentan con energía eléctrica permanente, 83,3% refieren que la recolección de basura es 2 veces al mensual por el carro recolector de basura.

Estos resultados difieren con lo por Ana. H, (59) en su estudio de Pre factibilidad de un Proyecto Para la Prestación de Servicios de Acabados Para Viviendas de Interés Social, Bogotá-Colombia, 2004. En donde refiere que el 84.9% mencionan que tienen vivienda unifamiliar, así mismo difiere en su Tesis denominado “Prototipo de Vivienda Bioclimática Rural Sostenible en el Distrito de San Lucia” (59).

PUNO-2011, el 45% está conformado por paredes de la habitación es de, el 93% refieren que duermen 3 personas en una habitación. Tipo de vivienda es un conjunto de viviendas repetitivas organizadas en una unidad arquitectónica homogénea, formado por tres o más unidades habitacionales, unifamiliares o multifamiliares, en la cual la existencia y localización de bienes de propiedad (60).

Generalmente se suele admitir que cada vivienda es ocupada por una familia, pero

esta idea debe matizarse: hay distintos tipos de familia y hay viviendas que son ocupadas por varias familias. En el mundo desarrollado se habla de vivienda colectiva, frente a vivienda unifamiliar, para referirse a edificios que albergan varias viviendas, cada una de las cuales es habitada por una única familia. Hoy por hoy, y debido a la situación económica, existen las denominadas viviendas compartidas, que son utilizadas de forma comunitaria por varias personas sin ninguna clase de relación familiar (60).

Se entiende por tipo de vivienda, al conjunto de viviendas que tienen una o más características comunes que las hacen semejantes entre sí 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 (60).

La tenencia es un componente central del derecho a la vivienda adecuada. Cualquier iniciativa relacionada con la vivienda, ya sea en el contexto de la renovación urbana, la gestión de la tierra u otros proyectos de desarrollo, o para hacer frente a las necesidades de reconstrucción después de conflictos o desastres, inevitablemente tendrá repercusiones en la seguridad de la tenencia (60).

Tenencia de vivienda se refiere a la forma de posesión del espacio de la vivienda que ocupa el hogar, son los casos en que uno o más miembros del hogar pagan en forma periódica (semanal, mensual, anual, etc.) al propietario o a un tercero, cierta suma de dinero, por el derecho de habitar en esa vivienda o cuando la vivienda pertenece a alguno(s) de los miembros del hogar (60).

Es cuando se da uso de una vivienda para su disfrute, pero sin derecho a enajenarla se refiere también a la vivienda que le ha sido cedida o que ha sido construida sobre un lote que no es de su propiedad o cuando ocupa una vivienda sin ser dueño de la

misma y sin autorización del propietario o administrador o cuando la vivienda que le pertenece a alguno(s) de los miembros del hogar y por la cual sus propietarios no adeudan ninguna suma (61).

El Material de construcción predominante de la vivienda. Es el tipo de material que predomina en la construcción de la vivienda a nivel de las paredes exteriores y pisos. 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, laminas asfálticas, vinílicos o similares u otro material (61).

Piso es la superficie exterior de la base sólida sobre la cual se asienta la estructura de la vivienda. Por otra parte, a cada una de las viviendas en una casa de varias plantas se la denomina popularmente como piso. También, a cada una de las plantas, ya sea de un edificio o de otra cosa, se la conoce como piso (61).

El Piso se conoce la superficie inferior del suelo que es la base de una estructura de una casa o otro tipo de construcción (62).

El techo es la superficie interior, generalmente horizontal, por encima de los límites superiores de las paredes de una habitación; aunque también se le conoce como cielo a la parte interior y techo a la parte exterior, por lo general no es un elemento estructural, sino más bien un acabado de superficie que cubre la parte inferior del piso o del techo que existe por encima de la estructura (62).

El techo es la parte más esencial de una casa. Lo cual cubre de calor de frío, brinda confort interior y de los daños ocasionados durante terremotos y huracanes. Un techo durable bien diseñado puede compensar una gran cantidad de problemas que podrían surgir en otras partes de la edificación (62).

La pared es el muro que da forma, diseño a una casa, este es el resultado de un

trabajo de albañilería. Puede estar hecha por distintos materiales, como piedra, ladrillo, madera, yeso u otros. Su altura y la longitudinal superan al espesor (62).

Palabra originada en el latín “paries”, pared, es una estructura física, alta y plana, capaz de separar o dividir un espacio de un cuarto a cuarto, ya que las paredes son las obras de albañilería que se levantan a plomo, en forma vertical, para dividir los distintos cuartos, y puede sostener toda la estructura del techo. En general se construyen con ladrillos, adobe el espesor mínimo tiene que ser en relación a la altura, pueden estar hechas de otros materiales, especialmente si se trata de paredes interiores, como madera (63).

La habitación es el espacio de una vivienda especialmente diseñado para el descanso de uno o más de sus habitantes. Así mismo es uno de los espacios donde está implícita la privacidad en comparación con otros espacios de uso común como la cocina, el baño, comer, escritorio y el dormitorio (63).

El agua muy importante para la vida sobre todo para el ser humano y así como para el resto de los animales y seres vivos por lo cual el agua es muy importante. Lo cual el abastecimiento de agua se refiere a la fuente principal de donde proviene y cuanto nos abastece en una habitación, el agua nos es útil para preparar los alimentos en el hogar, bañarse, etc, es importante tener encuenta de que fuente proviene el agua sea de hoyo cavado en la tierra que se construye para acumular y extraer el agua mediante un sistema de bombeo, tiene que ser permanente (64,65)

La letrina Es el lugar donde se arrojan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para evitar que las bacterias patógenas que puedan causar enfermedades IRAS y EDAS. Es recomienda su uso, la disposición de excretas de esa manera sencilla y económica, para viviendas y escuelas ubicadas en zonas rurales o urbanas, sin abastecimiento de agua intra domiciliario; en cualquier tipo de clima (66).

Se refiere únicamente a las viviendas que cuentan con sistemas de recolección y evacuación de excrementos humanos y aguas servidas que son arrastrados por corrientes de agua, incluye a las viviendas que disponen de otros medios sanitarios para la eliminación de excretas como posos (66).

Se denomina energía eléctrica son partículas con carga eléctrica negativa que crean un corriente de electricidad, lo cual es de muy necesario en cada hogar, lo cual es llevado por un cable, va pasando a la velocidad da genera luz. La energía eléctrica puede transformarse en muchas otras formas de energía, tales como la energía lumínica o luz, la energía mecánica y la energía térmica (67).

La Energía eléctrica es causada por el movimiento de las cargas eléctricas en el interior de los materiales conductores. Esta energía produce, fundamentalmente, 3 efectos: luminoso, térmico y magnético (67).

La basura es cualquier objeto, material, sustancia o elemento sólido resultante del consumo o uso de un bien en actividades domésticas, industriales, comerciales, institucionales, de servicios, que el generador abandona, rechaza o entrega y que es susceptible de aprovechamiento o transformación en un nuevo bien, con valor económico o de disposición final, lo cual tiene que ser reciclado o eliminado adecuadamente un determinado lugar para que así no contaminar el medio ambiente y así también evitar muchas enfermedades (68).

La disposición de la basura es también el proceso de aislar y confinar los residuos sólidos en especial los no aprovechables, en forma definitiva, en lugares especialmente seleccionados y diseñados para evitar la contaminación, y los daños o riesgos a la salud humana y al medio ambiente, otra forma de disipación de la basura consistente en destruir la basura mediante el fuego (68).

En cuanto los más altos porcentajes obtenidos en los determinantes de la salud relacionados con el entorno físico, la presente investigación, determinantes de la salud de los Adultos del Caserío de Huantzapampa Sector “C”, Pashpa – Taricá, 2013. Relacionado con las viviendas unifamiliar con el 81,3%, se debe a que cada adulto ya formando su propia familia, prepara su propia casa y para ello los padres le dan un terreno a sus hijos que se casan y así construyen su propia casa y viven separados de papá y de la mamá.

En cuanto la tendencia las viviendas de los Adultos del Caserío de Huantzapampa Sector “C” Pashpa – Taricá, 2013, son de tenencia propia con 87,0 %, eso debe a que una el hijo o hija se casa los padres dan un terreno como herencia y entonces tienen su tenencia propia ya no tiene que estar alquilando y tampoco ya no viven con los padres si en sus propias casas viven.

En cuanto el material del piso de las viviendas de los adultos de Caserío de Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013, el 91,9% de las viviendas son de piso de tierra, debido que los adultos del dicho caserío no cuentan con recurso económico suficiente para comprar el cemento u otros materiales para el piso de su casa, por eso casi todos tienen el piso de su casa de tierra.

En cuanto el material del techo de las viviendas de los adultos de Caserío de Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013, el 95,9% de techos de las viviendas es de adobe, esto se debe que los adultos no tienen recurso económico suficiente los años pasados los techos de calamina, Eternit etc, costaban muy caro por lo cual ellos utilizaban más el techo de tejas como se conoce techo de adobe.

El material de las paredes de las viviendas de los adultos de Caserío de Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013, la pared de sus casas es de adobe

con 95,9%, debido por falta de la economía porque ellos no podían comprar, ladrillos, ni fieros ni cementos para otro tipo de casa, ellos mismos fabricaban adobes para construir sus casas.

En cuanto el número de personas que duermen en una habitación es de 2 a 3 miembros con un 90,2%, debido a que las habitaciones cuentan con pocas habitaciones destinadas para dormitorio y la mayoría de los adultos tienen hijos 3 o 4 por eso falta habitación para que cada uno duerma en un cuarto separado.

En cuanto el abastecimiento de agua el 88,6%, los adultos de Caserío de Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013, cuentan con conexión domiciliaria dentro de la vivienda esto es porque en dicha población hay un sistema de agua potable que brinda el servicio de agua a todo el usuario de dicho caserío, y cada 15 días hacen una faena o mantenimiento de los tanques de agua al usuario a nivel de la vivienda.

De mismo modo la mayor parte de los adultos de Caserío de Huantzapampa sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013, cuenta con un baño propio con el 53,7%, lo cual permite la eliminación de las excretas adecuadamente y protege la salud y al medio ambiente ya que la mala eliminación de excretas puede convertirse en una fuente de enfermedades para la salud de la población.

En cuanto con combustibles para cocinar el 90,2% de la población utilizan leña para cocinar, por qué no tiene lo suficiente economía para el uso de gas, por eso cocinan con leña y carbón, la población del dicho caserío corre el riesgo de contraer enfermedades respiratorias como las Infecciones respiratorias agudas (IRAS) y cáncer pulmonar por lo que están expuesto en los humos de la cocina con leña.

En cuanto la energía eléctrica el 87,9% de la población cuenta con energía eléctrica permanente, la permanencia de la energía eléctrica es porque algunos adultos jóvenes tienen maquinas eléctricas como de carpintería, molinos para moler trigos,

maíz, ellos son los que no permiten que haya corte de energía eléctrica, porque si no hay energía eléctrica permanente no podrían trabajar las personas que tienen sus máquinas eléctricas.

En relación de la disposición de basura con el 44,7% de la población suelen eliminar, la basura a campo abierto, esto se debe a que el carro recolector de basura pasa 1 sola vez al mes, pero muchas de las veces esto se debe a mala costumbre de la población, de botar sus basuras a las chacras.

En cuanto a frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa el 48,0% de la población dice que el carro recolector de basura pasa por sus casas a 1 sola vez al mes, esto se debe a falta de inversión de la municipalidad de Distrital de Taricá por el combustible del carro recolector, y por falta de exigencia de parte de las autoridades del Centro Poblado de Pashpa.

TABLA 03

Se observa en Adultos del Caserío Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013 en los determinantes de los estilos de vida de los adultos. El 94.3% del adulto no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, 61.4% no consumen bebidas alcohólicas, 92,7% duermen 6 a 8 horas, 91,1% se bañan cuatro veces a la semana, 72,4% realizan examen médico periódicamente, 95,1% realizan actividad física en sus tiempos libres, 69.1% realizaron actividad física caminando, 43.1% consumen 3 o más veces a la semana, 43.% consumen carne menos de una vez a la semana, 51% consumen huevo 3 o más veces a la semana, el 42.3% consumen pescado menos de una vez a la semana, 91,9% consumen fideos diariamente, 91.9% consumen pan, cereales diariamente, 50.4% consumen verduras a una o dos veces a la semana, 47.5% consumen otros alimentos a tres o más veces a la semana.

Los resultados de la siguiente investigación de determinantes de los estilos de vida de los Adultos de Caserío Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013, se asemejan a los estudios de Díaz, C, (69), en su estudio “Estilos de Vida y Satisfacción laboral Madrid – 2005”. Y los estudio de Girón, P. en su investigación titulada “Los determinantes de la salud percibida en España- Madrid en el año 2011”.Donde culmina que el 93,2% no fuman, el 60,7% consumen bebidas alcohólicas, el 90,4% duermen 6 a 7 horas, el 93% se bañan 4 veces a la semana, el 70,2% no realizan la consulta médica periódicamente, el 92.6% realizan actividad física caminando, el 66.6% refieren que realizaron la actividad física caminando en sus tiempos libres.

Otro resultado que asemejan con los resultados de Morris, M. (70) en su estudio “Identificación de los Determinantes Sociales de la alimentación en un grupo de familias pertenecientes a los estratos 1, 2 y 3 de la Localidad de Fontibon Bogotá, 2010”. Donde concluye que el 62,47% toman bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 93% se bañan 3 a 4 veces por semana, el 80% realizan deporte, el 44,45% consumen frutas de 3 o más veces la semana, el 73% consumen lácteos, el 45,7% carnes 1 a 2 veces por semana, el 50,7% consumen huevo 3 o más veces a la semana, el 39,5% consumen el pescado menos de 1 vez a la semana, el 91% cereales, el 49,6% refieren que consumen verduras y hortalizas 2 o 3 más veces a la semana, el 45,5% Consumen otro tipo de alimentos 3 o más veces a la semana (70).

Así mismo se asemeja con el estudio de Yessika. A (71), en su estudio titulado “Promoción de Estilos de Vida Saludable San José, Costa Rica, Abril, 2012” el donde se evidencia que el 98% realizan actividad física caminando, el 45.9% consumen fruta 2 a 3 veces a la semana, el 37% consume carne 2 veces a la semana, el 55% consumen huevo 1 o 2 a la semana, el 44.5% consumen pescado 1 veces a la semana,

el 89% consumen fideos diariamente, el 55% consumen verduras 1 o 2 más veces a la semana, el 35% consumen lácteos 1 a 2 veces a la semana (71).

Se denomina fumador a aquella persona que tiene el hábito de fumar, fumar significa inhalar humo, producido por la combustión de alguna sustancia, en este caso el tabaco o marihuana, el humo a los pulmones, para luego exhalarlo, la nicotina que posee el tabaco como las drogas, actúan sobre el sistema nervioso central, y luego se ven envueltos en una adicción lo cual resulta muy difícil salir, muchas personas comienzan hacerlo para controlar su stress, por practicar un juego social, las consecuencias son muy complicado para su salud orgánica, como el temido cáncer de pulmón (72).

Fumar es una práctica donde una sustancia comúnmente contiene tabaco, pero que también puede ser marihuana, las drogas son absorbidas por el cuerpo a través de los pulmones (72).

El consumo de bebidas alcohólicas es la cantidad de veces que se consume bebidas alcohólicas, el consumo de alcohol frecuentemente trae consecuencias de la salud como enfermedades crónicas en el futuro como cirrosis, pero también trae consecuencias en la familia y el hogar, como peleas etc. Además de las enfermedades crónicas que pueden contraer quienes beben grandes cantidades de alcohol a lo largo de varios años (73).

El consumo de bebidas alcohólicas es la cantidad de bebidas alcohólicas ingeridas que producen como consecuencia a enfermedades crónicas, y las consecuencias agudas como son las intoxicaciones, los diferentes accidentes y los problemas relacionados con el comportamiento social. El abuso en el consumo de bebidas alcohólicas vulnera la salud y el bienestar social (73).

Al dormir reposa, las funciones sensoriales de los movimientos voluntarios, lo

cual le permite descansar el cuerpo, es recomendable dormir de 6 a 8 horas, así el cuerpo descansa adecuadamente para el luego otra vez empezar trabajar. No obstante, lo normal es que un adulto sano duerma un promedio de 6 a 8 horas y media. Las principales causas de privación del sueño suelen ser dolencias que producen dolor o molestias, y trastornos psíquicos como la depresión y el estrés diario (74).

El examen Médico periódico permite detectar tempranamente las alteraciones de salud del cuerpo, y si habría las alteraciones en la salud pues nos permite empezar con el tratamiento cuando todavía la enfermedad no es tan grave, por eso es muy importante realizar el examen médico periódico lo cual nos mantiene una la salud saludable, sin preocupaciones o imaginaciones falsas (75).

El Tiempo Libre, considerado como una ocupación, puede abarcar un conjunto complejo de comportamientos, significados e ideologías socialmente construidos, los cuales tienen una ubicación cultural y una dimensión política y económica. Los aspectos sociológicos de clase social; junto a los aspectos culturales de raza y etnia son factores (75).

La fruta es el fruto de ciertas plantas cultivadas o silvestres, son comestible presentan un alto porcentaje de agua, son muy importantes para el cuerpo humano ya que muchos de ellos contienen diferentes vitaminas y minerales y también tienen unas cantidades de calorías, se come cuando está maduro, se hace también el fugo (76).

La carne se refiere a la parte muscular del cuerpo de los animales, se trata de uno de los alimentos más importantes para el ser humano porque son ricos en proteínas, grasas y minerales su utilización más frecuente en la alimentación diaria, puede ser como la carne de vaca, ovino, cerdo, pollo etc (76).

Se entiende por carne al tejido muscular tanto sea este humano o no humano en

la mayoría de los casos hace referencia a la procedencia animal generalmente se vincula con el alimento al que pueda recurrir el hombre, además es un alimento rico en nutrientes vitaminas y minerales (77).

El huevo es un alimento de origen animal con grandes propiedades nutricionales y culinarias, nos referiremos al huevo de gallina. Éste se forma a partir de un óvulo de gallina yema, que se recubre de material nutritivo y de protección clara y cáscara antes de la puesta, es muy importante consumir contiene hierro (77).

Los huevos tienen proteínas de muy buena calidad y de alto valor biológico, también contiene vitaminas A y B, contiene minerales entre los que destaca el hierro, cuyo origen animal permite una fácil absorción (77).

Pescado refiere a todo tipo de pez comestible sacado del agua, entre los más conocidos, tenemos los pescados azules como la sardina ricos en grasa; el pescado blanco, poco grasa, como la merluza o el lenguado; los tumbidos, como el atún; los esparidos, como el besugo y el dorado; los salmónidos trucha y salmón, etc. En general, todos los pescados son fuente de proteínas y minerales esenciales. Los pescados contienen omega 3, y aportan minerales tales como fósforo, cinc, yodo y selenio, muy beneficiosos para el sistema culinario y el sistema inmune (77).

Los fideos son un tipo de pasta con forma de cuerdas finas, es la base de algunos platos tales como los espaguetis. Los fideos son fuente de alimentación para el ser humano, en común contienen calorías. Como a los fideos secos que deben ser cocinados tanto hirviendo como empapando en agua (77).

Los cereales son un conjunto de plantas que llevan fruto cuyos granos o semillas se emplean para la alimentación humana o del ganado, generalmente molidos en forma de harina. Lo cual consume el ser humano para la alimentación de cuerpo (77).

Cereal hace referencia al fruto de las plantas gramíneas (trigo, arroz, maíz, centeno, mijo, avena). Los granos de cereal son el principal alimento por su composición nutricional y por ser fáciles de conservar. El cereal que más utilizan para la elaboración del pan es la harina de trigo (77).

Las verduras u hortalizas son un conjunto de plantas cultivadas generalmente en huertas o regadíos, que se consumen como alimento, ya sea de forma cruda o preparada. Son hortalizas cuya parte comestible son los órganos verdes de la planta, como los tallos, las hojas, etc, y que forman parte de la alimentación humana (77).

Las hortalizas y verduras son alimentos que contribuyen a hidratar el cuerpo humano, por su alto contenido de agua y por las proteínas son ricas en vitaminas, minerales, fibra. Son también una fuente indiscutible de sustancias de acción antioxidante. Por ello es muy importante para la salud (77).

Con respecto al variables determinantes de estilos de vida de los adultos de Caserío de Huantzapampa sector “C”, El 94,3% de la población manifestó que no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual esto debido a que los adultos saben que estos productos son dañinos para la salud, por lo cual educan a sus hijos de no fumar, por eso los hijos tampoco no juman.

Referente con el consumo del alcohol los adultos de Caserío de Huantzapampa no consumen alcohol habitualmente si no ocasionalmente, porque los personales de salud les da conocer sobre las consecuencias del alcohol, y los adultos no quieren padecer de las consecuencias del consume habitual del alcohol. Solamente consumen alcohol solo ocasionalmente en festividades ya sean fiestas familiares, patronales y aniversarios o celebrando onomásticos los que consumen mayormente son los varones, las mujeres consumen en cantidades moderadas. Aún en cantidades moderadas, conlleva a que se expongan a riesgos de problemas serios de salud, además

de problemas con la familia, los amigos y los compañeros de trabajo.

Relacionado a las horas que duermen los adultos con un 92,7% manifiestan que duermen 6 a 8 horas, esto debe al clima porque de las 6 de la tarde ya empieza hacer intenso frío y los adultos ya no tienen ganas de salir de sus casas, solamente le queda abrigarse en sus camas, y otro es porque como casi todos son agricultores, no tienen que hacer en sus casas por lo tanto duermen temprano y así también se levantan temprano para que trabajen en la Chacra.

Relacionado con el cuestionario, la frecuencia con que se bañan los adultos con 91,1% manifiestan, que se bañan 2, 3, 4 veces a la semana, en cuanto de que se bañan 2 veces a la semana, se debe por el frío intenso que se siente en dicho Caserío y otros ya les consideran como costumbre que ya se acostumbraron de bañarse 2 veces a la semana.

De acuerdo a que realizan algún examen médico periódico refirieron que no realizan porque muchos de ellos no cuentan con recurso económico suficiente para la consulta médica. Y otros no ponen en importancia y cuando se enferman se auto medican con las plantas medicinales de la zona, o muchas veces ellos mismos compran sus medicamentos de la farmacia.

Relacionado con la actividad física que realizan en sus tiempos libre el 95,1% de los adultos realizan actividad física caminando, porque los adultos no tienen tiempo hacer otro ejercicio si no que ellos realizan actividad física caminando, porque caminan más de 30 minutos o más, esto debe a que ellos van a sus chacras a trabajar, y también van a pastear sus animales.

La actividad física que realizan más de 20 minutos es caminar, porque los adultos de Caserío de Huamtzapampa son agricultores y a más de 30 minutos van a la chacra a cultivar la chacra por eso hacen ejercicio mediante la caminata. Es por

ello que ya no realizan ninguna otra forma la actividad física.

Relacionado en la alimentación con el 43,1% consumen frutas 3 o más veces a la semana, eso debe a que los adultos de Huantzapampa viven lejos de la ciudad, por lo tanto, bajan a la ciudad 1 o 2 veces a la semana y llevan sus frutas para que consuman 1 o 2 veces a la semana, si lo llevan la gran cantidad se malogra la fruta.

Respecto con el cuestionario de consumo de carne los adultos consumen carne 1 o 2 veces a la semana, debido a que no se encuentran en la ciudad, pero si consumen la carne de cuy, pollo que ellos mismos crían en la casa.

Relacionado al consumo de huevo con el 56,1% manifestaron que consumen 3 o más veces a la semana eso debe a que los adultos crían gallinas ponedoras y se alimentan del huevo de sus ponedoras, ya que al huevo pueden conseguir continuamente, porque tiene menor precio que carne, muchos de ellos consumen huevo en lugar de carne, ya sea frito o sancochado.

Referente al consumo de pescado con un 42,3% se manifiestan que consumen 1 vez a la semana, eso es porque no hay tiendas o mercados en el mismo pueblo donde venden el pescado y otros no cuentan con recurso económico suficiente por eso no consumen mucho el pescado.

Según el consumo de fideos el 91,9% manifiestan que consumen diario se debe que el fideo es un alimento de bajo Costo y fácil de cocinar, las amas de casa compran el fideo ya es fácil cocinar y se puede guardar por una semana o más la bolsa de fideos, por eso ellos compran más fideos.

Respecto al consumo de cereales con el 91,9%, esto es porque adultos de Huantzapampa siembran ellos mismos es por eso consumen diariamente por lo cual sus comidas casi diarias son los cereales.

En relación con el consumo de verduras y hortalizas manifestaron que consumen de 1 o 2 veces a la semana, eso debe a que ellos mismos siembran en sus viejos huertos, siembran, todo tipo de verduras lo cual les ayuda mucho para poder preparar alimentos.

TABLA 04

Se observa en Adultos de Caserío Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013, en los determinantes Redes Sociales y Comunitarias de los adultos. El 43,9 % de los adultos refieren que se atendieron en un puesto de salud en los últimos meses, 45,5 % consideran que el lugar donde atendieron es muy lejos de su casa, 82,1 % de los adultos tienen SIS-MINSA, 72,4 % de los adultos refieren que el tiempo que esperaron para que lo atendieran les pareció regular, 76,4 % refieren que la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de salud fue buena, 77 % de los adultos refieren que no hay pandillaje ni delincuencia cerca de sus casas, 93 % no reciben apoyo social natural, 92,7% no reciben apoyo social organizado, 95,1% no reciben apoyo social de otras organizaciones.

Los estudios de la presente investigación se asemejan con la investigación de Ana.S.(78). En su estudio titulado “Satisfacción de los Servicios de Salud y su Relación con la Calidad en los Hospitales Públicos de Ixmiquilpan Hgo” Pachuca-Hgo, 2005. Donde refiere que el 81% cuentan con SIS – MINSA, el 71% refieren que el tiempo que esperó para que lo atendieran fue regular, el 74% manifestaron que la calidad de atención que recibieron fue buena, el 44% se atendieron en un hospital, el 45% refieren que el lugar donde lo atendieron está en lejos de su casa (78).

Así mismo se asemeja a los resultados obtenidos por Dolores, R. (79) En su investigación titulada Redes Sociales: Relaciones y Vínculos Conscientes Madrid 2008, donde el 91.5 % no reciben apoyo de sus familiares, también se asemeja con

la de Carmen. T, (80). En su estudio “Apoyo Social y Salud en Pacientes Oncológicos”. En donde menciona que el 89% no reciben apoyo social organizado, también se relaciona con lo obtenido por Pierina. P, (81). Lima, Perú. 2002 en donde refiere que el 91 % no reciben apoyo social natural, el 95 % refiere que existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa (81).

Los estudios de la presente investigación asemejan con lo encontrado por Gustavo. N. (82) en su estudio titulado “Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud México 2008” donde concluye que el 75.2% refieren que la atención en el puesto de salud es buena, el 71,7% mencionan que el tiempo de espera para la atención fue regular, también semeja con lo obtenido por Diego. P (83) En su investigación titulada “Las Pandillas Juveniles y la Seguridad Ciudadana en los Habitantes de la Ciudad de San Gabriel, Cantón Montufar, Provincia de Carchi, Ecuador – 2011” en donde menciona 97% hay pandillaje cerca de sus casas (84).

El apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con los que cuenta un individuo o familia que ayuda satisfacer necesidades humanas básicas como las necesidades de seguridad, afecto, sentido de pertenencia y autoestima, promueve la acción social (85).

Así mismo es definida como el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de ayuda de otras personas u organizaciones, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. Bowling por su parte, define el apoyo social como el proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, económica de la red social en la que se encuentra (85).

El apoyo social organizado es el conjunto de apoyo ya sea recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis,

enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc, Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo cual favorece su eficacia y rentabilidad (85).

El lugar de la institución de salud viene hacer aquel establecimiento o institución en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal para así ayudar a una determinada población. Los centros de salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales y de los sanatorios ya que, si bien cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones (86).

La institución de salud es un concepto con múltiples significados. Puede tratarse del punto interior equidistante de los límites de una superficie, del lugar donde se dirige acciones coordinadas, de las zonas que registran una intensa actividad comercial o del lugar donde se reúnen personas para un determinado fin (86).

El tiempo de espera para la atención se refiere al número de minutos, horas que un usuario espera para ser atendido como sucede con los pacientes con cita previa que tienen que esperar una media de 16,1 minutos, esto debe a que hay una cantidad de pacientes para atenderse, se atiende en orden de llegada (87).

El tiempo es un indicador ayuda a valorar un componente de la calidad, de extraordinaria importancia en urgencias y emergencias como es la oportunidad de la asistencia. Tiene especificidad en cada uno de los niveles asistenciales, aunque trata de medir el mismo aspecto: tiempo promedio que transcurre desde que el enfermo (87).

El tipo de Seguro es el contrato que se establece con una empresa aseguradora sea privada o del estado. En dicho contrato, denominado "Póliza", la empresa se compromete a que si la persona que compró el seguro sufre algún daño en su persona (enfermedades o accidentes e incluso la muerte), o en algunos de sus bienes como

automóvil, empresa, taller o casa por cualquier, motivo robo, incendio, terremoto, dicha persona o quien ella haya designado como beneficiario recibirá la cantidad de dinero acordada en la póliza. A esto se le conoce como Indemnización (87).

Calidad de atención es satisfacer las necesidades del paciente, de acuerdo a la necesidad del paciente, familia, comunidad, también cuando das un buen comportamiento de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los usuarios (87).

La calidad de atención consiste en satisfacer o superar las expectativas de manera congruente. Exige siempre un estándar básico de referencia y un Indicador para verificar si ese estándar fue alcanzado el objetivo trazado o no (87).

La delincuencia es cometer un delito, sea a una persona individual o a un grupo de personas y el pandillaje también va a mano con la delincuencia de cometer cosas ilícitas que no está acuerdo con la ley, la delincuencia y el pandillaje trae inseguridad ciudadana, cuando hay prescencia de pandillaje la gente anda con temor, preocupados, una ciudad sin delincuencia es una ciudad tránquila (88).

Muchas veces el pandillaje es una agrupación de adolescentes y jóvenes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. Estos grupos demuestran violencia, robo, inseguridad ciudadana, esto viene de los hogares donde hay problemas, peleas e insultos, de esposos a sus esposas y de hijos a padres o de padres a hijos, los cuales no han sido formados en valores y principio (88).

En cuanto los resultados encontrados relacionado con la institución de salud en la que se atendieron de los Adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013, refirieron que en los últimos 12 meses acudieron a un puesto de salud con un 43,9%, debido a que el puesto de salud es menos lejos que de otras instituciones de salud, como el hospital y es menos gasto, refieren que no pagan el

pasaje para llegar al puesto de salud donde se atienden, aunque el puesto de salud es lejos de sus casas ellos van caminando al puesto de salud donde se atienden.

Los Adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013, consideran el lugar donde lo atendieron es muy lejos de su casa se debe a que el Caserío de Huantzapampa se encuentra ubicado a la distancia de 45 minutos al puesto de salud del Centro poblado de Pashpa, por lo cual los adultos consideran al puesto de salud en muy lejos de su casa, y tienen que ir caminando hasta el puesto de salud porque no hay movilidad.

De acuerdo con el tipo de seguro que tienen los adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013, mayoría de los adultos cuentan con SIS – MINSA con el porcentaje de 82,1% eso debe a que los adultos son de bajo recurso economía, no cuentan con dinero suficiente y cuando se enferman el SIS cubre el gasto de su tratamiento.

Según el tiempo de esperan para la atención en el Puesto de Salud de Centro Poblado de Pashpa a donde pertenece como Sector el Caserío de Huantzapampa, los adultos manifestaron que el tiempo de espera para la atención es regular esto debido a que el establecimiento de salud se encuentra con gran cantidad de pacientes debido a la cantidad de la población, y por lo tanto ellos tienen que hacer cola y los personales de salud atienden por el orden de llegada del paciente y si hay u caso de emergencia los personales de salud de prefieren salvar la vida del paciente en riesgo.

En relación de la calidad de atención en el puesto de salud del Centro Poblado de Pashpa los adultos refieren o consideraron que la atención es buena, debido a que los personales de salud les dan un buen trato a sus pacientes al momento de la atención, los personales de salud demuestran su ética profesional por lo cual los adultos consideran que la atención es Buena.

Relacionado con el pandillaje y la delincuencia cerca de sus casas Adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013, refirieron que no había pandillaje ni delincuencia, porque es una zona tranquila, zona que todavía cultivan los valores en su casa con toda su familia, por eso no existe el pandillaje ni delincuencia cerca de sus casas, si escuchan que hay presencia de delincuencia, los adultos organizan la ronda campesina con lo cual eliminan.

En cuanto los resultados encontrados sobre el apoyo social natural de los Adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013, manifiestan el 93% de los adultos no reciben el apoyo natural. Se debe a que los familiares y amigos de los adultos son del mismo recurso económico por lo cual no pueden dar mucho apoyo social natural, y otro es porque los adultos no solicitan apoyo a ningún familiar ni amigos por temor de que respuesta les daría cuando pidieran.

El 92,7% de los adultos refieren que no reciben apoyo social organizado debido a que no hay organizaciones de apoyo en la Sector, porque refieren que no tienen conocimiento de estas organizaciones quizá por falta de información sobre este tipo de apoyo y otros de los adultos no reciben el pensión 65 por motive que los autoridades del Distrito no son responsables de ayudar a solucionar con sus documentos que son necesarios para ese tipo de apoyo, y otro porque no solicitan ningún apoyo social organizado.

El 92,7% de los adultos referente al apoyo social organizado los adultos reciben del comedor popular una vez habían tramitado, lo cual salió este apoyo para los adultos, refieren que cocinan todos los días, cada adulto tiene que recoger su comida pagando 1.00 todos los días, refieren que este apoyo social es de ayuda todavía para ellos.

V. Conclusiones Y Recomendaciones:

5.1. Conclusiones:

- En los determinantes biosocioeconómicos de los adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013. Menos de la mitad son adultos maduros, con grado de instrucción iniciales primaria, no tienen ocupación, más de la mitad son de sexo femenino y casi todos tienen ingreso económico menor de 750 soles. En los determinantes de salud con el entorno físico: Menos de la mitad disponen la basura a campo abierto, menos de 1 vez al mes pasa el carro recolector de basura para recoger la basura, más de la mitad tienen baño propio, la mayoría suelen eliminar la basura al montículo o campo abierto, tienen vivienda unifamiliar, tienen tendencia propia, conexión domiciliaria, energía eléctrica permanente, Casi todos cocinan con leña y carbón, comparten el dormitorio de 2 a 3 miembros, tienen piso de tierra, tienen material de techo adobe y material de pared adobe.
- En los determinantes del estilo de vida de los adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013. Menos de la mitad consumen pescado 1 vez a la semana, consumen frutas 3 o más veces, consumen carne 1 o 2 veces, consumen otros alimentos 3 o más veces, más de la mitad consumen verduras y hortalizas 1 o 2 veces a la semana, consumen huevo 3 o más veces a la semana, mayoría no consumen alcohol, la actividad física que realizan es caminando, no realizan el examen médico periódico en un establecimiento de salud, casi todos no juman ni han fumado, duermen 6 a 8 horas, se bañan 4 veces a la semana, en sus tiempos libres realizan la actividad física caminando, consumen

fideos diariamente, consumen pan y cereales diariamente.

- En los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los Adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013. Menos de la mitad se atendieron en puesto de salud, consideran muy lejos de su casa al puesto de salud, la mayoría tienen SIS MINS, refiere que el tiempo de espera para atención es regular, refieren que la calidad de atención es buena, no hay pandillaje ni delincuencia cerca de sus casas, casi todos no reciben apoyo social natural, no reciben apoyo social organizado, reciben apoyo de otro apoyo organizado (Comedor popular).

5.2 Recomendaciones.

- De acuerdo a las conclusiones obtenidas en el presente estudio de los determinantes de salud en adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C". Pashpa _Taricá, 2013, se sugiere lo siguiente:
- Dar a conocer los resultados de la presente investigación al jefe del establecimiento de salud y sensibilizar, concientizar a las autoridades de dicha comunidad y a las autoridades de la municipalidad Distrital de Taricá, para que por medio de los resultados mostrados brinden más apoyo social a esta población adulto, proponiendo una estrategia de mejora, ya que los adultos del Caserío de Huantzapampa Sector "C", no cuentan con ningún apoyo social organizativo.
- Se recomienda a las autoridades y personal del Puesto de salud de Centro poblado de Pashpa, enfatizar en los programas preventivos promocionales, hasta lograr concientizar a la población en general sobre el consumo de alimentos saludables y la calidad de vida de cada individuo, a fin de mejorar la calidad de alimentación.
- Difundir los resultados obtenidos en la presente investigación y continuar realizando estudios en el área de salud de los adultos a fin de promover, mejorar los conocimientos sobre la influencia de los determinantes de la salud en la vida de cada individuo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Determinantes Mundial de Sociales la de Salud. La Comisión.
2. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev. Salud Pública .2004; 30 (3): 13-16 cubana.
3. Carrillo A, Santana JP. Regional integration and south–south cooperation in health in Latin America and the Caribbean. Rev Panam Salud Publica. 2012;32(5):36875
4. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico web.com – Argentina Lic. En Sociología Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. Salud Pública de México. 2011; 53: s96-s109. 20. Ministerio de Salud de Argentina. Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables Buenos Aires: Argentina; 2013. [Internet]. Disponible: <http://www.msal.gov.ar/municipios/>. Consultado febrero de 2013.
5. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Plan Estratégico 2007-2011 del programa Sectorial Desnutrición Cero. La Paz, Bolivia: Estado Plurnacional de Bolivia; 2008.
6. Valdivia, C. Gonzalo 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. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2011.
7. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AMJ. Public Health 11(5/6); 2002. p.302
8. 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.
9. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá, Colombia: República de Colombia; 2013.
 10. Almeida G, Mori Sarti F, Fagundes Ferreira F, Montoya Diaz MD, Coelho Campino AC. Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998–2008. *Rev Panam Salud Pública*. 2013; 33(2):90–7.
 11. 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.
 12. 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.
 13. 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.
 14. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
 15. Salud. Sobre Subsanan las desigualdades de una generación Lugar, editorial; 2008.
 16. Sivico de Adultos del Sector “C” Huantzapampa, Puesto de Salud-Pashpa- Taricá, 2013.
 17. Barraza-Lloréns M, Panopoulou G, Díaz B. Income-related inequalities and inequities in health and health care utilization in Mexico, *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(2):122–30

18. Vásquez F, Paraje G, Estay M. Income-related inequality in health and health care utilization in Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(2):98–106.
19. Petrera. M. Algunas reflexiones en torno a las cuentas nacionales de salud de Perú *Med Exp. Salud Publica* 2011.
20. Jacinto, V. determinantes de la salud en mujeres adultas maduras obesas A. H. Villa España. Chimbote. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería, 2012.
21. Jiménez, C. Determinantes en la salud en adultos maduros sanos en A. H. Los Paisajes. Chimbote, Perú. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería; 2012.
22. 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
23. 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
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. L. Feito, "La definición de la salud", *Diálogo Filosófico* 34 (1996) 64.
26. Arias, Héctor: "Estudio de las comunidades", en Rayza Portal y Milena Recio(comp.)
27. A LONSO, Luis Enrique (1999). Trabajo y ciudadanía. Estudios sobre la crisis de la sociedad salarial. Madrid: Trotta.

28. BENEDETTI, Alejandro (2009): “Territorio, concepto clave de la geografía contemporánea” en 12(ntes), DIGITAL para el día a día en la escuela, N° 4, Año 1, pp.5-8.
29. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
30. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 ago. 18]. [44 páginas]. Disponible en URL:<http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
31. Vázquez, J, 2004, cuerpo humano e imagen corporal. Notas para una antropología de la corporeidad. Facultad de medicina, instituto de investigación antropológicas UNAM, México.
32. OPS, OMS Y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1pantalla].Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad>
33. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).: Mexico; 2010.Disponible en:http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/e_cogen42.pdf.
34. Autor Definición de. Base de datos en line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008. [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion>.
35. Ministerio de Vivienda, absorción del chabolismo. Teoría General y actuaciones españolas. Citado en el Informe FOESSA, 1970, pag. 698.

36. Belaguer Solá I. Pastor Ruiz Y, y Moreno Siguenza (1999). Algunas características de los estilos de vida de los adolescentes de la comunidad Valenciana. Revista Valenciana d estudisautonomics, 26, 33-56.
37. O’Gara J. Dietary adjustments and nutritional therapy during treatment of oropharyngeal dysphagia, 1990.
38. ALEMANY, EULALIA, (1999) Comunidad y asociaciones, Ediciones FAD, Madrid.
39. Serie Nescon de Informes Técnicos No 2 - Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud/ Health and Work Conditions of Health Care Workers - Brasilia, OPAS, 38 p., 2008. Informe del Taller Ouro Preto, Brasil, enero 2006. Disponible en: http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CST_Salud.pdf.
40. Suárez, J. M., Jornet, J. M. y Sáez, A. (1991). Proceso general de investigación. Validez y diseño. Documento no publicado. Universidad de Valencia, Valencia, España.
41. Ferer, M. Equidad y justicia en salud. Implicancia para la bioética. Acta Biothica Año IX. N°1-2003 p. 113-125.
42. Sánchez, R. “Estilos de vida y factores biosocioculturales de los adultos del Asentamiento Humano Louro Callex, Los Olivos” (Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería). Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote – Lima, 2012.
43. Quiñones, I. en su estudio titulado “Estilo de Vida y Factores Biosocioculturales del Adulto en la Clínica Zuta-Trujillo, 2012”. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Trujillo, Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.

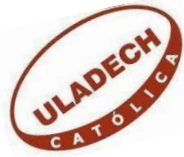
44. Franco, M. “Estilos de vida y Factores Biosocioculturales de los Adultos de la Urbanización San José”. (Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería). Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Piura – 2012.
45. Valladares, E. “Estilo de vida y Factores Biosocioculturales del Adulto del Centro Poblado Puerto Casma – comandante Noel, 2012.” (Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería) Chimbote, Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.
46. Crumacero, D. En su estudio titulado “Estilos de vida y factores Biosocioculturales de la persona adulta del A.H.Monica Zapata –Piura, 2011” [tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Facultad de Enfermería; 2012.
47. Sigcha, B. (Junio 4, 2011). Sexualidad Humana. [Presentación online]. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/JulioSigchaBaez/sexualidad-humana-presentacion>.
48. Organización panamericana de salud, organización mundial de salud, asociación mundial de sexología (WAS). antigua Guatemala, promoción de la salud sexual recomendaciones para la acción [citada 22 de mayo 2000] [paginas]. Disponible en URL: http://new.pacho.org/hq/dm_documento/2009/promocion_salud_sexual.pdf.
49. Wikipedia la enciclopedia libre sexo [artículo en internet] [citado 08 de nov.2012] [1 pagina]. Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/sexo>.
50. Definición de edad – Qué es, significado y concepto. [Artículo en internet]. [Citado 2008-2012]. disponible en URL: <http://definición.de/edad>.
52. Wikipedia “edad biológica”. [Artículo en internet] .1984 [citado 2012 oct.02]. disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/edad-biol%C3%B3gica>.

- 53.** Las estimulaciones del alfabetismo y el analfabetismo del UIS están disponibles.
<http://www.uis.unesco.org/Literacy/Pages/default.aspx>.
- 54.** Balladares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).: México; 2010.Disponible
- 55.** BARRO, R.J. y GROSSMAN, H. (1971) “A General Disequilibrium Model of Income and Employment”. American Economic Review 61, 1, 82-93.
- 56.** Autor 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>.
- 57.** Ruth, G. Estudio “medio ambiente, pobreza y género: uso y manejo de los recursos ambientales en los hogares de la colonia la esperanza Tijuana, México, 2010.Disponible, desde,docencia.colef.mx/.../Tesis%20MAIA_Ruth%20Gaxiola%20Ald ma.pdf.
- 58.** José. L. “La Vivienda Social como Respuesta a una Mejor Calidad de Vida” La Paz – Bolivia, 2009”.
- 59.** Ana. H. “Prefactibilidad de un Proyecto Para la Prestación de Servicios de Acabados Para Viviendas de Interés Social, Bogotá- Colombia, 2004.”
- 60.** Tenencia d e Vivienda [artículo en internet] 2012. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiqui/tenencia de vivienda](http://es.wikipedia.org/Wiqui/tenencia_de_vivienda).
- 61.** Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.

62. Características de la Vivienda Conceptos . Sobre conceptos. [Documento en internet]. [Citado el 8 de octubre del 2012] disponible desde el URL: [http://Conceptos.com/características de la vivienda](http://Conceptos.com/características%20de%20la%20vivienda).
63. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.
64. Saneamiento Básico Conceptos [artículo en internet] 2012. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ conceptos saneamiento básico](http://es.wikipedia.org/Wiki/conceptos_saneamiento_básico).
65. Abastecimiento de agua Conceptos [artículo en internet] 2012. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ conceptos saneamiento básico](http://es.wikipedia.org/Wiki/conceptos_saneamiento_básico).
66. Conceptos de Recojo de Basura [artículo en internet] 2011. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ conceptos de recojo de basura](http://es.wikipedia.org/Wiki/conceptos_de_recojo_de_basura).
67. William Gilbert (1544-1603) Investigador inglés que invento la palabra electricidad para definir la fuerza que atraía algunos materiales.
68. Abreu. María de Fatima. Desechos Sólidos Mexico D.Fpag. 14.1999.
69. Díaz, C. Estudio “Estilos de Vida y Satisfacción laboral Madrid para optar el grado de doctor, 2005. Disponible desde biblioteca.ucm.es/tesis/fsl/ucmt28680.pdf
70. Sicart, M. Estudio “Estudio de los Hábitos Alimentarios en Población Universitariay sus Condicionantes, 2005. Disponible desde www.nutricioncomunitaria.org/.../n-11-1-002_I_1143656076656.pdf.
71. Yessika. A. “Promoción de Estilos de Vida Saludable San José, Costa Rica, abril, 2012”. rganización Panamericana de la Salud. Alcohol y Atención primaria de la salud 2008. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
72. Bello, S. Tratamiento del tabaquismo. Rev. Med Chile 1991.
73. Instituto de Neurociencias. Chequeos médicos preventivos 2013. Buenos a. Aires: Instituto de Neurociencias; 2013.

- 74.** Cruz P, Regidor E. Determinantes socioeconómicos del número de horas que duerme [serie en internet]. 2007 [citada 2013 Julio 17]; 44(22): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://determinantessocioeconomicos.com>.
- 75.** Organización Mundial de la salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud 2004. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2004.
- 76.** 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.
- 77.** 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).
- 78.** Ana. S. “Satisfacción de los Servicios de Salud y su Relación con la Calidad en los Hospitales Públicos de Ixmiquilpan Hgo” Pachuca - Hgo, 2005.
- 79.** Dolores, R. “Redes Sociales: Relaciones y Vínculos Conscientes Madrid 2008”
- 80.** Carmen. T. “Apoyo Social y Salud en Pacientes Oncológicos”.
- 81.** Pierina. P. “El Impacto del Vaso de Leche” Lima, Perú. 2002”
- 82.** Gustavo. N. en su estudio titulado “Percepción de la calidad de la atención de los Servicios de salud México 2008”
- 83.** Diego. P. En su investigación titulada “Las Pandillas Juveniles y la Seguridad Ciudadana en los Habitantes de la Ciudad de San Gabriel, Cantón Montufar, Provincia de Carchi, Ecuador – 2011”.
- 84.** Apoyo Social. [Artículo en internet] 2011. Disponible en URL:http://www.elocal.gob.mx/wb/ELOCAL/ELOC_La_participacion_social

85. . Apoyo Organizado [artículo en internet] 2011. Disponible en URL:http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Guia_Redес_Adultor.
86. Disponible en U: <http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la-atencion-en-lud.pdf>. Definiciones Pandillaje [artículo en internet] 2012. Disponible en U RL:<http://www.pandillaje.com>
87. Calidad de atención [artículo en internet].
88. Bello, S. Tratamiento del tabaquismo. Rev. Med Chile 1991.



ANEXO N° 1



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE LA SALUD PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO DETERMINANTES DE LA SALUD EN

ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”.

PASHPA_TARICÁ, 2013.

ELABORADO POR VÍLCHEZ REYES ADRIANA.

DATOS DE IDENTIFICACION:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

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

2. Edad:

• Adulto Joven (18 años a 29 años 11 meses 29 días) () 1

• Adulto Maduro (De 30 a 59 años 11 meses 29 días) () 2

• Adulto Mayor (60 a más años) () 3

3. Grado de instrucción:

- Sin nivel instrucción () 1
- Inicial/Primaria () 2
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta () 3
- Superior Universitaria () 4
- Superior no universitaria () 5

4. Ingreso económico familiar en nuevos soles

- Menor de 750 () 1
- De 751 a 1000 () 2
- De 1001 a 1400 () 3
- De 1401 a 1800 () 4
- De 1801 a más () 5

5. Ocupación del jefe de familia:

- Trabajador estable () 1
- Eventual () 2
- Sin ocupación () 3
- Jubilado () 4
- Estudiante ()

6. Vivienda:

6.1. Tipo:

- Residencia ()
- Alquiler ()
- Casa o departamento alquilado ()
- Casa de familiares (Tíos, abuelo, primos) ()
- Casa de sus suegros ()
- Casa de sus padres ()

- Casa propia ()

6. 2. Material del piso:

- Tierra ()
- Cemento ()
- Cerámica ()
- Madera ()
- Otros ()

6.3. Material del piso:

- Tierra () 1
- Entablado () 2
- Laminas asfálticas () 3
- Parquet () 4

6.4. Material del techo:

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

6.5. Material de las paredes:

- Madera, estera () 1
- Adobe () 2
- Estera y adobe () 3

- Material noble ladrillo y cemento () 4

6.6. Cuantas personas duermen en una

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

7. Abastecimiento de agua:

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

8. Eliminación de excretas:

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

9. Combustible para cocinar:

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

10. Energía eléctrica:

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

11. Disposición de basura:

- Acampo abierto () 1
- Al rio () 2
- En un pozo () 3
- Se entierra o quema () 4

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

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

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

- Carro recolector () 1
- Montículo o campo limpio () 2
- Contenedores específicos de recogida () 3
- Vertido por el fregadero o desagüe () 4
- Otros () 5

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Ha bebido en alguna ocasión alguna bebida alcohólica?

- Si () No ()

16. Número de horas que duerme:

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

17. ¿Con que frecuencia se baña?

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

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

- Si () 1 NO () 2

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

- Camina () 1
- Deporte () 2
- Gimnasia () 3

- No realizo () 4

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

- Caminar () 1 Gimnasia suave () 2 Juegos con poco esfuerzo () 3
Correr () 4 ninguna () 5 Deporte () 6

21. 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 |
|-----------|--------|---------------------------|-------------------------|------------------------------|--------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

- Familiares ()1
- Vecinos ()2
- Compañeros de trabajo ()3
- No recibo ()4

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

- Organizaciones de ayuda al enfermo ()1
- Seguridad social ()2
- Empresa para la que trabajó ()3
- Instituciones de acogida ()4
- Organización de acogida ()5
- No recibo ()6

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

- Pensión 65 si () 1 No()2
- Comedor popular si () 1 No()2
- Vaso de leche si ()1 No() 2
- Otros si ()1 No()2

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

- Hospital () 1
- Centro de salud ()2
- Puesto de salud ()3
- Clínicas particulares () 4
- Otros () 5

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

- Muy cerca de su casa ()

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

27. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

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

¿Le pareció?

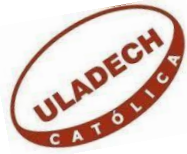
- Muy largo () 1
- Largo () 2
- Regular () 3
- Corto () 4
- Muy corto () 5
- No sabe () 6

En general, ¿la calidad de atención que recibió en el establecimiento de

salud fue?

29. ¿Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

- Si () 1 No () 2



ANEXO N°2



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS DEL CASERÍO DE
HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICÁ, 2013.

Validez de contenido:

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

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

n_e = número de expertos que indican esencial

N= número total de expertos.

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

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

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 8 expertas del área de Salud.

Se alcanzó a cada una de las expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”, PASHPA - TARICÁ, 2013. (Ver anexo 03).

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

¿Esencial?

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

Calculo del Coeficiente de Validez Total:

$$\text{Coeficient edevalideztotal} = \frac{\sum CVRi}{\text{Totaldereactivos}}$$

$$\text{Coeficient edevalideztotal} = 25,5$$

Coeficiente de validez total = 0,75.


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

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

| | | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| P9 | | | | | | | | | |
| Comentario: | | | | | | | | | |
| P10 | | | | | | | | | |

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS DEL CASERÍO DE
HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICÁ, 2013.**

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EXPERTAS:

| Nº | Exper.1 | Expe. 2 | Expe. 3 | Exper to 4 | Experto 5 | Exper to 6 | Exper to 7 | Exper to 8 | ne | CVR por pregunta |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|------------|-----------|------------|------------|------------|----|------------------|
| 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 6 | 0,750 |
| 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 0,750 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 0,875 |
| 4 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0,625 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 0,875 |
| 6 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 0,375 (*) |
| 7.1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 | 0,625 |
| 7.2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 | 0,625 |
| 7.3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 | 0,625 |
| 7.4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 | 0,625 |
| 7.5 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 5 | 0,625 |
| 8 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 0,875 |
| 9 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 0,875 |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 0,875 |
| 11 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 4 | 0,500 (*) |
| 12 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 5 | 0,625 |
| 13 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 6 | 0,750 |
| 14 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 5 | 0,625 |
| 15 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 1,000 |
| 16 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 5 | 0,625 |
| 17 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 1,000 |
| 18 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 1,000 |
| 19 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 0,875 |
| 20 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0,625 |
| 21 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 1,000 |
| 22 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 0,875 |
| 23 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 0,875 |
| 24 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 0,750 |
| 25 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 7 | 0,875 |
| 26 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 6 | 0,750 |
| 27 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 | 0,625 |
| 28 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 6 | 0,750 |
| 29 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 5 | 0,625 |
| 30 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 6 | 0,750 |
|  | | | | | | | | | | 25,500 |

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Comentario | | | | | | | | | |
| P11 | | | | | | | | | |
| Comentario: | | | | | | | | | |
| P12 | | | | | | | | | |
| Comentario: | | | | | | | | | |
| P13 | | | | | | | | | |
| Comentario: | | | | | | | | | |
| P14 | | | | | | | | | |
| Comentario: | | | | | | | | | |
| ▪ DETERMINANTES DE HABITOS PERSONALES DE SALUD | | | | | | | | | |
| P15 | | | | | | | | | |
| Comentario: | | | | | | | | | |
| P16 | | | | | | | | | |
| Comentario: | | | | | | | | | |
| P17 | | | | | | | | | |
| Comentario | | | | | | | | | |
| P18 | | | | | | | | | |
| Comentario: | | | | | | | | | |
| ▪ DETERMINANTES ALIMENTARIOS | | | | | | | | | |
| P19 | | | | | | | | | |
| Comentario: | | | | | | | | | |
| ▪ PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS | | | | | | | | | |
| P20 | | | | | | | | | |
| Comentario | | | | | | | | | |
| P21 | | | | | | | | | |
| Comentario: | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| P22 | | | | | | | | | |
| Comentario: | | | | | | | | | |
| P23 | | | | | | | | | |
| Comentario: | | | | | | | | | |
| P24 | | | | | | | | | |
| Comentario: | | | | | | | | | |
| ▪ DETERMINANTE DE AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD | | | | | | | | | |
| P25 | | | | | | | | | |
| Comentario: | | | | | | | | | |
| ▪ DETERMINANTE DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD | | | | | | | | | |
| P26 | | | | | | | | | |
| Comentario: | | | | | | | | | |
| P27 | | | | | | | | | |
| Comentario: | | | | | | | | | |
| P28 | | | | | | | | | |
| Comentario: | | | | | | | | | |
| P29 | | | | | | | | | |
| Comentario: | | | | | | | | | |
| P30 | | | | | | | | | |
| Comentario: | | | | | | | | | |

Fuente: Ficha de evaluación de expertos.

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

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS DEL CASERÍO DE
HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICÁ, 2013.**

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

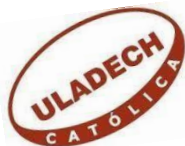
INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

ANEXO N°3



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**FICHA DE CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS DEL CASERÍO DE
HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICÁ, 2013.**

CONFIABILIDAD INTEREVALUADOR

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (ANEXO 3).



ANEXO N° 4



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS DEL CASERÍO DE
HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICÁ, 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 informarán de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas.

Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

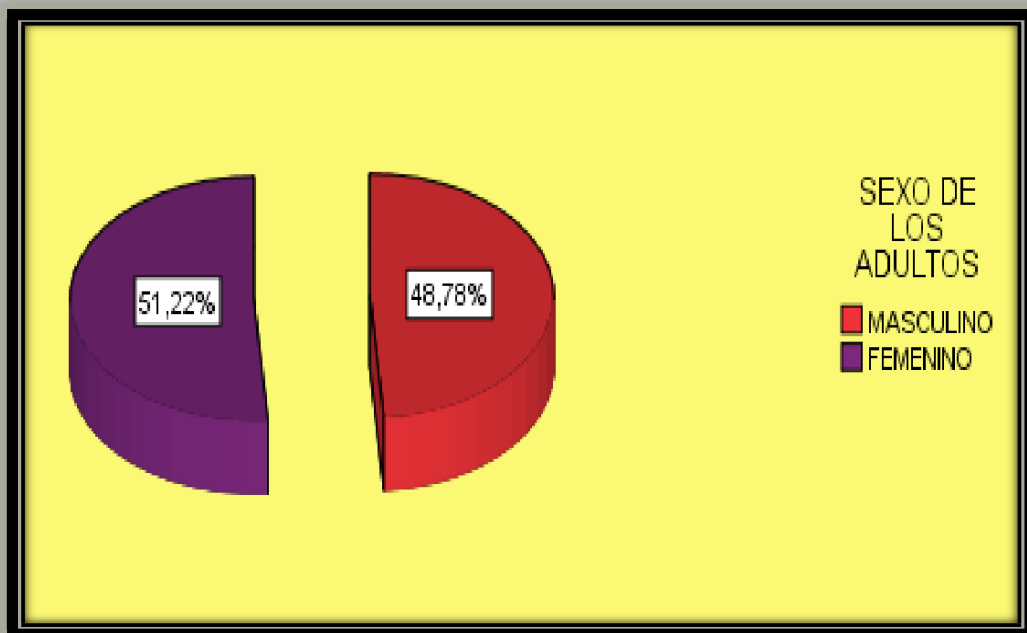
FIRMA

.....

GRAFICO DE TABLA 01:

***DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS
DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICÁ,
2013.***

***GRAFICO N° 01: SEXO DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE
HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICA, 2013.***

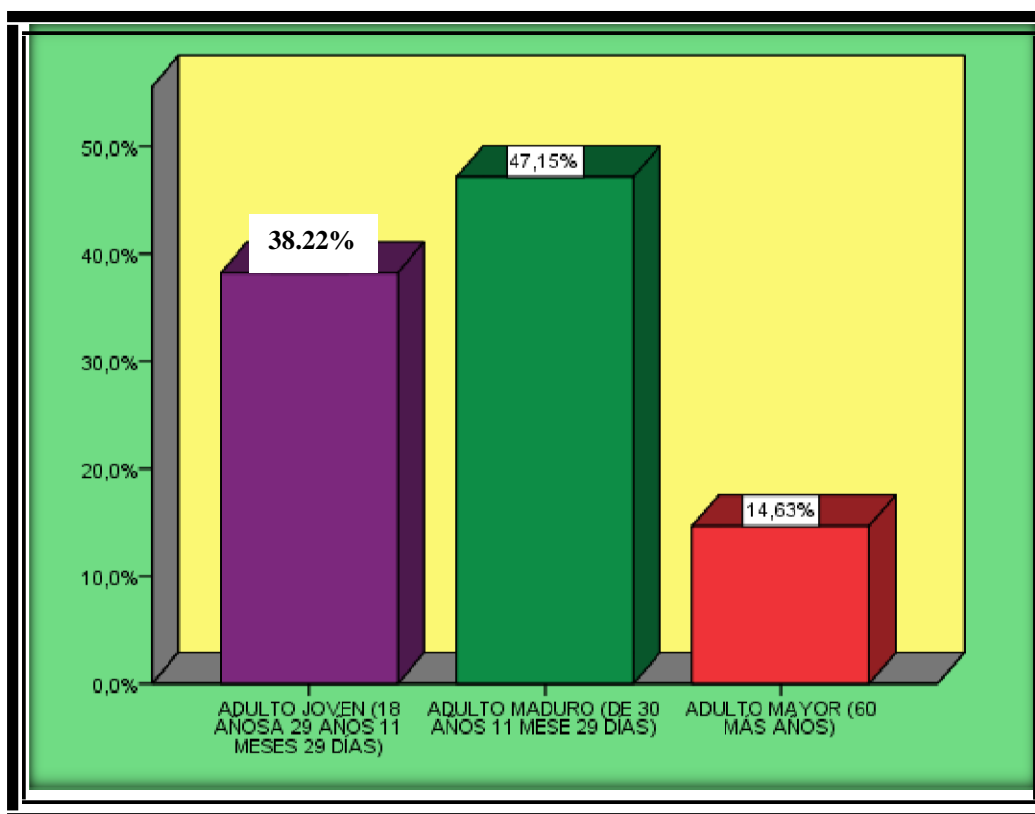


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del Caserío De Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 01

DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICÁ, 2013.

**GRAFICO N° 02: EDAD DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE
HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICA, 2013**

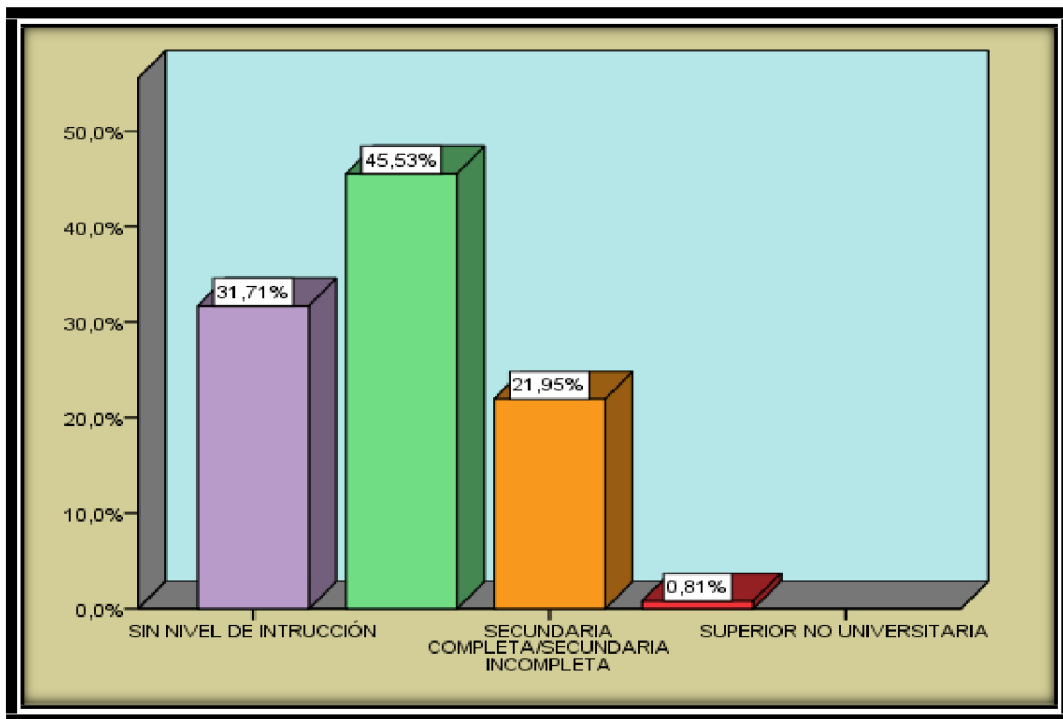


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del Caserío De Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 01:

***DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS
DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICÁ,
2013.***

**GRAFICO N° 03: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS DEL
CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICA, 2013.**

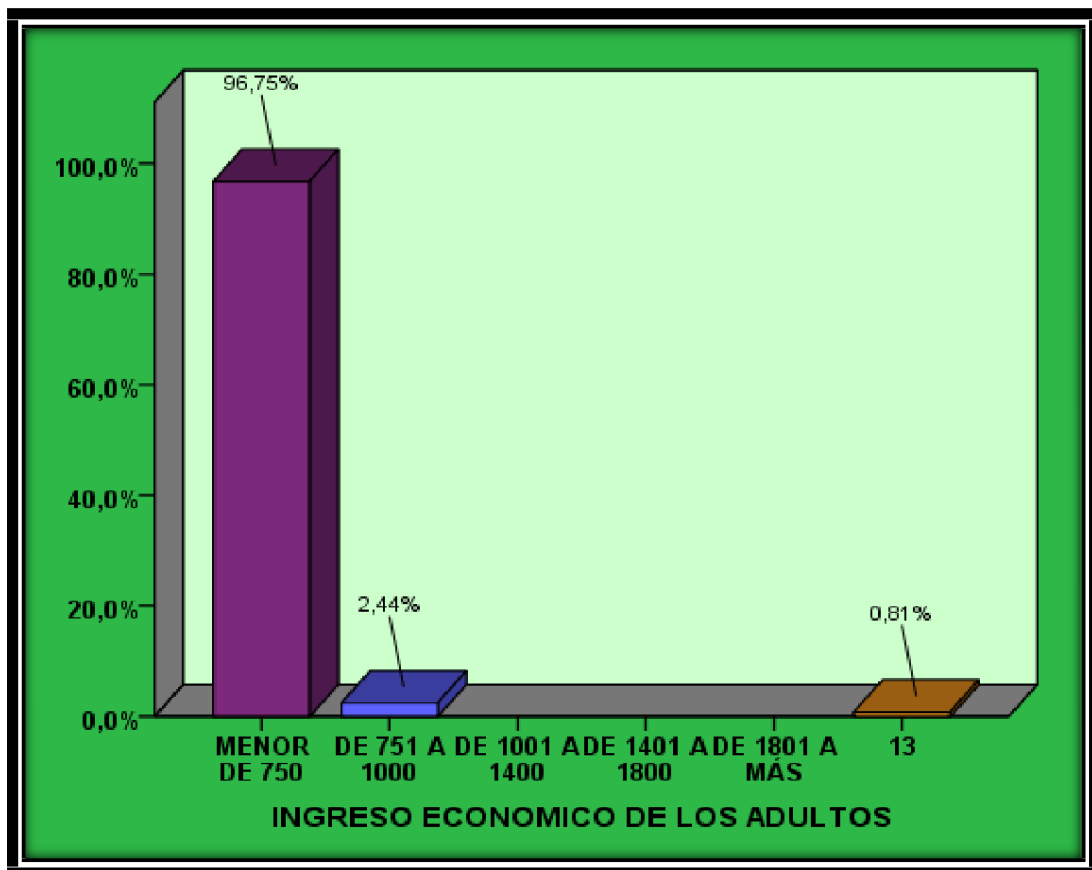


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 01:

***DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS
DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICÁ,
2013.***

**GRAFICO N° 04: INGRESO ECONÓMICO DE LOS ADULTOS DEL CASERIO
DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICA, 2013.**

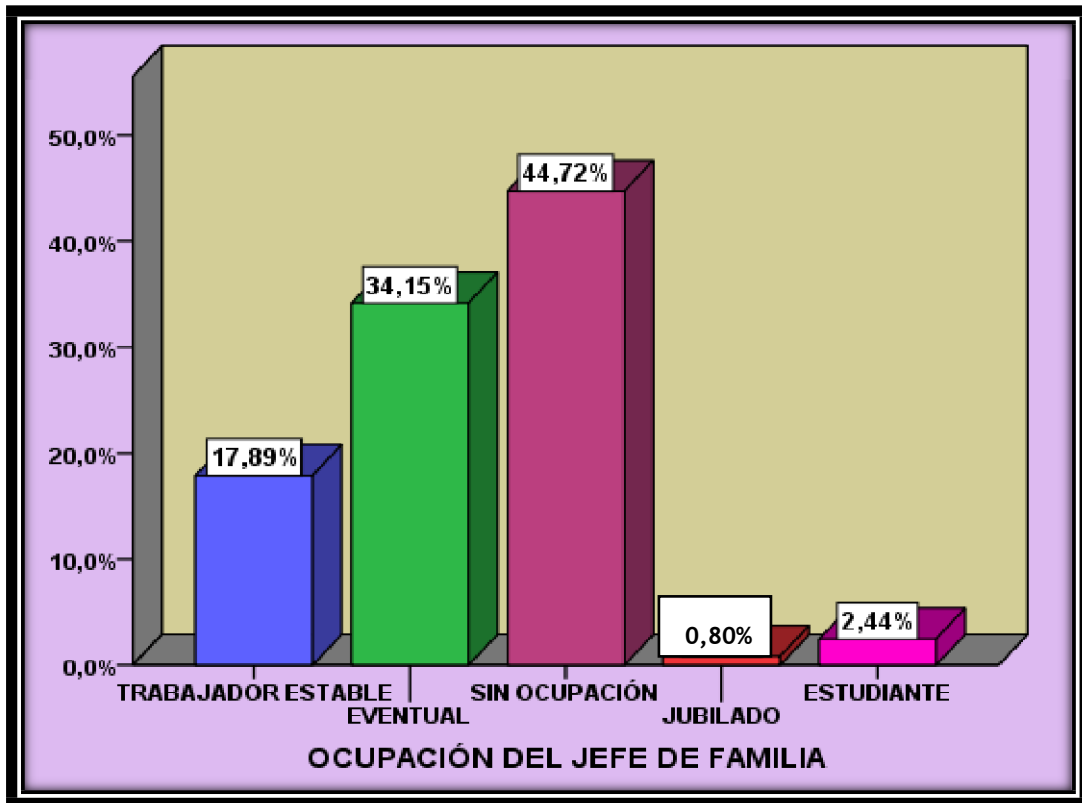


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del Caserío De Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 01:

***DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS
DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICÁ,
2013.***

**GRAFICO N° 05: OCUPACIÓN DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE
HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICA, 2013.**

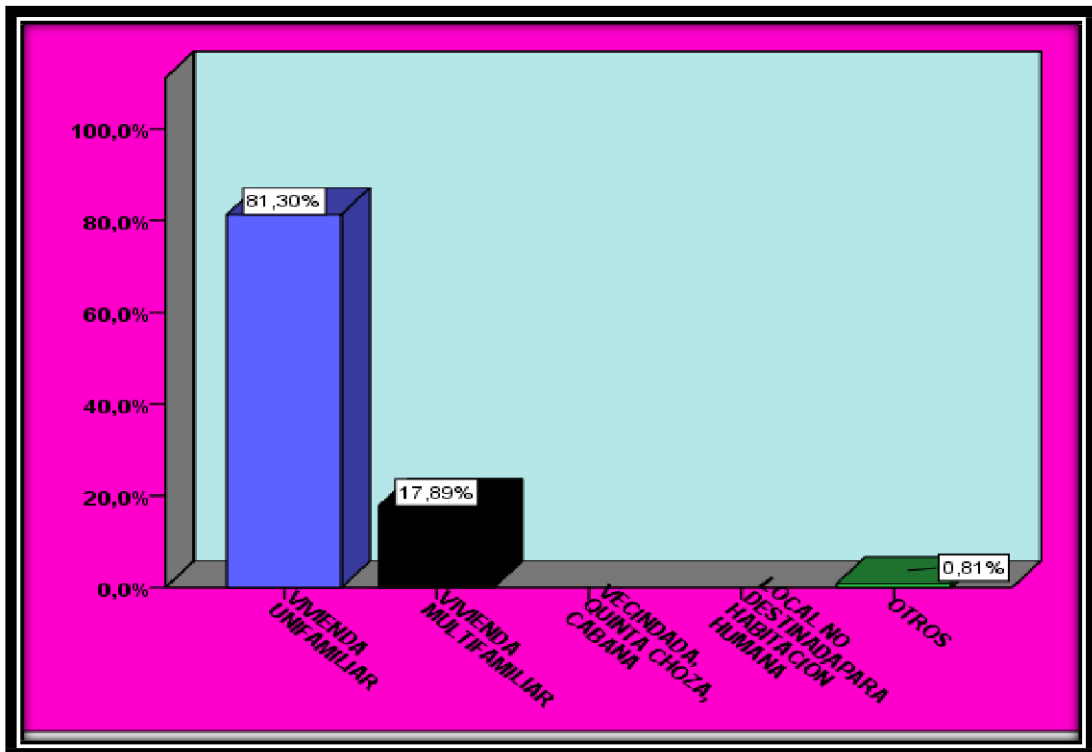


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del Caserío De Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICÁ, 2013.

GRAFICO N.º 06: TIPO DE VIVIENDA DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICA, 2013

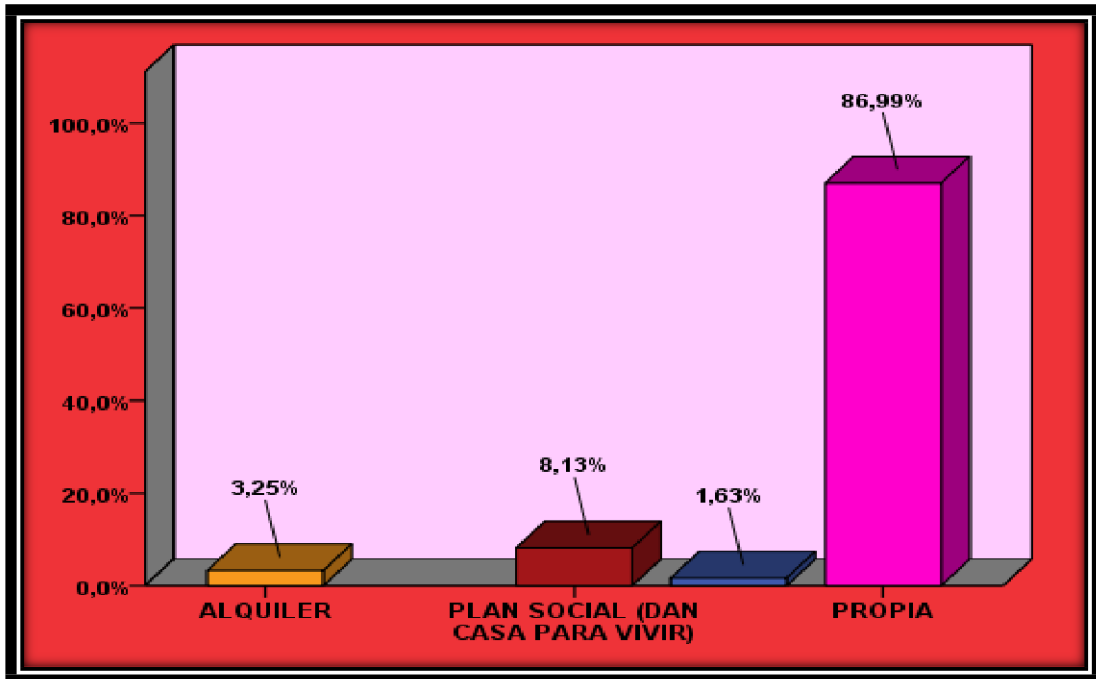


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado En Adultos Del Caserío De Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013

GRAFICO DE TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICÁ, 2013.

GRAFICO N° 07: TENENCIA DE LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICA, 2013

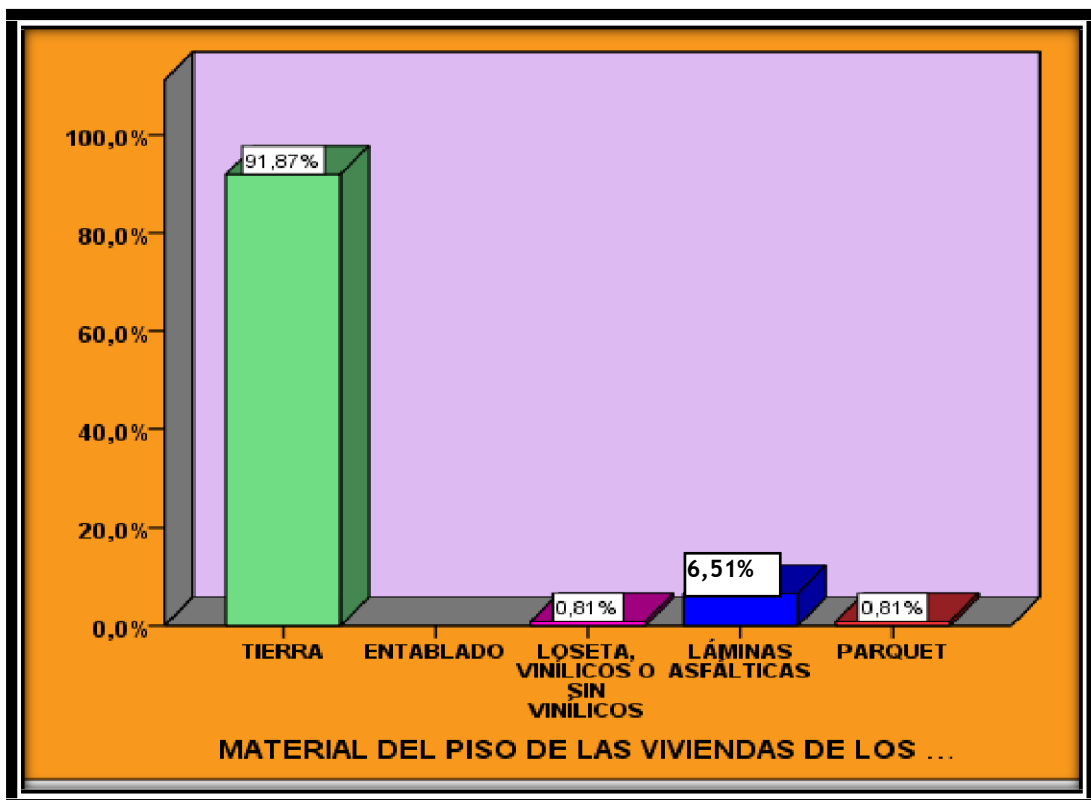


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N° 08: MATERIAL DEL PISO DE LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICA, 2013



Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013.

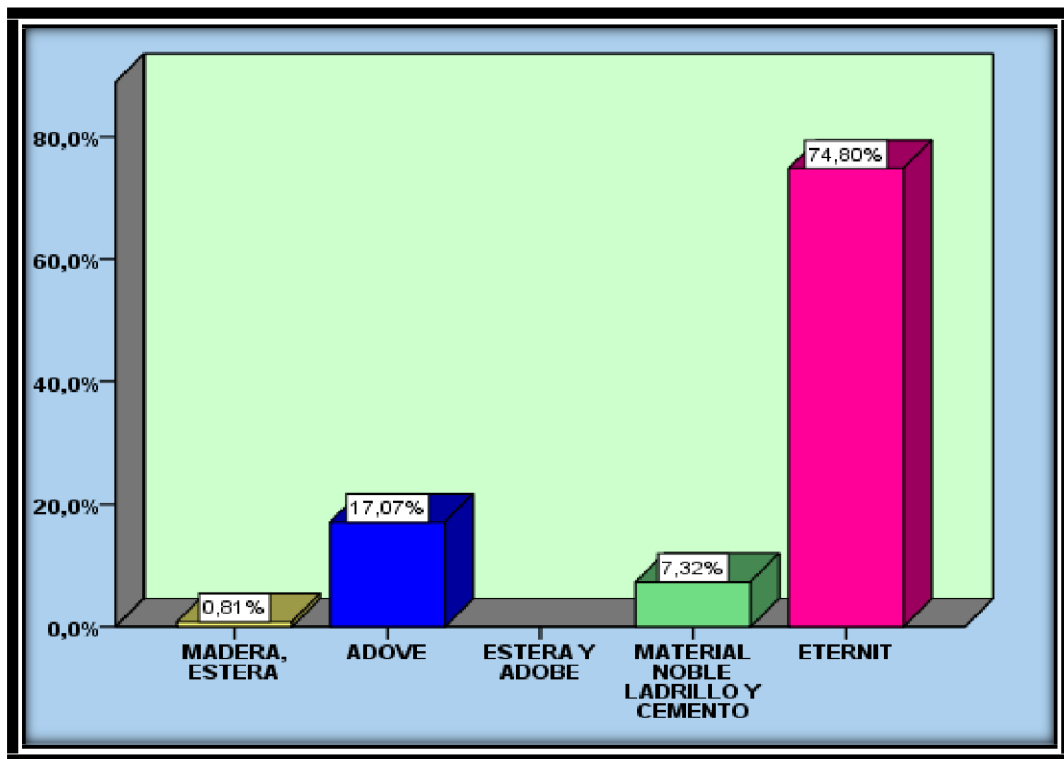
GRAFICO DE TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”.

PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N° 09: MATERIAL DE TECHO DE LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”.

PASHPA_TARICA, 2013



Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del Caserío De Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

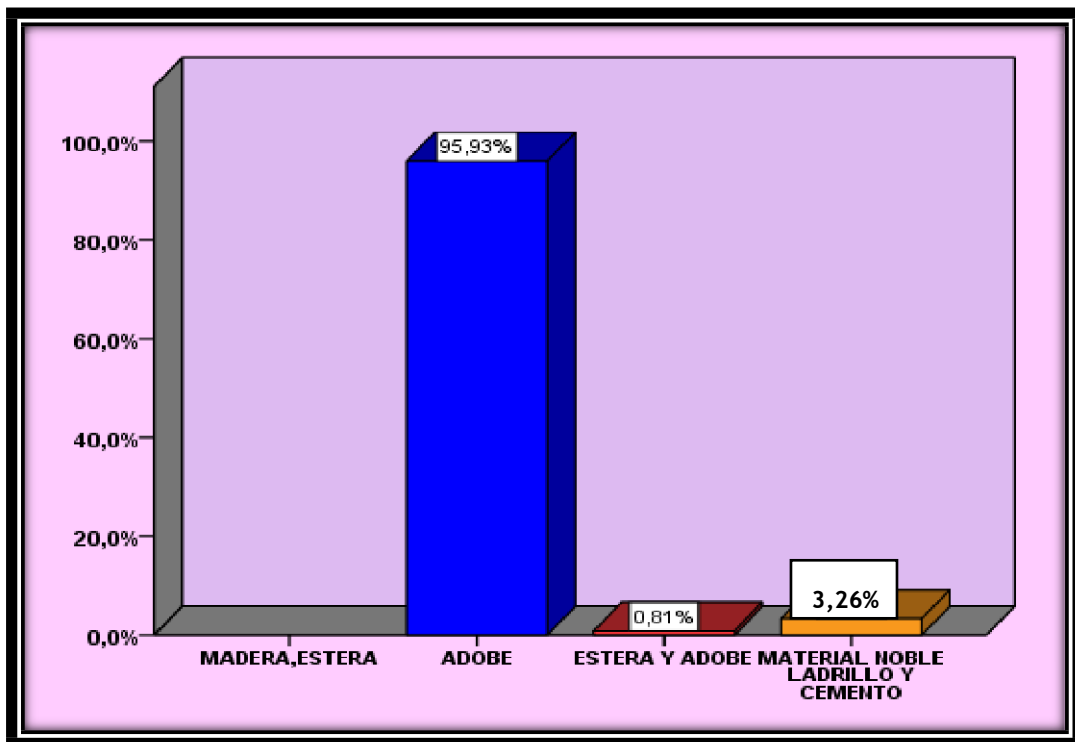
GRAFICO DE TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”.

PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N° 10: MATERIAL DE LAS PAREDES DE LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”.

PASHPA_TARICA, 2013

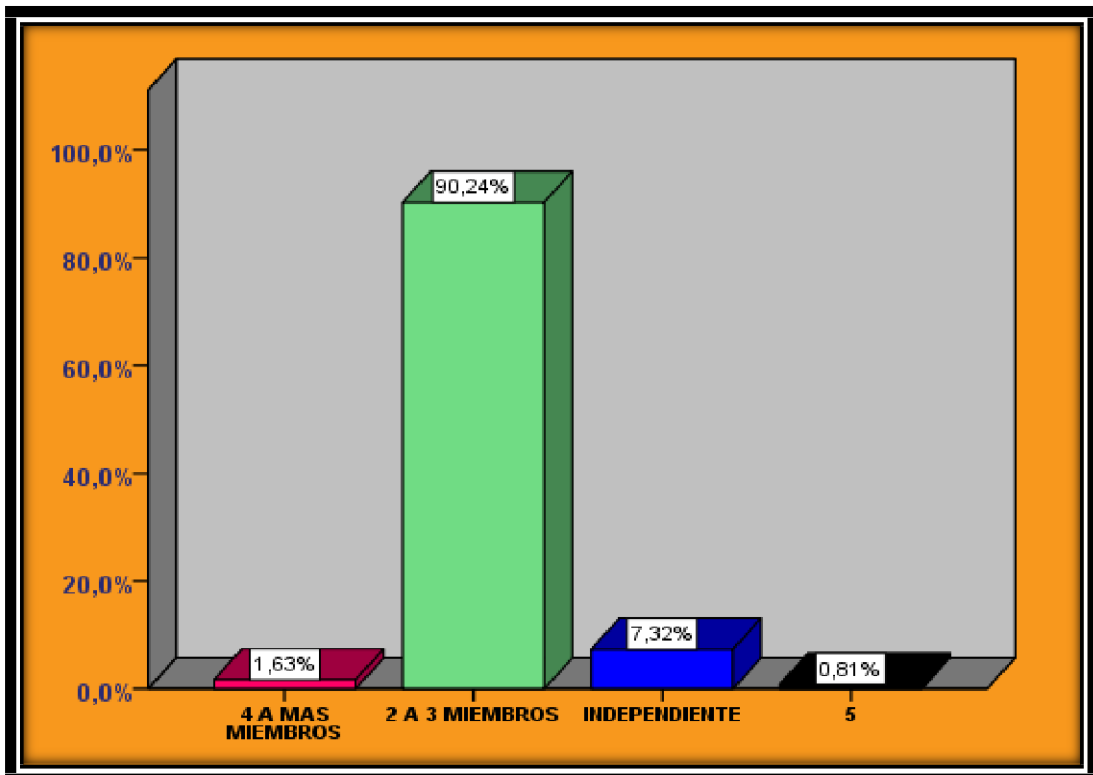


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del Caserío De Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO Nº 11: NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICA, 2013

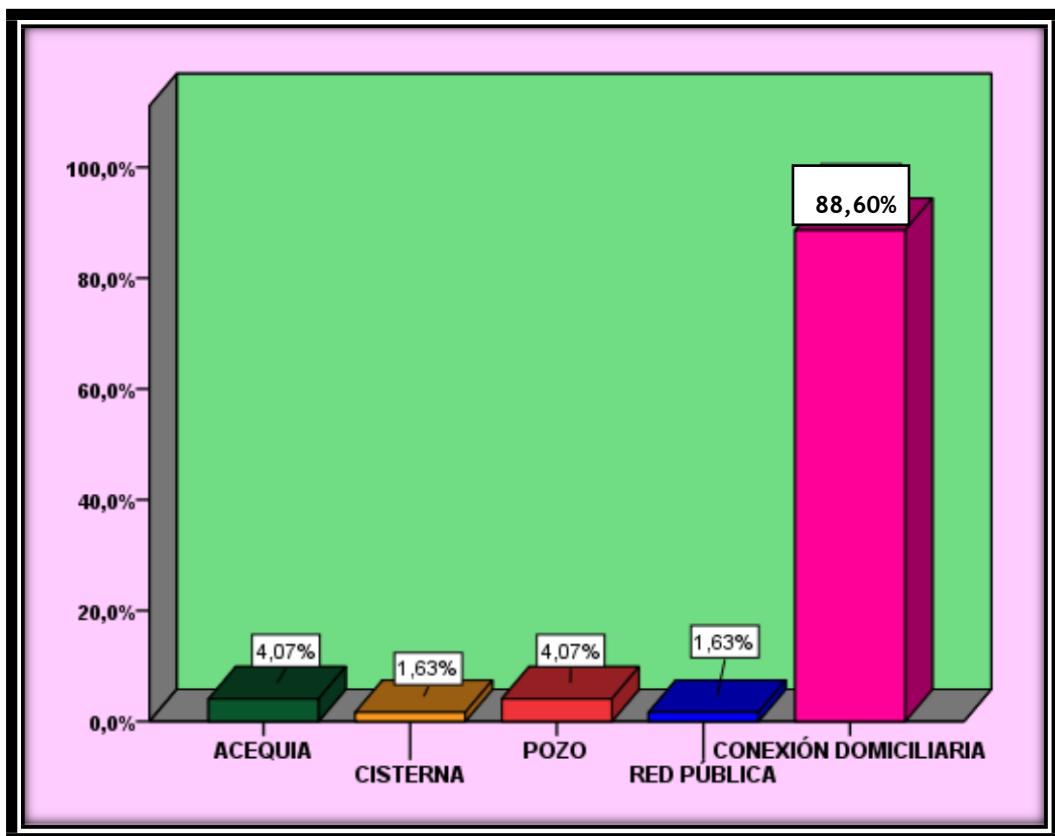


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N° 12: ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICA, 2013

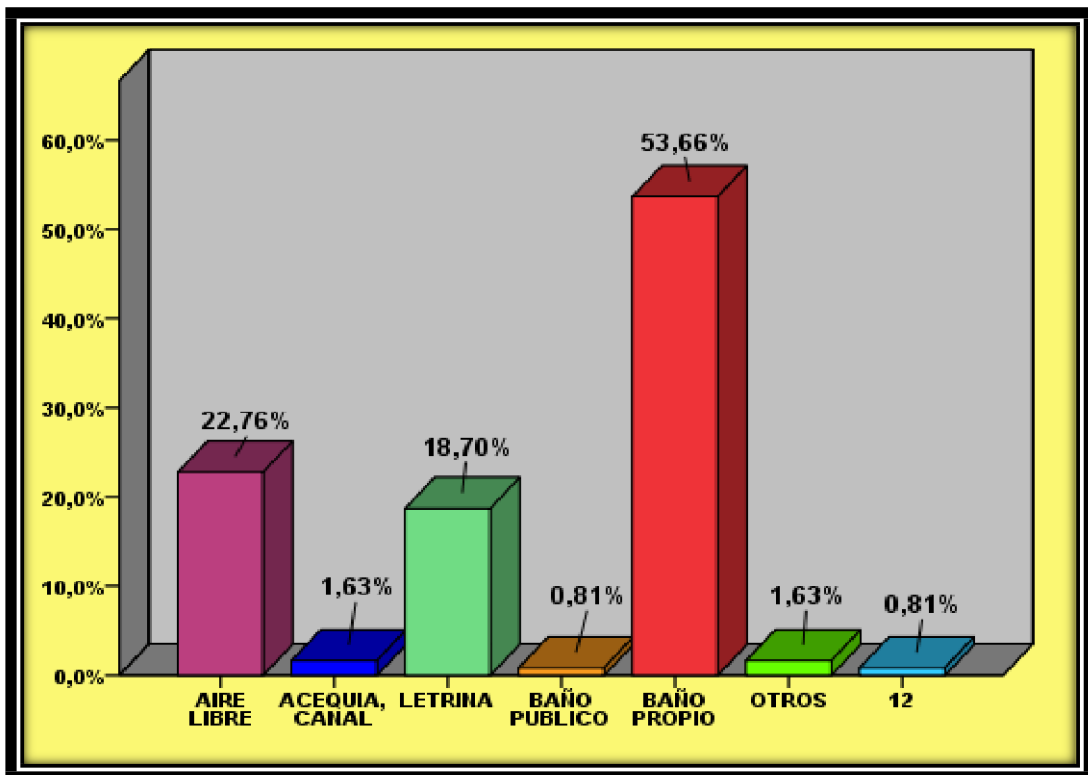


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del Caserío De Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N° 13: ELIMINACIÓN DE EXCRETAS DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICA, 2013

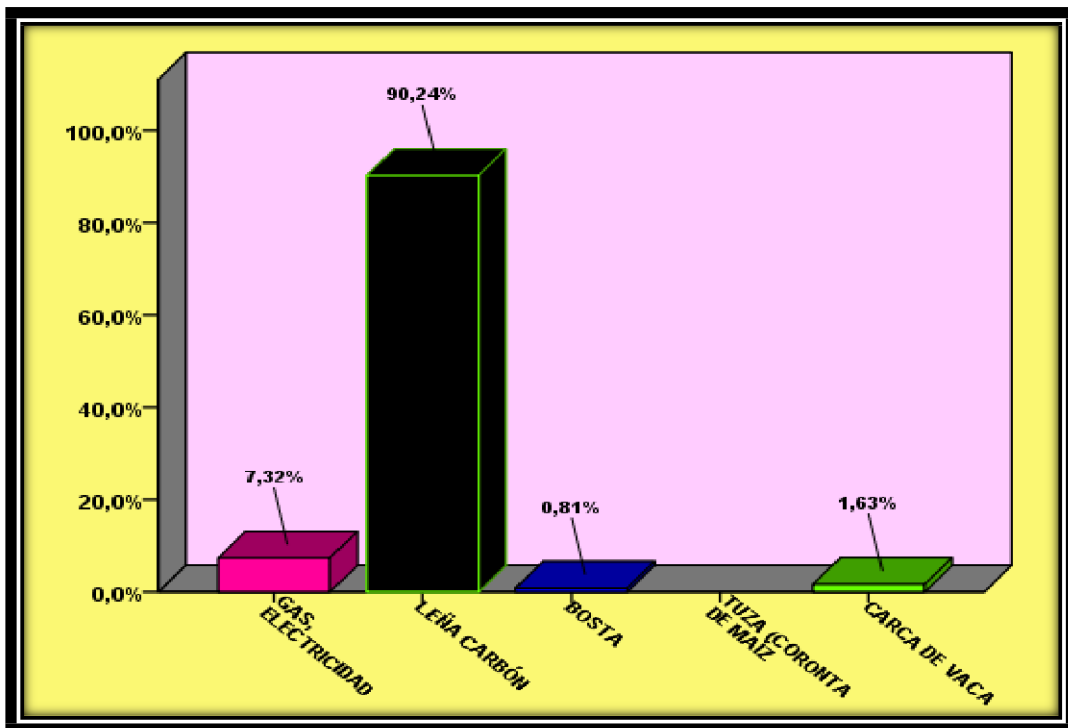


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 02

***DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”.
PASHPA_TARICÁ, 2013***

**GRAFICO N.º 14: COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”.
PASHPA_TARICA, 2013**

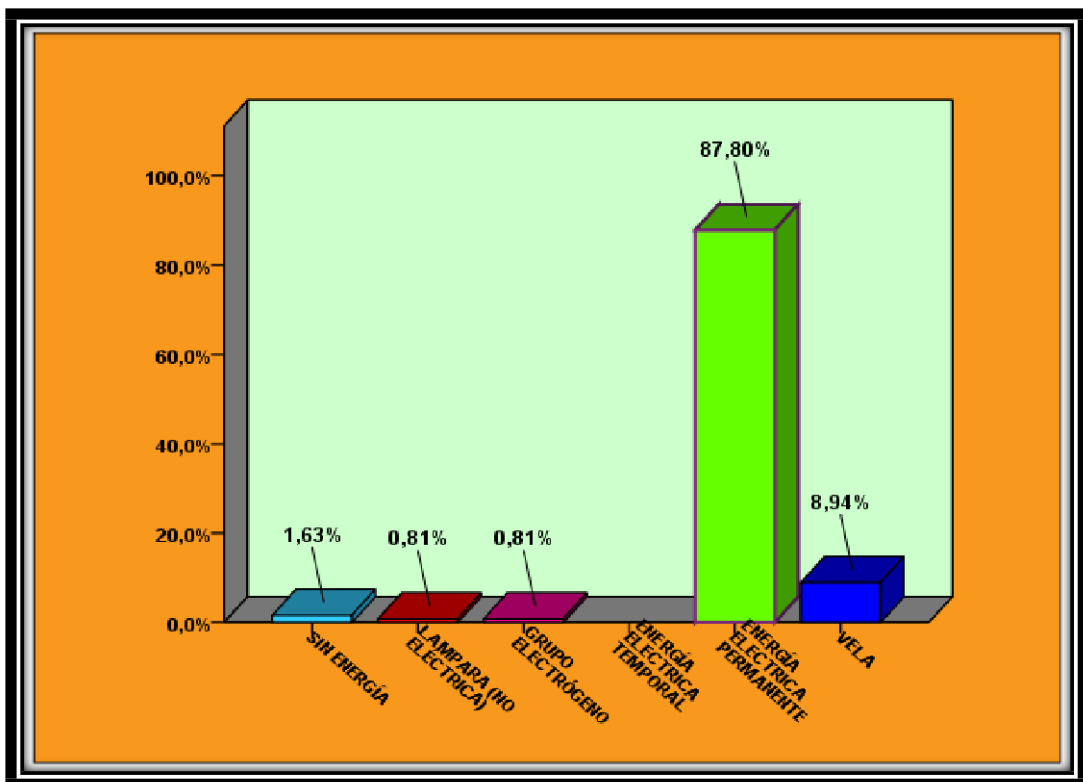


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 02

***DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C".
PASHPA_TARICÁ, 2013***

**GRAFICO N° 15: ENERGIA ELÉCTRICA EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C".
PASHPA_TARICA, 2013**

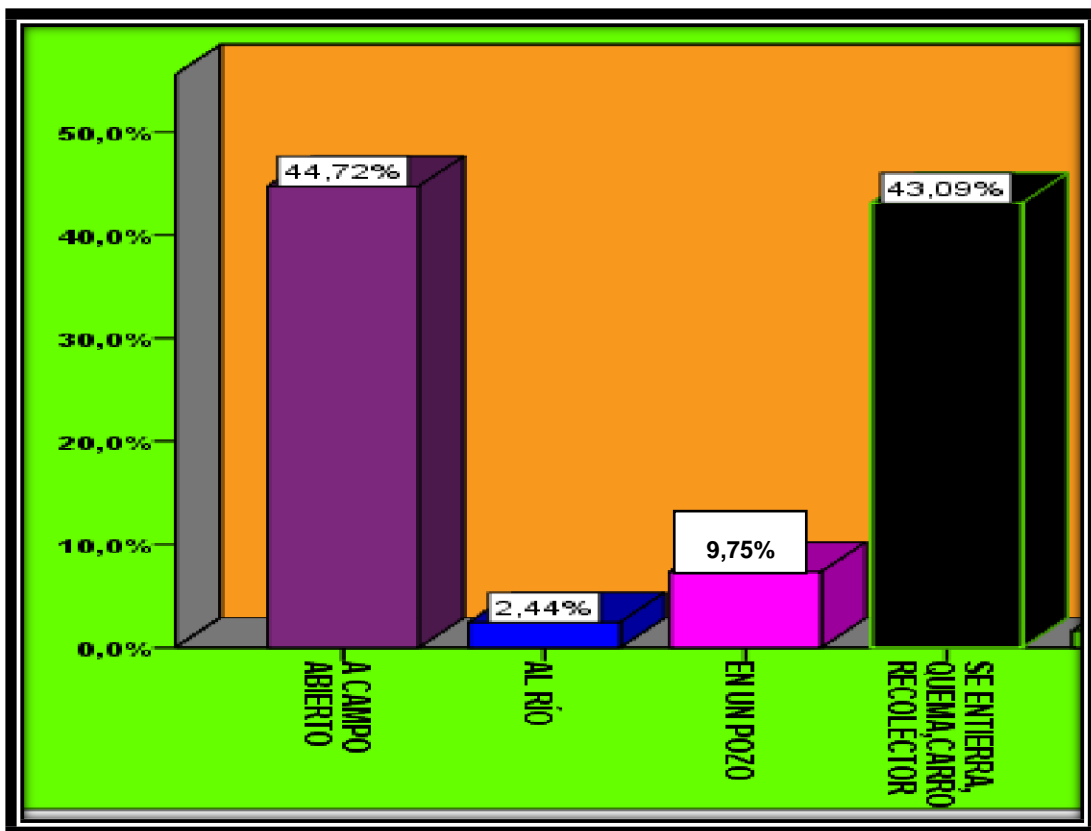


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N° 16: DISPOSICIÓN DE LA BASURA DEL CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICA, 2013

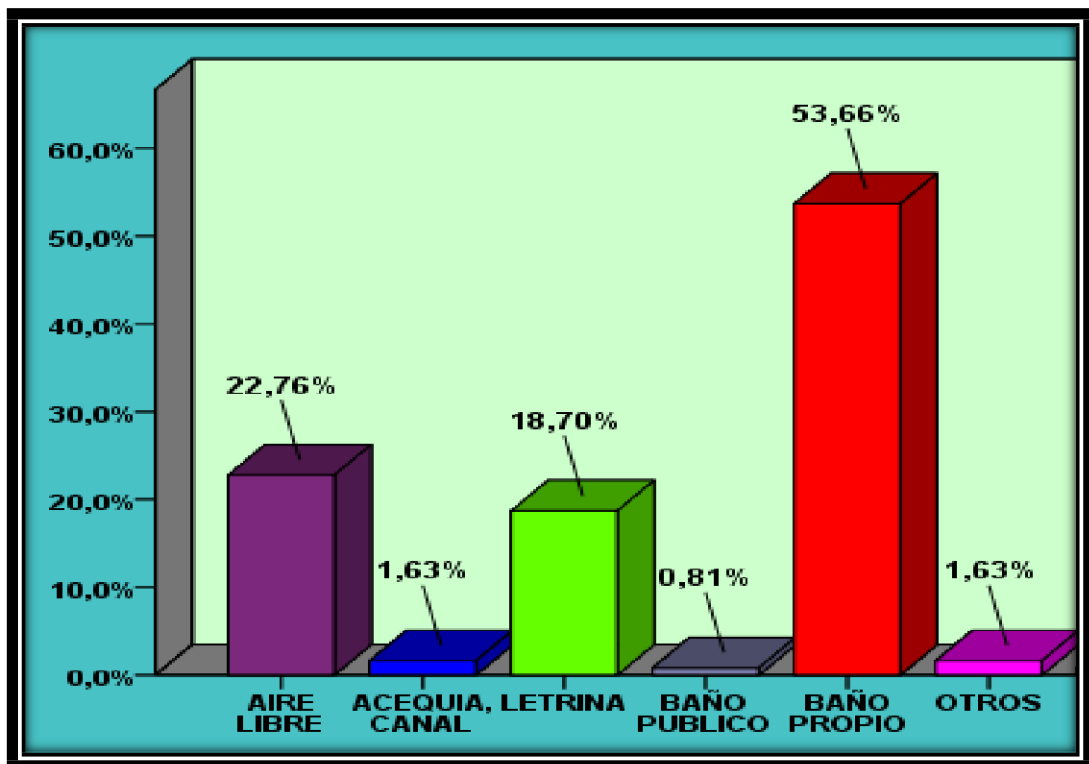


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N.º 17: ELIMINACIÓN DE LA BASURA DEL CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICA, 2013



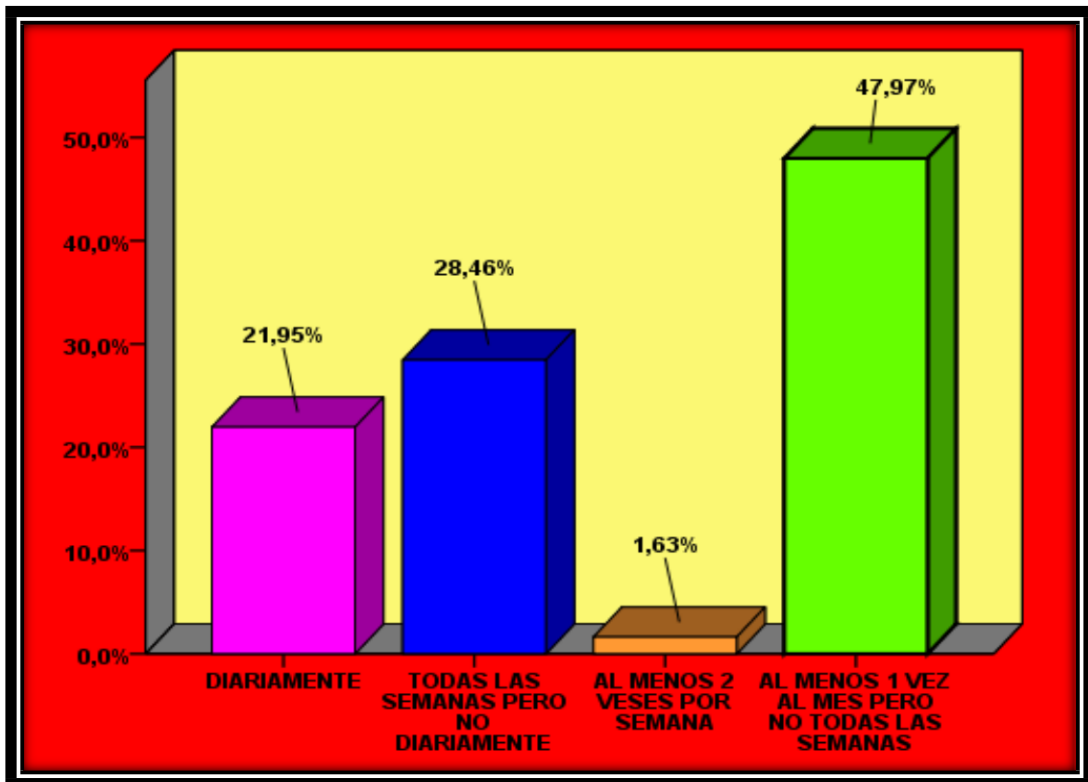
Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del Caserío De Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO FISICO EN ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C".

PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N° 18: FRECUENCIA DE RECOJO DE BASURA DEL CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICA, 2013

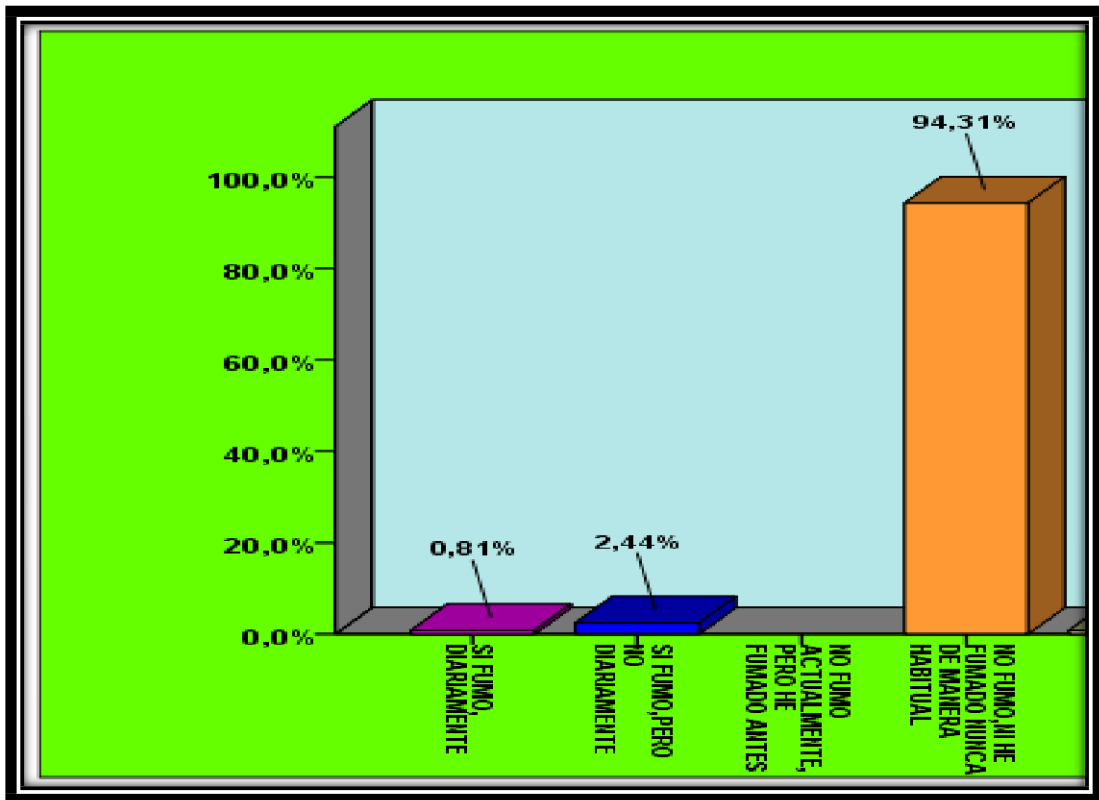


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del Caserío De Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N° 19: CONSUMO DE TABACO EN LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICA, 2013



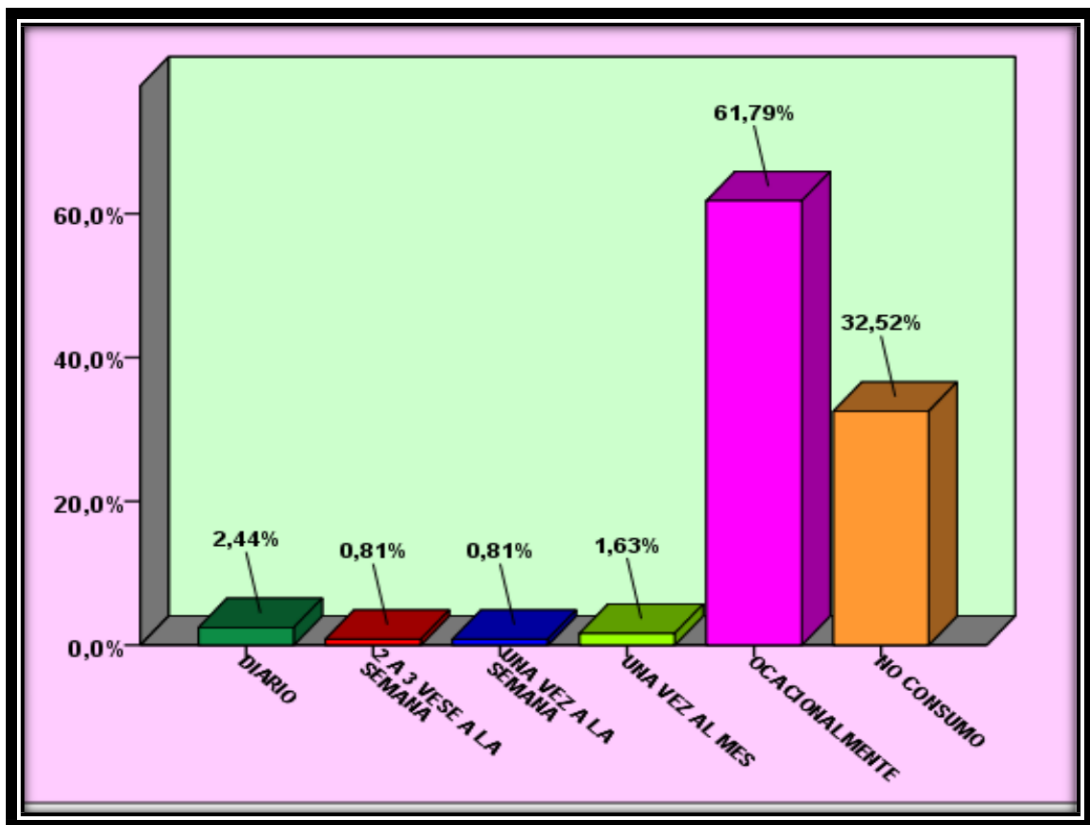
Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N° 20: FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓHOLICA DE LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”.

PASHPA_TARICA, 2013

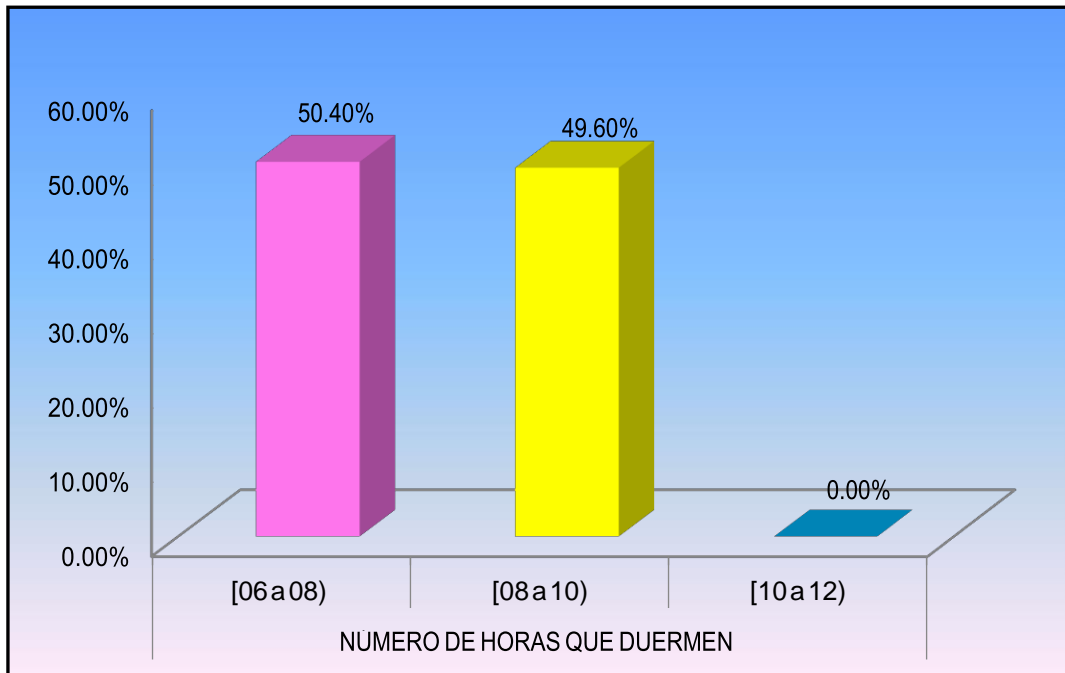


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N.º 21: NÚMERO DE HORAS QUE DUERMEN LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICA, 2013

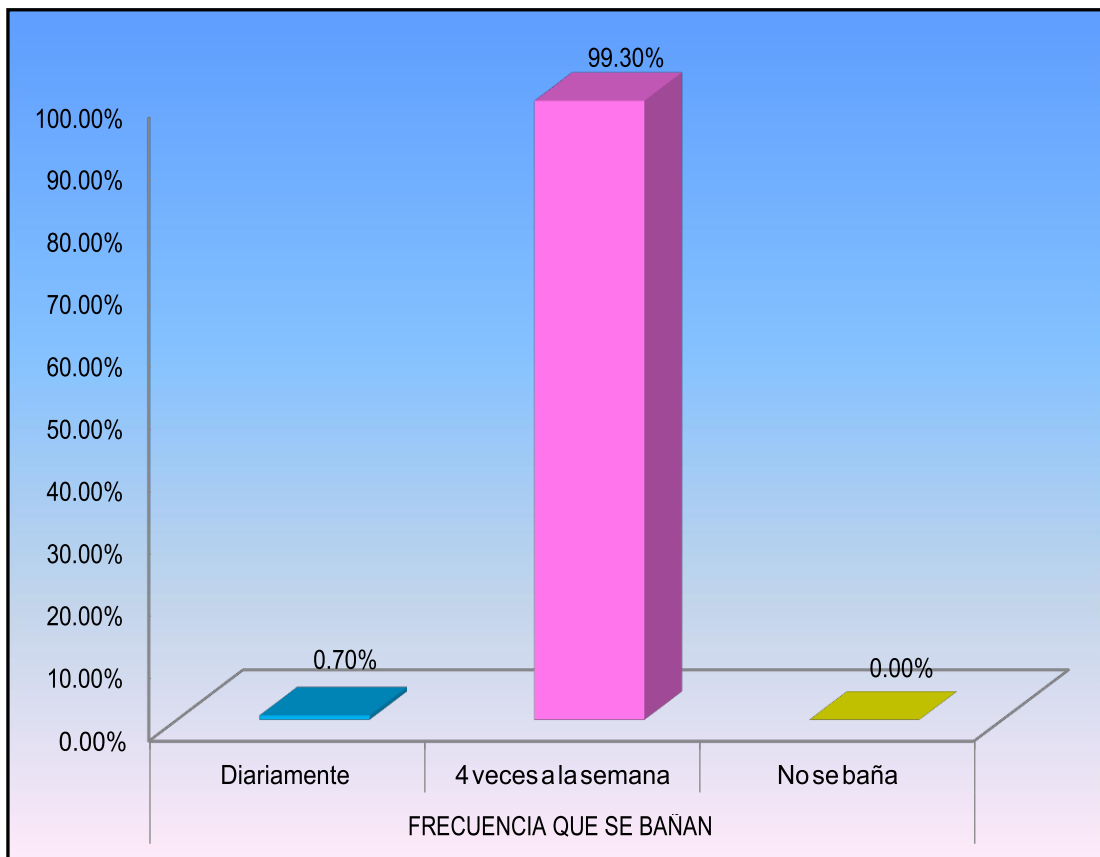


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N° 22: FRECUENCIA QUE SE BAÑAN LOS ADULTOS DEL CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICA, 2013

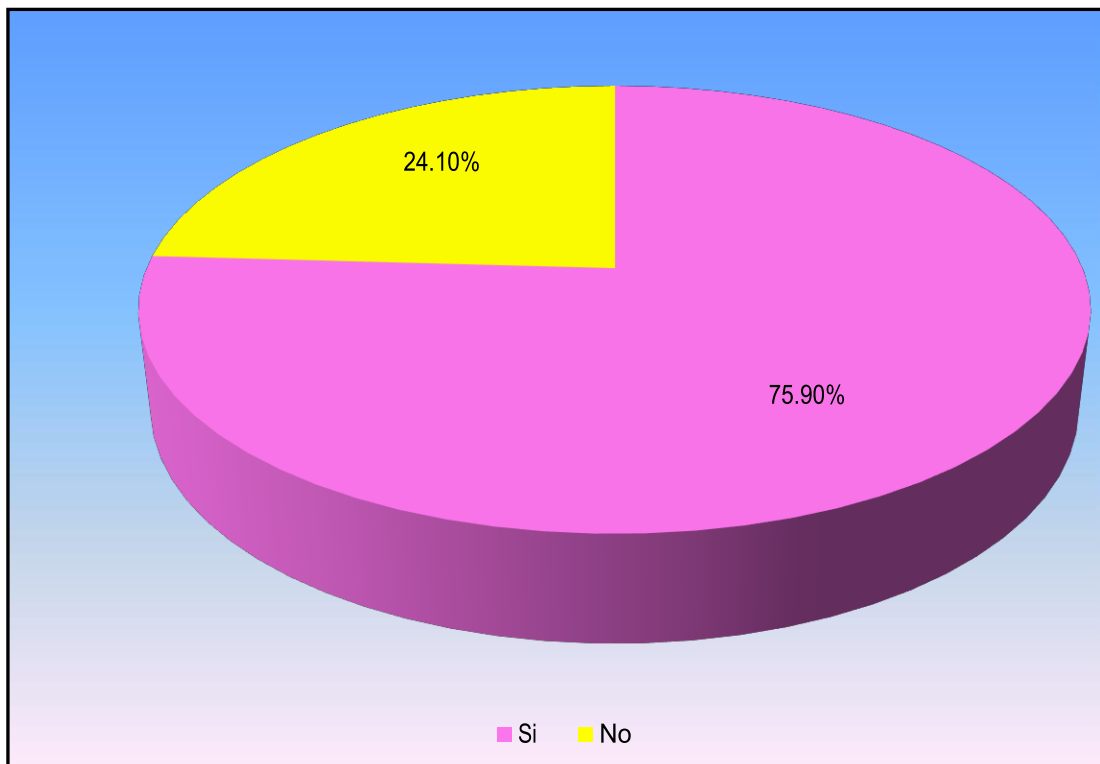


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del Caserío De Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N° 23: EXÁMEN MÉDICO PERIÓDICO EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICA, 2013

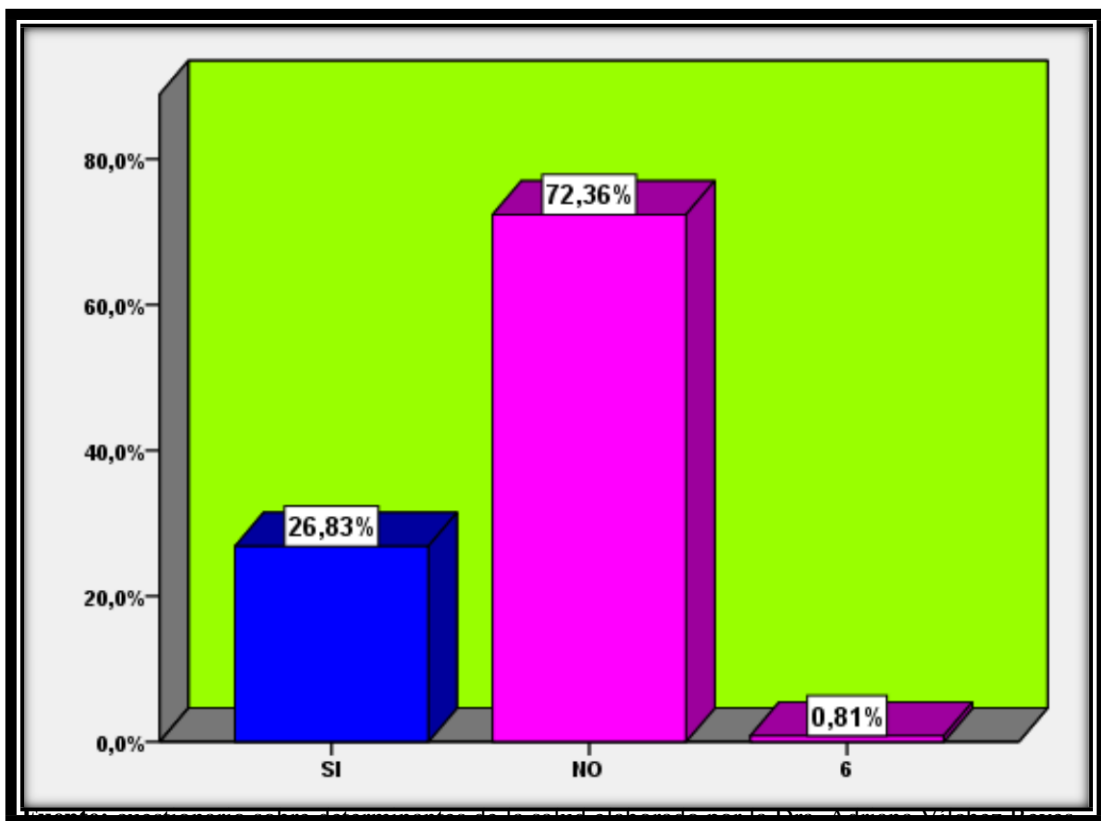


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N.º 24: ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZAN LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICA, 2013

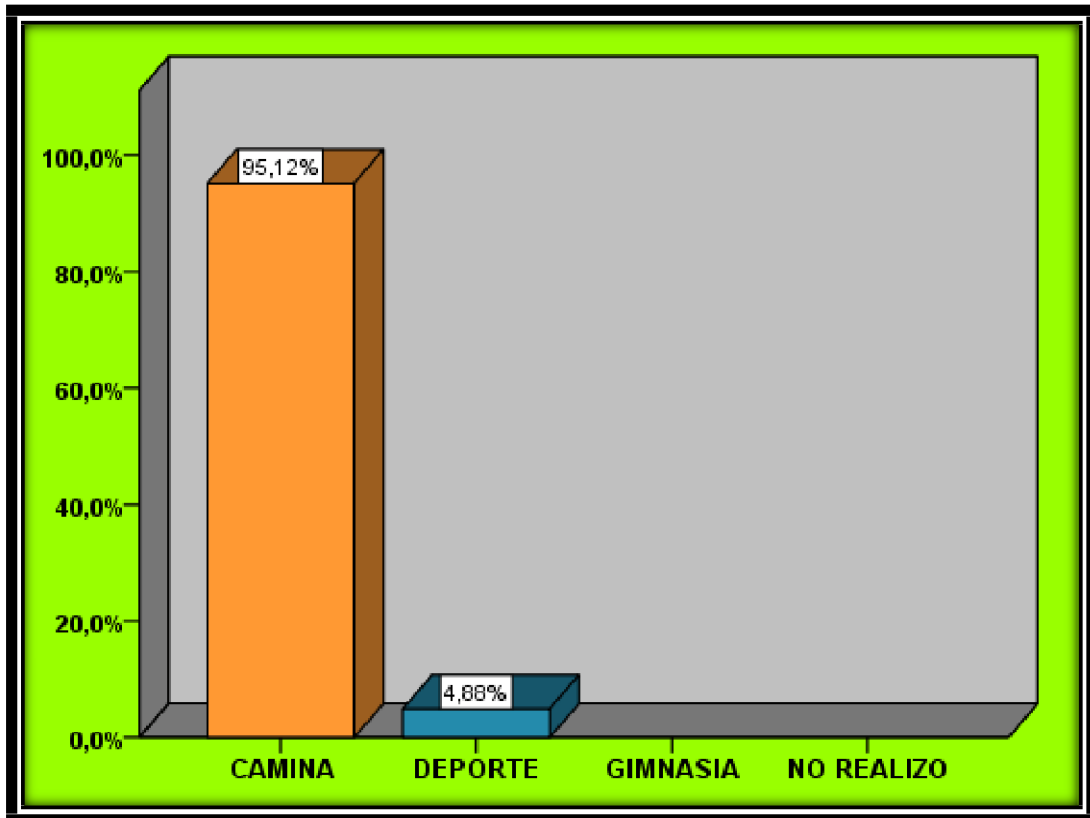


Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N° 25: ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZAN LOS ADULTOS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS DEL CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICA, 2013

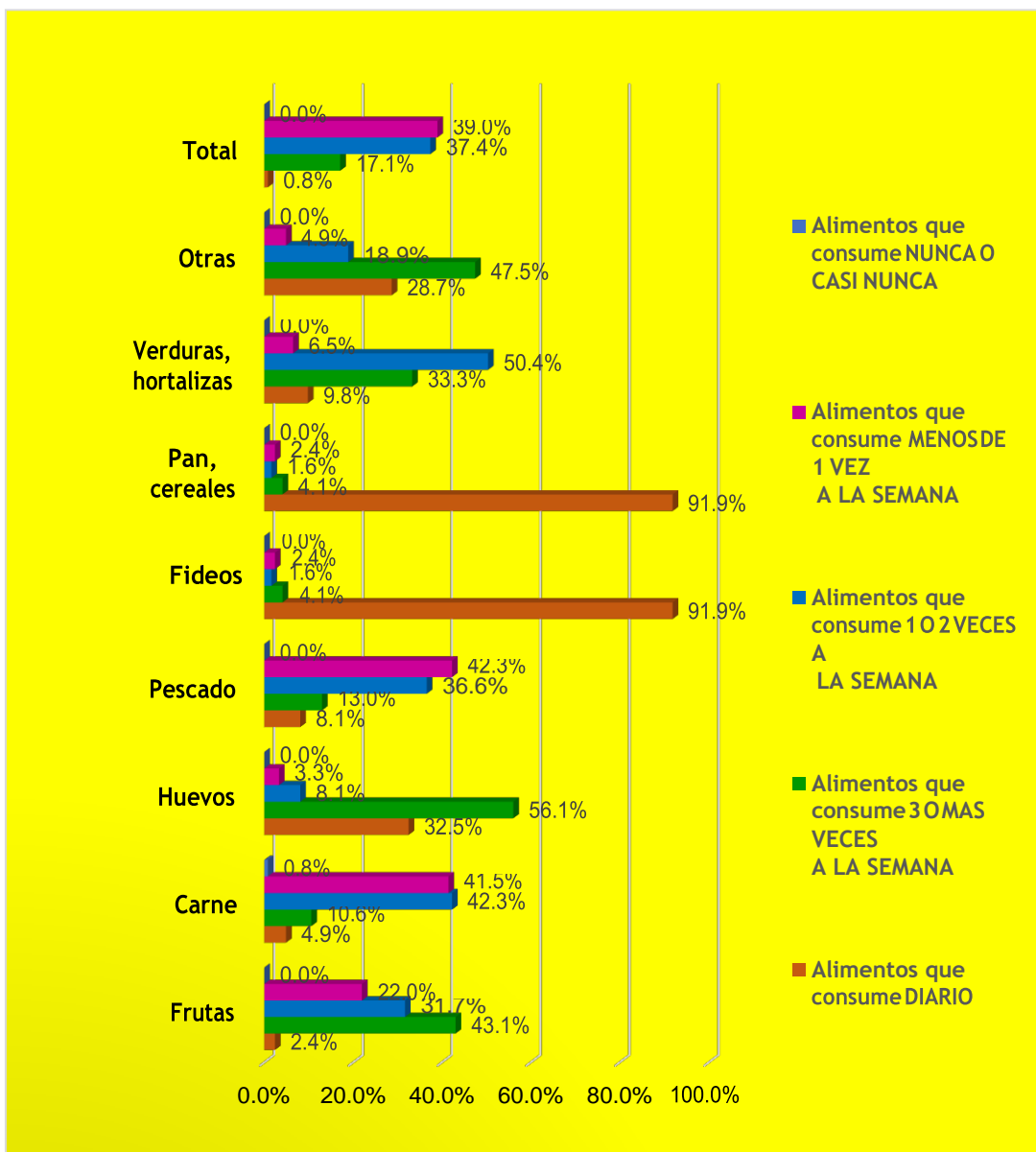


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS DE CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N° 26: ALIMENTOS QUE CONSUMEN LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPATARICA, 2013

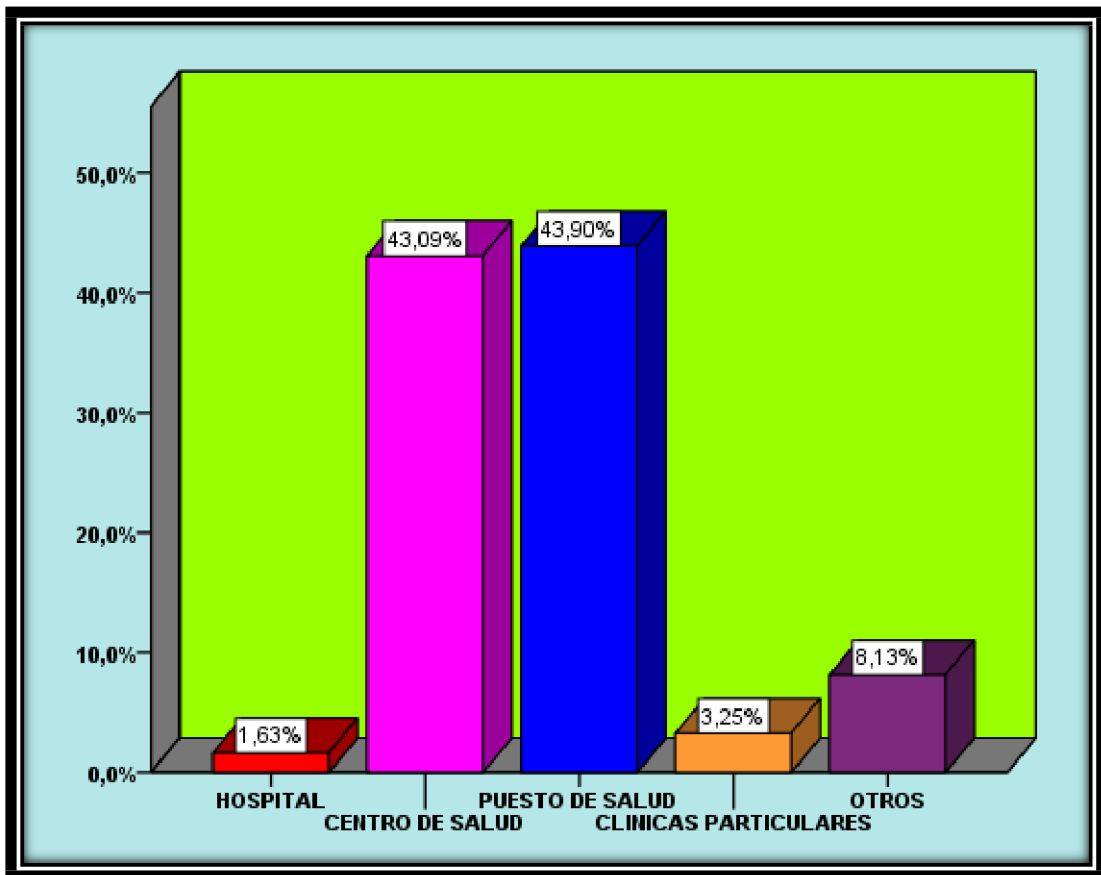


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 04

***DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS
ADULTOS DE CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR "C".
PASHPA_TARICÁ, 2013***

***GRAFICO N° 27: INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ EN
ESTOS 12 ÚLTIMOS MESES DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE
HUANTZAPAMPA SECTOR "C". PASHPA_TARICA, 2013***



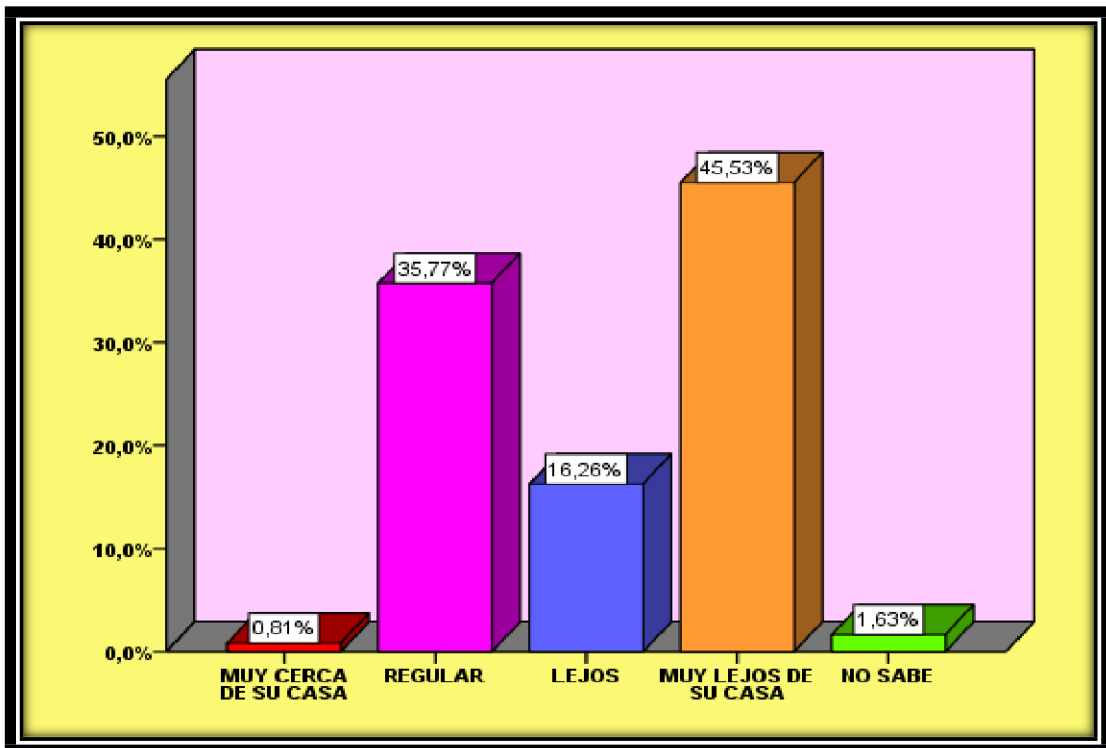
Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del Caserío De Huantzapampa Sector "C". Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 04

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DE CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”.

PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N° 28: OPINIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL LUGAR DONDE LO ATENDIERON SU SALUD DEL LOS ADULTOS DELCASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICA, 2013

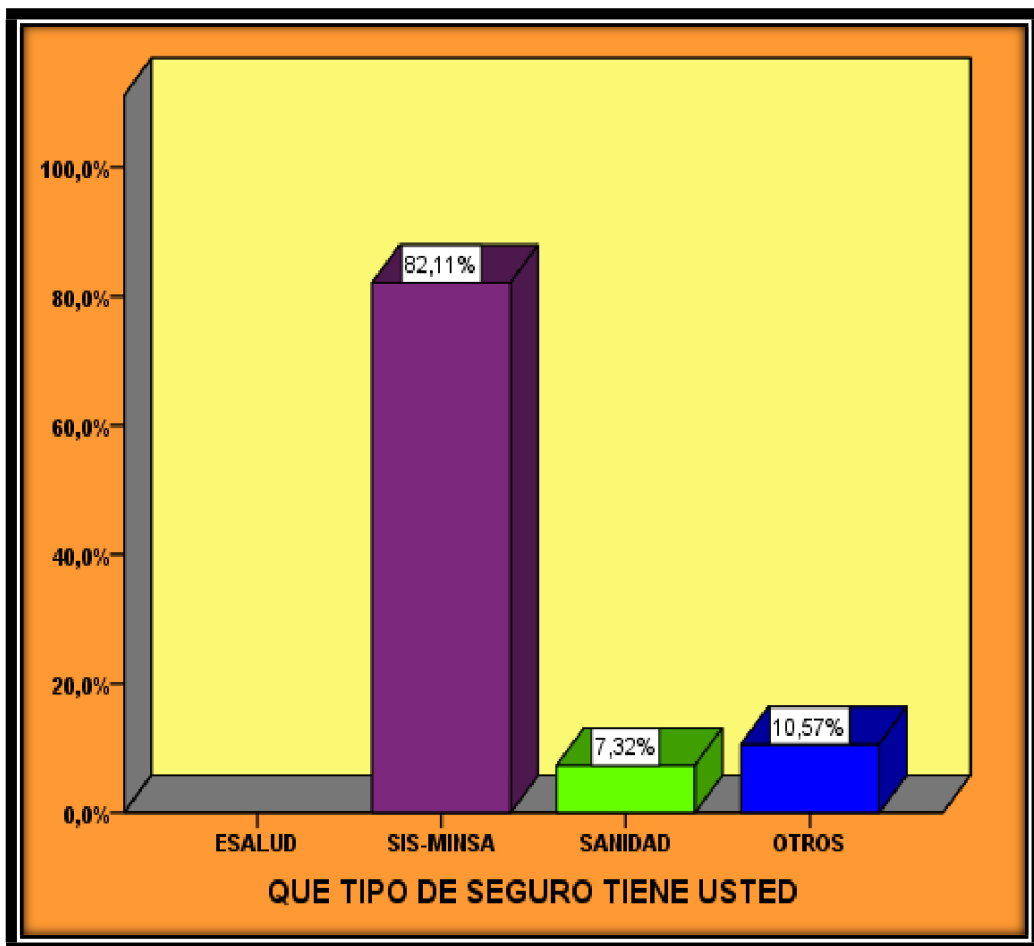


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 04

***DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS
ADULTOS DE CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”.
PASHPA_TARICÁ, 2013***

**GRAFICO N° 29: TIPO DE SEGURO QUE GOZAN LOS ADULTOS
DELCASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICA, 2013**

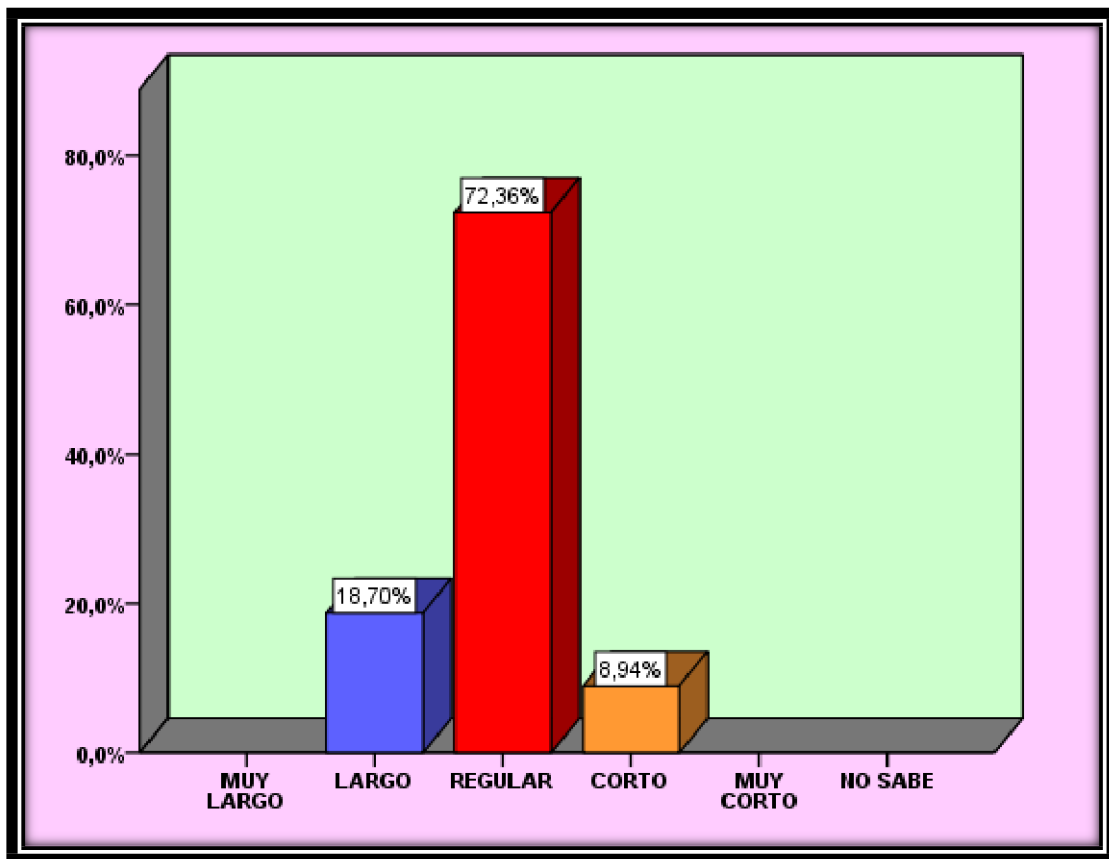


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 04

***DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS
ADULTOS DE CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”.
PASHPA_TARICÁ, 2013***

***GRAFICO N° 30: SEGÚN EL TIEMPO QUE ESPERÓ PARA QUE LO (LA)
ATENDIERAN OPINIÓN DE LOS ADULTOS DELCASERIO DE
HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICA, 2013***



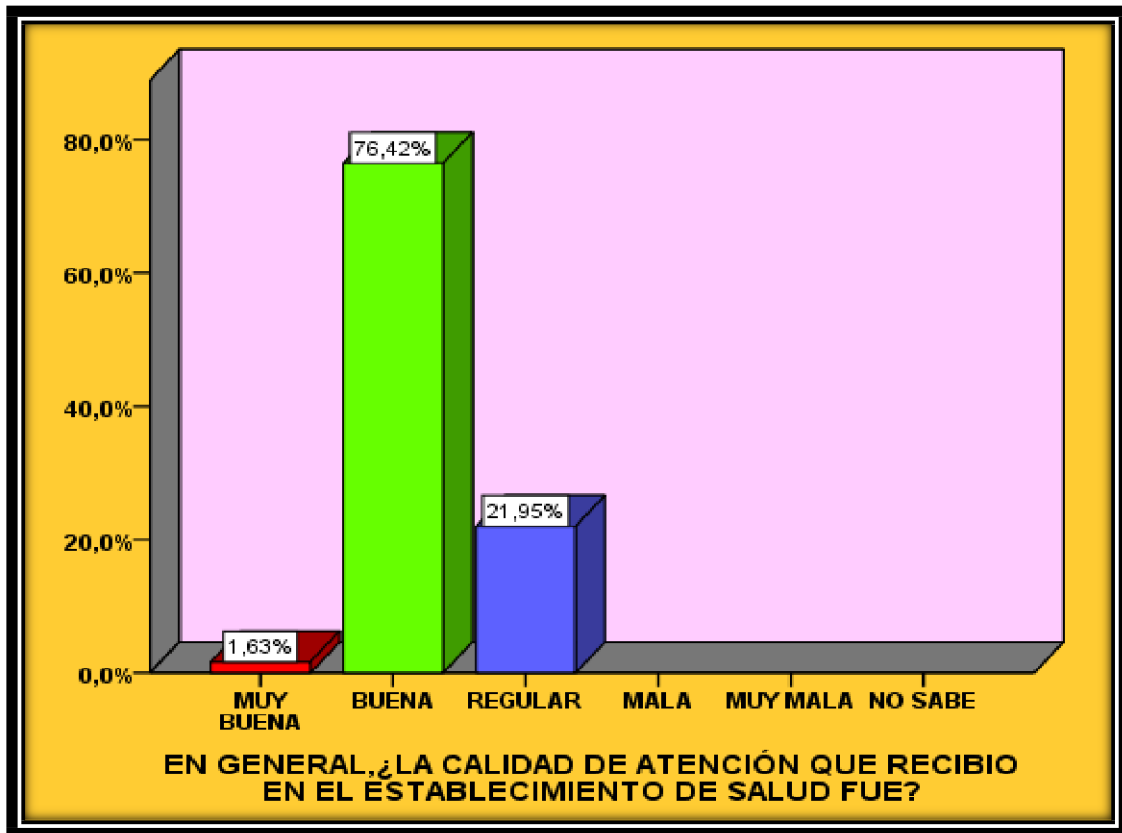
Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del Caserío De Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 04

***DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS
ADULTOS DE CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”.***

PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N° 31: SEGÚN LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD OPINIÓN DE LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICA, 201.

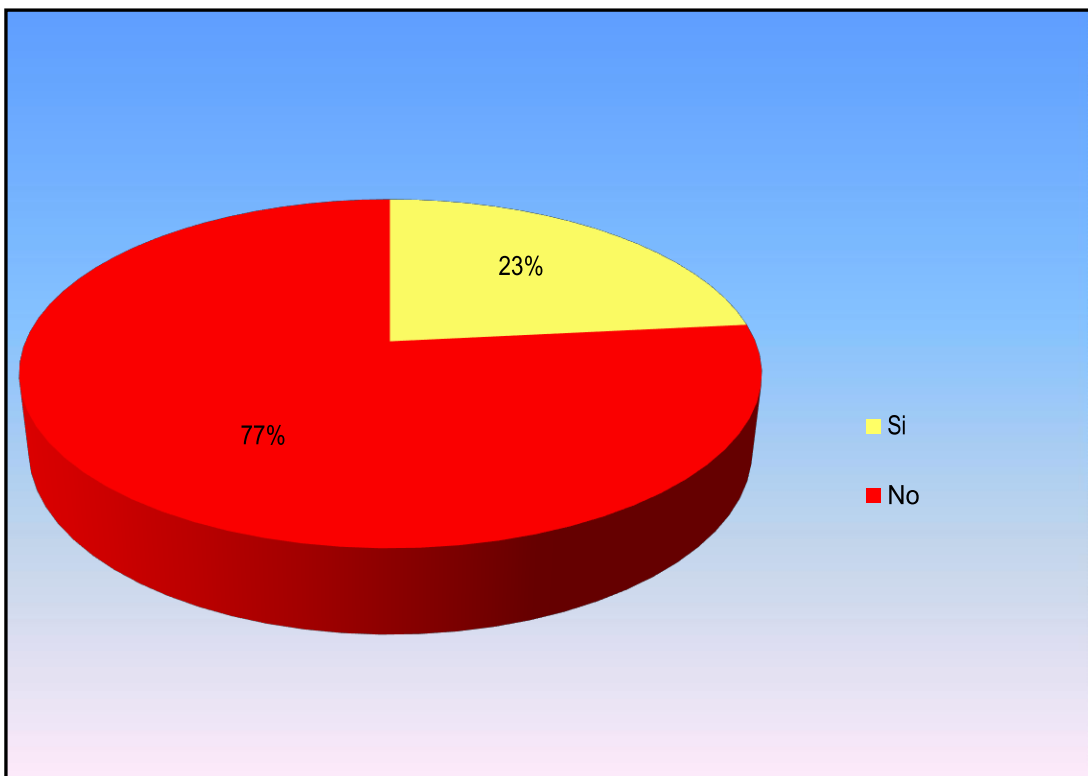


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del Caserío De Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 04

***DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS
ADULTOS DE CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”.
PASHPA_TARICÁ, 2013***

**GRAFICO N° 32: EXISTE PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU
CASA OPINIÓN DE LOS ADULTOS DELCASERIO DE HUANTZAPAMPA
SECTOR “C”. PASHPA_TARICA, 2013**



Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

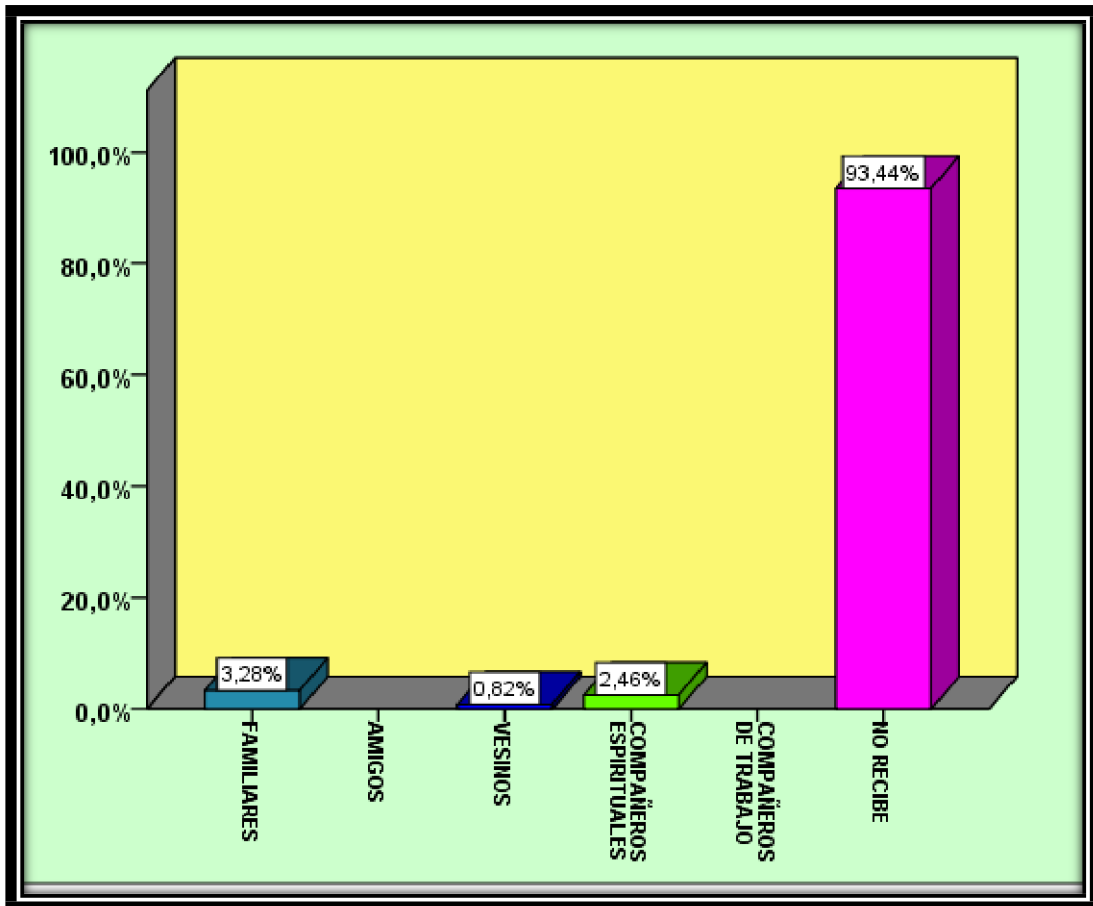
GRAFICO DE TABLA 05

***DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS
ADULTOS DE CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”.***

PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N° 33: APOYO SOCIAL NATURAL DE LOS ADULTOS

DELCASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICA, 2013

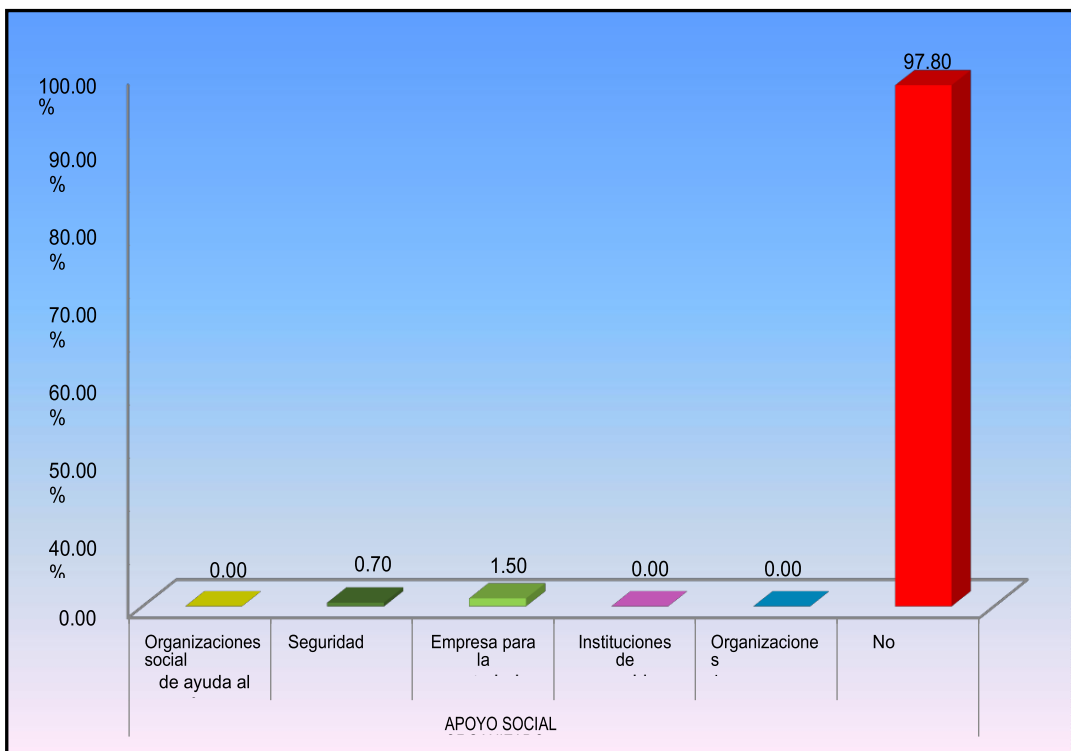


Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 05

***DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS
ADULTOS DE CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”.
PASHPA_TARICÁ, 2013***

**GRAFICO N° 34: APOYO SOCIAL ORGANIZADO EN LOS ADULTOS
DELCASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”. PASHPA_TARICA, 2013**



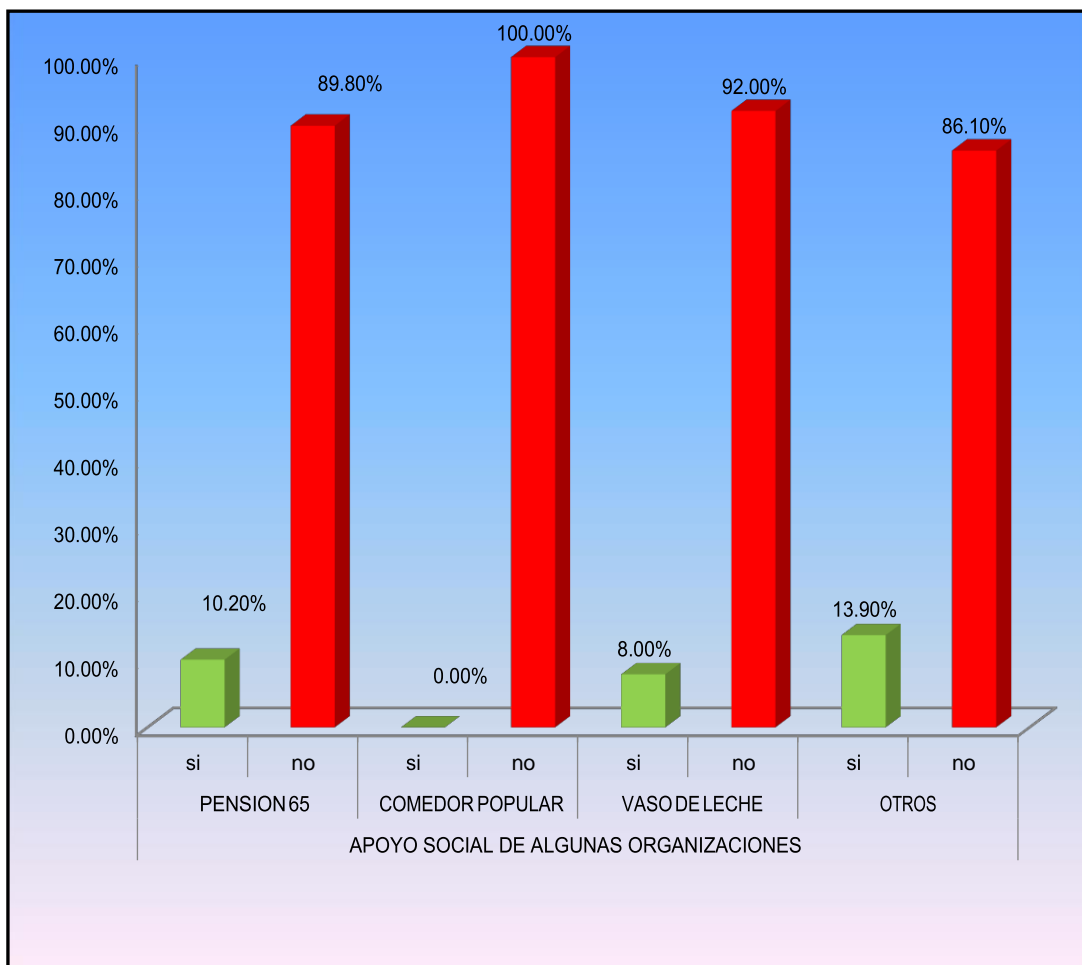
Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado En Adultos Del CaseríoDe Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

GRAFICO DE TABLA 06

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS DE CASERÍO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”.

PASHPA_TARICÁ, 2013

GRAFICO N° 35: APOYO SOCIAL DE ALGUNAS DE OTRAS ORGANIZACIONES PARA LOS ADULTOS DEL CASERIO DE HUANTZAPAMPA SECTOR “C”, PASHPA – TARICA, 2013



Fuente: cuestionario sobre determinantes de la salud elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes. Aplicado En Adultos Del Caserío De Huantzapampa Sector “C”. Pashpa_Taricá, 2013.

