



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO
MAYOR. PUEBLO JOVEN RAMÓN CASTILLA –
CHIMBOTE, 2013.**

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

AUTORA

BERNUY PAZ BERKY ESTEFANY

ASESORA

Dra. Enf. MARÍA ADRIANA VILCHEZ REYES

CHIMBOTE - PERÚ

2015

JURADO EVALUADOR

Mgtr. Enf. JULIA CANTALICIA AVELINO
QUIROZ

PRESIDENTA

Mgtr Enf. LEDA MARIA GUILLEN
SALAZAR

SECRETARIA

Dra. SONIA AVELINA GIRÓN LUCIANO

MIEMBRO

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser la fortaleza de mi vida, por brindarme salud y las fuerzas necesarias para seguir adelante. Y así poder culminar mi carrera, brindándome sabiduría y paciencia cada día para superar momentos difíciles.

A mi Madre:

Violeta por su apoyo incondicional y el esfuerzo diario que realizan por brindarme una buena educación, por haber hecho de mí una persona de bien y por darme todo su apoyo incondicional y amor.

A mi asesora:

Dra. Enf. María Adriana Vilches Reyes, por haberme enseñado con mucha paciencia, dedicación y esmero los cuales me guiaron y me fueron de mucha utilidad, para la elaboración de mi tesis.

DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud, y ser la fuente de mi vida para seguir adelante día a día hasta lograr mis objetivos y superar momentos difíciles.

A mi madre:

Violeta por su apoyo incondicional y el esfuerzo diario en todo momento y por ser la motivación constante para ser una persona de bien.

A mi asesora:

Dra. María Adriana Vilches Reyes
Por haberme enseñado con paciencia y dedicación de brindarme sus valiosos conocimientos, para la elaboración de mi tesis.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo general Identificar los determinantes de salud del adulto mayor, Pueblo Joven Ramón Castilla – Chimbote. La investigación fue de tipo cuantitativa, la muestra estuvo conformada por 164 adultos mayores. El instrumento de recolección fue el Cuestionario sobre Determinantes de la Salud de la Persona, se aplicó los criterios de validez y confiabilidad, para la base de datos se utilizó el programa SPSS Versión 18. Se llegó a las siguientes conclusiones: en los determinantes biosocioeconomicos más de la mitad son de sexo masculino, menos de la mitad tienen estudios superior universitaria completa/ e incompleta ; más de la mitad tienen ingresos económicos de 1500 nuevos soles a más, la totalidad tienen casa propia , cuentan con abastecimiento de agua, la mitad consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, la mayoría duermen de 06 a 08 horas, más de la mitad realizan caminata en su tiempo libre; la totalidad consumen fideos pan cereales a diario, así mismo más de la mitad reciben apoyo social natural, la totalidad no reciben apoyo social organizado como pensión 65,entre otros; menos de la mitad se atendieron en los últimos 12 meses en el hospital y más de la mitad cuentan con el seguro de SIS.

Palabras claves: Adultos mayores determinantes de la salud.

ABSTRACT

The study was overall objective Identify the determinants of health of the elderly, Young People Ramón Castilla - Chimbote. The research was quantitative type, the sample consisted of 164 seniors. The collection instrument was Questionnaire Determinants of Health of the People, the criteria of validity and reliability was applied to the database the SPS version 18 program was used was reached the following conclusions: in the biosocioeconomic determinants more half are male, less than half have full / and incomplete university higher education; more than half have incomes of 1500 soles to more, all have their own home, have water, half occasionally drink alcohol, sleeping most of 06-08 hours, more than half made their trek free time; whole grain bread noodles consumed daily, likewise more than half are natural social support, social support are not fully organized as board 65, among others; less than half they were attended in the last 12 months in the hospital and more than half have insurance SIS.

Keywords: Elderly determinants of health.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA.....	Iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I.INTRODUCCION	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	12
2.1 Antecedentes.....	12
2.2. Bases teóricas.....	15
III. METODOLOGÍA	23
3.1.Tipo y diseño de investigación.....	23
3.2.Población y Muestra.....	23
3.3. Definición y Operacionalización de variables	24
3.4. Técnicas e Instrumentos de la recolección:.....	37
3.5. Plan de Análisis de datos:.....	40
3.6. Principios éticos.....	41
IV.RESULTADOS	43
4.1.Resultados.....	43
4.2.Análisis de resultados.....	56
V.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	76
5.1. Conclusiones.....	76
5.2. Recomendaciones.....	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	93

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1	43
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DEL ADULTO MAYOR. DEL PUEBLO JOVEN RAMÓN CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.	
TABLA 2	45
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DEL ADULTO MAYOR. DEL PUEBLO JOVEN RAMÓN CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.	
TABLA 3	49
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR. DEL PUEBLO JOVEN RAMÓN CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.	
TABLA 4, 5, 6	52
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMÓN CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICOS 1	107
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DEL ADULTO MAYOR. DEL PUEBLO JOVEN RAMÓN CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.	
GRÁFICOS 2	109
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DEL ADULTO MAYOR. DEL PUEBLO JOVEN RAMÓN CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.	
GRÁFICOS 3	115
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR. DEL PUEBLO JOVEN RAMÓN CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.	
GRÁFICOS 4, 5,6	119
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DEL ADULTO DEL PUEBLO JOVEN RAMÓN CASTILLA MAYOR - CHIMBOTE, 2013.	

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación se realizó con el propósito de identificar los determinantes de la salud, en los adultos mayores del pueblo joven. Ramón Castilla _Chimbote, cuyo propósito es dar a conocer los resultados de la investigación a las autoridades del puesto de salud Víctor Raúl Haya de la Torre y autoridades de dicha comunidad, para que puedan intervenir de manera oportuna sobre los determinantes o factores que influyen en la alteración del estado de salud de los adultos jóvenes y realizar estrategias para brindar una buena calidad de vida y bienestar de la salud.

Esta investigación tiene como tema central a los determinantes de la salud, dentro de lo cual podemos mencionar que las condiciones de vida son los modos en que las personas desarrollan su existencia, enmarcadas por particularidades individuales, y por el contexto histórico, político, económico y social en el que les toca vivir, se lo mide por ciertos indicadores observables entre los cuales cabe mencionar vivienda, trabajo, educación, seguridad, salud, entre otras (1).

Efectivamente los determinantes de la salud son los que determinan la salud de la persona, en los que abarca el tipo de estilo de vida, los factores ambientales, la cultura, el grado de instrucción con lo que contamos las personas que no tenemos los suficientes recursos para mejorar esta problemática, divido a que hoy en día se ven una serie de inequidad en nuestro país (1).

Asimismo, el contenido de esta investigación está estructurada de la siguiente manera: Introducción, revisión de la literatura, metodología, resultados y finalmente las conclusiones y recomendaciones.

La salud en el Siglo XXI cobra una importancia sin Precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está Tomando una dimensión muy especial en cuanto a seguridad respecta. Como tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud la población está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales y sociales que aborda una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente (2).

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 (3).

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

valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico (3).

Cuando hablamos de nivel de salud de una población, en realidad se está hablando de distintos factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones y la mitad de los factores que influyen sobre cuán saludable es una población tienen que ver con factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los factores ambientales un 10% y los asociados a atención de salud en un 25%. Por lo tanto, la mitad de los efectos en salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud (4).

El concepto de determinantes surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. La salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales (5).

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 (6).

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 (6).

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (6)

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 (7).

La salud del adulto ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de

enfermedades crónicas, exigen una renovación en él, enfoque de las personas (8).

Equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente (9).

Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres, no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles (9).

En definitiva, los determinantes de la salud han surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX teniendo como máximo exponente el modelo de Lalonde, a partir del cual se han ido desarrollando e incluyendo conjuntos de factores o categorías que han hecho evolucionar los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales. Este desarrollo de los determinantes de salud es paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (10).

Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión

Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud (11).

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 (12).

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

Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (12).

Según el instituto nacional de estadística e informática (INEI) (13), el Perú el 6.2% de las viviendas rurales son de ladrillo o bloque de cemento, el 11.9% de las viviendas rurales tienen red pública de desagüe dentro de la vivienda, solo el 15.1% de las personas alcanzan un grado de instrucción superior no universitaria y el 14.9% alcanzan el grado de instrucción superior universitaria. . Por otro lado en Ancash el 33.9% de las viviendas utilizan gas para cocinar, el 93.4% dispone de alumbrado eléctrico por red pública, el 40.5% reporto padecer algún problema de salud crónico, el 62.7% de hombres son afiliados a algún seguro de salud.

En relación a la educación, a nivel nacional las oportunidades educativas de mujeres y hombres se ven afectadas también por el tamaño de localidad de residencia. La brecha de desigualdad, en las áreas rurales con menos de 2,500 habitantes, refleja que el rezago educativo de la población de 15 años y más es crítico: 70.4% de las mujeres y 68.6% de los hombres no cuentan con la educación básica concluida. De cada 100 mujeres, 2 tienen algún grado aprobado en estudios superiores, y de cada 100 hombres 3 están en dicha situación. Por el contrario, 18 de cada centenar de mujeres residentes en las

ciudades de 100 000 y más personas cuentan con algún grado de superior, y 22 de cada 100 hombres lograron aprobar al menos un grado del nivel superior (13).

A esta realidad no escapan que los adultos mayores del Pueblo Joven Ramón Castilla, que se ubica en la provincia del santa distrito Chimbote Región Áncash en la costa Norte del Perú. Sus límites son por el Norte con Barrio fiscal N° 5, por Sur con la Urbanización Antúnez de Mayolo, por el Oeste con la empresa Siderúrgica Gerdau ex Sider Perú y por el Este con el Pueblo Joven la Balanza.

En dicho Pueblo Joven habitan aproximadamente 907 habitantes de los cuales 164 son adultos mayores, que se dedican en las labores domésticas, comerciantes, obreros, mientras otros cuentan con estudios superiores. Por otro lado también los adultos mayores no practican deporte pero en ocasiones ocasionalmente (14).

Esta comunidad cuenta con sus servicios básicos completos, loza deportiva, institución educativa, local común al, comedor popular y su establecimiento de salud. Tiene una infraestructura de material noble en todas sus viviendas, cuenta con pistas y veredas (14).

La población adulta mayor del Pueblo Joven Ramón Castilla recibe atención de salud, en el Puesto de Salud Víctor Raúl Haya de la Torre , quien brinda un paquete de atención integral al adulto mayor, siendo la hipertensión, diabetes, bronquios, neumonías, las enfermedades más frecuentes del adulto mayor de este sector.

No escapa esta problemática de salud en el país, viéndolo 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.

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en los adultos mayores del Pueblo Joven Ramón Castilla Chimbote_2013?

Para dar respuesta al problema se ha planteado los siguientes objetivos:

Identificar los determinantes de salud en los adultos mayores, del Pueblo Joven Ramón Castilla –Chimbote.

Para poder conseguir el objetivo general, se planteó lo siguiente.

Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) En los adultos mayores del Pueblo Joven Ramón Castilla –Chimbote.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), En los adultos mayores del Pueblo Joven Ramón Castilla-Chimbote.

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. En los adultos mayores del Pueblo Joven Ramón Castilla-Chimbote.

Finalmente, la investigación se justifica porque es necesaria en el campo de la salud de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote en la cual nos permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población Adulto Mayor del Pueblo Joven Ramón Castilla a partir de ello proponer estrategias y soluciones.

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

En general, y promoción para su salud, en particular, implica el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud esta investigación es necesaria para el personal de salud que elabora en el puesto de salud Víctor Raúl Haya de la Torre porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia del programa preventivo promocional de la salud del adulto y reconocer sus determinantes de la salud.

Además es conveniente para: Las autoridades regionales de la Dirección de salud Ancash y municipales en el campo de la salud, así como para la población de Nuevo Chimbote; porque los resultados de la investigación

pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismos.

II. REVISIÓN DE LITERATURA:

2.1. Antecedentes

Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

Gonçalves M. y colab. (15), En su investigación “Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil”. Los resultados obtenidos revelan, que los factores socioeconómicos, medidos por la escolaridad, influyen significativamente la condición de salud de los ancianos. Además, fueron observados diferenciales de género: las mujeres presentaron peores condiciones de salud en relación a los hombres. Respecto a las enfermedades crónicas este resultado no fue totalmente favorable a los hombres, una vez que en determinadas enfermedades éstos tuvieron un porcentaje superior, en relación a las mujeres.

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

determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.

A nivel Nacional:

Rodríguez M (17), En su investigación titulada “Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo-Amazonas. Se encontró que los determinantes sociales: analfabetismo en madres (22,5%), en padres (10%), la agricultura como actividad económica predominante de los padres (72,5%), comercio en las madres (20%), limitado acceso al mercado, tecnología y financiamiento económico (45,5%); determinantes del derecho humano: limitado acceso a vida larga y saludable en niños con bajo peso al nacer (20%), limitado acceso al control de gestante (77,5%) e inmunizaciones (60%); en lo determinantes interculturales: usan leña para cocinar (80%) y plantas medicinales para cuidar su salud (65%).

Concluyendo que la quinta parte de la población tiene limitado acceso a vida larga y saludable, ya que tuvieron bajo peso al nacer, padres prefieren que hijos trabajen en las vaquerías, repitiendo el año escolar, limitando sus competencias para acceder a un trabajo bien remunerado y a servicios de salud.

Ávila, J. (18), en su investigación titulada “Determinantes de la salud en los adultos del caserío Los Olivos de sector “O” – Huaraz, 2013” de tipo cuantitativo, su muestra estuvo conformada por 185 personas adultos, se aplicó el cuestionario sobre determinantes de la salud, y cuyos resultados encontrados fueron: el 57,8% son adultos jóvenes, el 35,7% tienen un

grado de instrucción de secundaria completa e incompleta, el 64,3% tienen un ingreso económico menor de 750 soles, el 50% tienen vivienda propia, el 46% refirieron que duermen en una sola habitación de 2 a 3 personas, el 97% tienen conexión de agua, el 93% tienen conexión de desagüe, 95% tiene energía eléctrica dentro de sus hogares, el 61% si fuma pero no diariamente, el 95% consume alcohol ocasionalmente, el 98% no se realiza ningún chequeo médico y el 90% tienen como tipo de seguro al SIS – MINSA.

Carrillo G (19) ,en el estudio sobre los determinantes de la salud de los adultos del sector “BB”, piedras azules_Huaraz_2013, investigación de tipo cuantitativo y descriptivo .Se aplicó el cuestionario de salud a 130 personas para la recolección de datos: Se obtuvieron los siguientes resultados. El 52 % son de sexo masculino, el 62 % adulto joven, el 42 % secundaria completa e incompleta, el 80 % menos de 750 soles y el 22 % sin ocupación. El 75 % tiene de 2 a 3 habitantes, el 45 % entierra su basura, quema. El 60% consume bebidas alcohólicas, el 75 % no fuma, el 52 % realiza deporte, el 43 % consume frutas diarias, el 95 % consume fideos, el 80 % consume pan diario, el 62% recibe apoyo social, el 77 % no recibe apoyo social, el 87 % tiene seguro del minsa_SIS, el 43 % la calidad de atención es buena.

A nivel local:

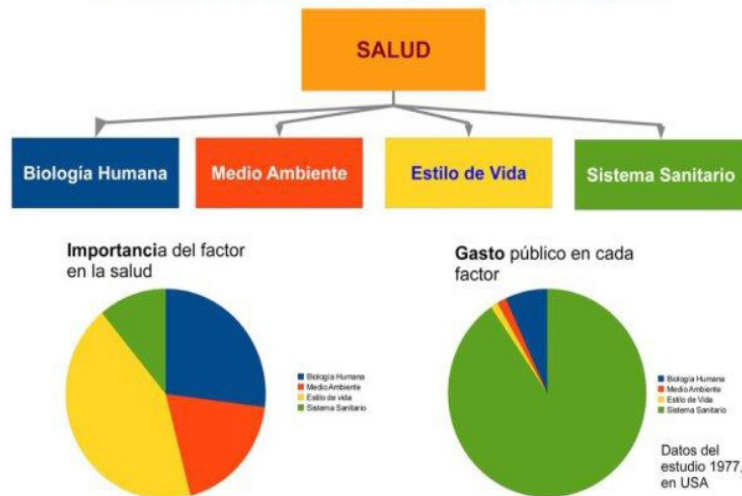
Melgarejo E. y col (20), En su investigación titulada: Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local de Chimbote y Nuevo Chimbote. 2008. Concluye que en el contexto de la participación comunitaria de cada 10 comunidades 8 de ellas están en un contexto interdependiente y 2 en autogestión. Los factores personales (edad, sexo, grado instrucción, responsabilidad, antecedente de enfermedad y estado de salud) no tienen relación estadística significativa con el contexto de la participación comunitaria. Existe relación estadística significativa entre lugar de nacimiento y sobrecarga laboral.

2.2. Bases teóricas.

El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de la persona. Según 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 (21).

En 1974, Marck Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (22).

Determinantes para la salud



Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (23).

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).

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales. Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida (23).

Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida de manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes

generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (23).



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

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad (23).

Los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar a través de su acción sobre los intermediarios. Es decir, estos últimos pueden ser afectados por los estructurales y su vez afectar a la salud y el bienestar (23).

a) Determinantes estructurales:

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

b) Determinantes intermediarios:

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

c) Determinantes proximales:

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

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (21).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan un gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (24).

Mi salud: Este ámbito se refiere al nivel individual y a los estilos de vida asociados a la salud de las personas, incluyendo el entorno social inmediato de socialización, así como aquellas condiciones que hace posible adoptar un compromiso activo y responsable con la propia salud(24).

Comunidad: Este ámbito se refiere a la comunidad como un factor y actor relevante en la construcción social de la salud, incluyendo la dinamización de las redes sociales, la participación activa y responsable en las políticas públicas, así como el fortalecimiento de sus capacidades y competencias para otorgarle mayor eficacia a dicha participación(24).

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

Educación: Este ámbito refleja la influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud (24).

Trabajo: Este ámbito expresa las condiciones laborales y las oportunidades de trabajo, incluyendo legislación laboral, ambientes laborales y seguridad social asociada y su impacto en la salud (24).

Territorio (ciudad): Este ámbito agrupa las condiciones de habitabilidad del entorno, la calidad de la vivienda y acceso a servicios sanitarios básicos y su impacto en la salud. Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del

sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud(24).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Tipo: Cuantitativo, corte transversal (25,26).

Diseño: Descriptivo de una sola casilla (27,28).

3.2. Población y Muestra

Población

La población estuvo conformada por 164 adultos mayores de ambos sexos del Pueblo Joven Ramón Castilla Chimbote.

Muestra

El tamaño de la muestra fue determinado con un nivel de confianza del 95% y un margen de error permisible del 5%.

Se obtuvo una muestra de 164 adultos de ambos sexos del Pueblo Joven Ramón Castilla Chimbote de la Provincia de la Santa. (Ver anexo N° 01).

Unidad de análisis

Cada adulto mayor que forma parte de la muestra y reúne los criterios de la investigación.

Criterios de inclusión

- Adultos mayores que residen más de 3 años en el Pueblo Joven Ramón Castilla.
- Adultos mayores de ambos sexo.
- Adultos mayores del Pueblo Joven Ramón Castilla que acepta participar en el estudio de investigación.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores del Pueblo Joven Ramón Castilla que tenga algún trastorno mental.

3.3. Definición y/o Operacionalización de variables

3.3.1. DETERMINANTES DEL ENTORNO SOCIOECONOMICO

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

Sexo

Definición Conceptual.

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (29).

Definición Operacional

Se utilizó escala nominal:

- Masculino.
- Femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

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

incompletos (30).

Grado de Instrucción

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin nivel
- Inicial/Primaria
- Secundaria incompleta / Secundaria completa
- Superior no universitaria incompleta/Superior no universitaria completa
- Superior universitaria 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 y otras transferencias recibidas por los hogares (31).

Definición Operacional

Escala de razón

- No tiene ingreso
- Hasta 550 soles
- De 551 a 999
- De 1000 a 1499
- De 1500 a más
- No especificado

Ocupación

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (32).

Definición Operacional

Escala Nominal

- Empleador
- Trabajador independiente
- Empleado
- Obrero
- Trabajador familiar no remunerado
- Trabajador del hogar
- Trabajo estable
- Vendedores de comercio y mercado

Condición de empleo

Definición conceptual

Las condiciones de empleo se refieren a las circunstancias en las que el trabajo se realiza, y se refieren para efecto de distinción analítica, a la exposición a los riesgos físicos, químicos, mecánicos, biológicos y que son conocidos como factores relacionados con la organización del trabajo (33).

Escala nominal

- Tenencia de trabajo
- Tenencia de algún empleo fijo o negocio propio
- Actividad realizada de al menos una hora para generar un ingreso

3.3.2. DETERMINANTES DEL ENTORNO FÍSICO

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 (34).

Definición operacional

Escala nominal

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

Material del piso:

- Tierra
- Cemento
- Cerámica
- Madera
- Otros.

Material del techo:

- Concreto armado

- Tejas
- Planchas de calamina, fibras de cemento o Similares
- Caña o esteras con torta de barro
- Esteras
- Pajas, hojas de palmeras
- Cartón, hule, tela, llantas
- Lámina de cartón
- Otra materia

Material de las paredes:

- Cemento, Ladrillo, piedra o madera
- Ladrillo de barro
- Paja y similares
- Lámina de plástico
- Hoja de metal
- Otros

Abastecimiento de agua

- Red pública dentro de la vivienda
- Rio, acequia, manantial o similar
- Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación
- Pozo
- Camión, cisterna u otro similar
 - Pílon de uso público
 - Otro

Desagüe

- Red pública dentro de la vivienda

- Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación
- Pozo ciego o negro/letrina
- Pozo séptico
- Rio, acequia o canal
- No tiene

Combustible para cocinar

- Gas
- Electricidad
- Querosene
- Carbón
- Madera
- Matojos o Hierbas
- Estiércol animal
- Tipo de alumbrado de la vivienda
- Eléctrico

Eliminación de basura

- En su casa separan la basura.
- Frecuencia de recojo de basura por su casa.
- Diariamente, al menos 5 días por semana.
- Todas las semana pero no diariamente.
- Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas
- Con menos frecuencia

Lugar de eliminación de basura

- Contenedores de basura
- Punto limpio
- Empresas o tiendas que los vende o talleres
- Servicios especial de recogida
- Contenedor específicos de recogida
- Vertido por el fregadero o desagüe

3.3.4. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de Personas (35).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

Si () No ()

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

- 06 a 08 horas
- 08 a 10 horas
- 10 a 12 horas

Frecuencia con que se bañan

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

Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud

- Si
- No

Actividad física en tiempo libre

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

- Caminar
- Deporte
- Gimnasia
- No realizo

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

Escala nominal

Tipo de actividad:

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

ALIMENTACION

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (36).

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

3.3.5. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad (37).

Apoyo social natural

Definición operacional

Escala ordinal

- Familia

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

Apoyo social organizado

Escala ordinal

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

Apoyo de organización del estado

Escala ordinal

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

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Definición Conceptual

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (38).

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

Institución de salud atendida:

- Hospital
- Centro de salud
- Puesto de salud
- Particular
- Otros

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD

- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros
- No tiene

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda:

Escala nominal

Si () No ()

3.4 Técnicas e Instrumentos de la recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

En el presente trabajo de investigación se utilizó el instrumento sobre determinantes de la salud de la persona, elaborado por Vílchez, A. y consta de 2 partes: Datos de identificación y la segunda parte con datos de: determinantes biosocioeconomicos (grado de instrucción, ingreso económico, condición de la actividad) y de vivienda (tipo de vivienda, material de piso, material de techo, material de paredes, número de habitaciones, abastecimiento de agua, combustible para cocinar, energía eléctrica, frecuencia con la que recogen la basura por su casa, eliminación de basura), determinantes de estilos de vida (frecuencia de fumar, frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas, actividad física que realiza, actividad física que realizó durante más de 20 minutos) y determinantes de redes sociales y comunitarias (institución en la que se atendió los 12 últimos meses, tipo de

seguro, calidad de atención que recibió), constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO 02).

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

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

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

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

Control de calidad de los datos:

EVALUACION CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta en las

Regiones del Perú desarrollada por la Dra. Enf. Vilchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (39 ,40).

3.5 Plan de análisis

Procedimientos de la recolección de datos:

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

- Se informó y pidió el consentimiento de los adultos maduros de dicha comunidad, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con los adultos mayores su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada participante.
- Se realizó la lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.
- El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas serán marcadas de manera personal y directa.

Análisis y procesamiento de los datos:

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS / info / software versión 18. Se presentaron los datos en tablas simples y se elaboraron gráficos para cada tabla.

3.6. Principios éticos

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como

plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (41).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario a los adultos mayores del Pueblo Joven Ramón Castilla, la investigación fue de manera anónima y la información que obtuvo fue solo para fines de la investigación.

Privacidad

Toda la información que se logró obtener en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó que sea expuesto, logrando el respeto a la intimidad de los adultos mayores del Pueblo Joven Ramón Castilla y fue útil solo para fines de la investigación

Honestidad

Se les informó a los adultos mayores del Pueblo Joven Ramón Castilla, los fines de la presente investigación, cuyos resultados se encontraron plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con los adultos mayores del Pueblo Joven Ramón Castilla que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 05).

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 1

DETERMINANTES EN LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN
LOS ADULTOS MAYORES DEL PUEBLO JOVEN RAMON
CASTILLA _CHIMBOTE, 2013.

Sexo	n	%
Masculino	91	55
Femenino	73	45
Total	164	100
Grado de instrucción	n	%
Sin nivel instrucción	4	2
Inicial/Primaria	62	38
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	15	9
Superior no universitaria completa/ Superior no universitaria incompleta	4	2
Superior universitaria completa / superior universitaria incompleta	79	49
Total	164	100
Ingreso económico (Soles)	n	%
No tiene ingreso	0	0,0
De 1 a 550 soles	39	24
De 551 a 999	27	17
De 1000 a 1499	4	2
De 1500 a más	94	57
N0 especifica	0	0,0
Total	164	100

Continúa

Ocupación	n	%
Trabajador independiente	23	14
Empleado	0	0,0
Trabajador familiar no remunerado	7	4
Trabajador del hogar	56	34
Trabajo estable	2	1
Vendedores de comercio y mercado	13	8
No trabaja	23	14
Otros (jubilado)	40	25
Total	164	100
Tenencia de trabajo	n	%
Tenencia de trabajo	9	5
Tenencia de algún empleo fijo o negocio propio	36	22
Actividad realizada de al menos una hora para generar ingresos	0	0,0
No trabaja	78	48
Otros (jubilado)	41	25
Total	164	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud de la persona, elaborado por Ms. Vilchez A Aplicado a los Adultos Mayores del Pueblo Mayor Joven Ramón Castilla Chimbote, junio_ 2013.

4.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 2

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA CHIMBOTE, 2013.

Tipo	n	%
Casa propia	164	100
Casa o departamento alquilado	0	0,0
Casa de familiares	0	0,0
Casa de sus suegros	0	0,0
Casa de sus padres	0	0,0
Total	164	100
Material del piso	n	%
Tierra	2	1
Cemento	86	52
Cerámica	75	46
Madera	0	0,0
Otros	1	1
Total	164	100
Material del techo	n	%
Concreto armado	164	97
Tejas	0	0,0
Planchas de calamina, fibras de cemento o similares	3	2
Caña o esteras con torta de barro	1	1
Esteras	0	0,0
Pajas, hojas de palmeras	0	0,0
Cartón, hule, tela, llantas	0	0,0
Lámina de cartón	0	0,0
Otro material	0	0,0
Total	164	100

Continúa

Material de las paredes	n	%
Cemento, ladrillo, piedra o madera	164	100
Ladrillo de barro	0	0,0
Paja y similares	0	0,0
Lámina de plástico	0	0,0
Hoja de metal	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	164	100
N° de dormitorios	n	%
1 dormitorio	0	0,0
2 dormitorios	1	1
2 dormitorios	43	44
4 a más dormitorios	90	55
Total	164	100
Abastecimiento de agua	n	%
Red pública dentro de la vivienda	164	100
Río, acequia, manantial o similar	0	0,0
Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación	0	0,0
Pozo	0	0,0
Camión, cisterna u otro similar	0	0,0
Pilón de uso público	0	0,0
Otra fuente	0	0,0
Total	164	100
Eliminación de excretas	n	%
Red pública dentro de la vivienda	164	100
Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación	0	0,0
Pozo ciego o negro/letrina	0	0,0
Pozo séptico	0	0,0
Río, acequia o canal	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	164	100

Continúa

	N	%
Combustible para cocinar		
Gas	164	100
Electricidad	0	0,0
Querosene	0	0,0
Carbón	0	0,0
Madera	0	0,0
Matojos o hierbas	0	0,0
Estiércol animal	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	164	100
Tipo de alumbrado		
	n	%
Eléctrico	164	100
Kerosene	0	0,0
Vela	0	0,0
Otro	0	0,0
Total	164	100
Frecuencia de recojo de basura		
	n	%
Diariamente, al menos 5 días por semana	81	49
Todas las semanas pero no diariamente	83	51
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0,0
Con menos frecuencia	0	0,0
Total	164	100

continúa

Lugar de eliminación de basura	n	%
Carro recolector	152	93
Empresas o tiendas que los vende a talleres	0	0,0
Servicio especial de recogida	12	7
Contenedor específicos de recogida de basura	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Total	164	100
Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares	n	%
Carro recolector	164	100
Montículo o campo limpio	0	0,0
Contenedor específico de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	164	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud de la persona, elaborado por Ms. Vilchez A Aplicado a los Adultos Mayores del Pueblo Joven Ramón Castilla Chimbote, junio_ 2013.

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 3

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PUEBLO JOVEN RAMÓN CASTILLA CHIMBOTE, 2013.

Fuma actualmente	n	%
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	23	14
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	69	42
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	72	44
Total	164	100
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n	%
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	0	0,0
Una vez a la semana	1	1
Una vez al mes	9	5
Ocasionalmente	84	51
No consumo	70	43
Total	164	100
Nº de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	133	81
[08 a 10)	31	19
[10 a 12)	0	0,0
Total	164	100
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	152	93
4 veces a la semana	12	7
No se baña	0	0,0
Total	164	100
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	n	%
Si	158	96
No	6	4
Total	164	100

continúa

Actividad física que realiza en su tiempo libre	n	%
Caminar	92	96

Deporte	20	12
Gimnasia	0	0,0
No realizo	52	32
Total	164	100
En las dos últimas semanas que	n	%
actividad física realizó durante		
más de 20 minutos		
Caminar	48	29
Gimnasia suave	0	0,0
Juegos con poco esfuerzo	0	0,0
Correr	21	13
Deporte	0	0,0
Ninguna	95	58
Total	164	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud de la persona, elaborado por Ms. Vílchez A. Aplicado a los Adultos Mayores del Pueblo Joven Ramón Castilla Chimbote, junio_ 2013.

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total	%
	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%		
Frutas	85	51.8	27	16.4	41	25	5	3.0	6	3.6	164	100
Carne	151	92.6	13	7.9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	164	100
Huevos	4	2.4	42	25.6	10	62.1	16	9.7	0	0,0	164	100

Pescado	7	4.2	57	34.7	79	48.1	3	1.8	0	0,0	164	100
Fideos	164	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	164	100
Pan, cereales	161	98.1	3	1.8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	164	100
Verduras, hortalizas	146	89.0	17	10.3 6	1	0.6	0	0,0	0	0,0	164	100
Legumbres	0	0,0	14	8.5 6	12	76.8	24	14.6	0	0,0	164	100
Embutidos	0	0,0	38	23.1	50	30.4	35	21.3	41	25	164	100
Lácteos	50	30.4	80	48.7	30	18.2	4	2.4	0	0,0	164	100
Dulces	0	0,0	0	0,0	0	0,0	87	53.0	77	46.9	164	100
Refresco con azúcar	0	0,0	0	0,0	41	25	54	32.9	69	42.0	164	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud de la persona, elaborado por Ms. Vílchez A. Aplicado a los Adultos Mayores del Pueblo Joven Ramón Castilla Chimbote, junio_ 2013.

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 4

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS ADULTOS MAYORES PUEBLO JOVEN RAMÓN CASTILLA CHIMBOTE, 2013.

Institución de salud en la que se	n	%
-----------------------------------	---	---

atendió en estos 12 últimos meses		
Hospital	55	33
Centro de salud	43	26
Puesto de salud	0	0,0
Clínicas particulares	15	9
Otras	52	32
Total	164	100
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:		
Muy cerca de su casa	11	7
Regular	85	52
Lejos	14	8
Muy lejos de su casa	0	0,0
No sabe	2	1
Otros (no se atendió)	52	32
Total	164	100
Tipo de seguro		
ESSALUD	63	38
SIS - MINSA	92	56
SANIDAD	0	0,0
Otros	9	6
Total	164	100
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?		
Muy largo	0	0,0
Largo	18	11
Regular	77	47
Corto	17	10
Muy corto	0	0,0
No sabe	0	0,0
Otros (no se atendió)	52	32
Total	164	100

continúa

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue	n	%
Muy buena	2	1
Buena	65	39
Regular	36	22
Mala	8	5
Muy mala	1	1
No sabe	0	0,0
Otros (no se atendió)	52	32
Total	164	100
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa	n	%

Si	8	5
No	156	95
Total	164	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud de la persona, elaborado por Ms. Vilchez A Aplicado a los Adultos Mayores del Pueblo Joven Ramón Castilla Chimbote, junio_ 2013.

TABLA 5

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGUN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PUEBLO JOVEN RAMÓN CASTILLA CHIMBOTE, 2013.

Recibe algún apoyo social	n	%
natural		
Familiares	47	29
Amigos	0	0,0
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	0	0,0
Compañeros de trabajo	0	0,0
No recibo	117	71
Total	164	100

Recibe algún apoyo social	n	%
organizado		
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	0	0,0
Empresa para la que trabaja	0	0,0
Instituciones de acogida	0	0,0
Organizaciones de voluntariado	0	0,0
No recibo	164	100
Total	164	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud de la persona, elaborado por Ms. Vilchez A. Aplicado a los Adultos Mayores del Pueblo Joven Ramón Castilla Chimbote, junio_ 2013.

TABLA 6

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO DEL ADULTOS MAYORES DEL PUEBLO JOVEN RAMÓN CASTILLA CHIMBOTE, 2013.

Recibe algún apoyo social organizado:	n	%
Pensión 65	0	0,0
Comedor popular	0	0,0
Vaso de leche	0	0,0
No recibo	164	100
Total	164	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud de la persona, elaborado por Ms. Vilchez A. Aplicado a los Adultos Mayores del Pueblo Joven Ramón Castilla Chimbote, junio_ 2013.

4.2. Análisis de resultado

Tabla 1.- Observamos que el 55% (91) de los adultos mayores encuestados son de sexo masculino, en grado de instrucción el 49% (79) tiene superior universitaria completa / e incompleta y el 38% (62) solo tienen primaria, como ingreso económico el 57% (94) tiene de 1500 soles a más, en cuanto a ocupación el 34% (56) son trabajador familiar no remunerado y el 25% (40) son jubilados, en tenencia de trabajo el 48% no trabajan.

Los resultados obtenidos en la presente investigación se asemejan a los resultados encontrados por Jara (42), en su estudio de estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor en la Urbanización Bancharo Rossi _ Nuevo Chimbote, donde encontró que la mayoría de los adultos mayores son de sexo masculino, menos de la mitad tienen un

ingreso económico de 100^a 599 nuevos soles, más de la mitad tienen una ocupación diferente a amas de casa y jubilados.

Por otro lado los resultados difieren a los estudios realizados por Felipe, L. (43), con el título: “estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor A.H villa Magistral – Nuevo Chimbote. En el factor biológico se observa que el mayor porcentaje de 62% son de sexo masculino, en lo referente a los factores culturales, el 80% de las personas adultas mayores tienen un grado de instrucción, superior completa. Así mismo en los factores sociales, el 70% tienen un ingreso económico de 100 a 599 nuevos soles.

Estos resultados se diferencian en algunos indicadores a los encontrados por Loli, J. y Roncal, S. (44), en su investigación titulada: “Estilo de Vida y Factores Biosocioculturales del Adulto Mayor del AA. HH. Esperanza Baja - Chimbote, 2009” encontrando en el factor biológico, el mayor porcentaje de los adultos mayores con un 66% destaca el sexo femenino. En los factores culturales, el 42,4% de los adultos mayores tienen primaria completa. En los factores sociales, también encontramos un 54,2% tienen un ingreso económico de 100 a 599 nuevos soles.

Estos resultados se asemejan a lo obtenido por Liz, R. (45), en su tesis de investigación titulada Estilos de Vida y Factores Biosocioculturales del adulto mayor. Urbanización las Brisas IV Etapa – Nvo Chimbote, 2011, en donde 52,4% son del sexo masculino. Con respecto a los factores culturales el 23,8% de los adultos tienen primaria completa.

Por otro lado, los resultados se asemejan a la presente investigación obtenidos por Aparicio, P (46), quien estudió los estilos de vida y los factores biosocioculturales del adulto mayor en la Urbanización Casuarinas de Nuevo Chimbote, en algunos de sus factores refiere que el 51,5% son de sexo masculino, el 40,8% presentan grado de instrucción superior completa.

En el presente estudio de investigación del Pueblo joven Ramón Castilla, se tiene como resultado que la mayoría de adultos mayores encuestados fueron de sexo masculino, probablemente porque aún conservan la costumbre de que el hombre tiene la potestad para tomar decisiones en el hogar y la mujer tiene que aceptar o afligirse y no tener la posibilidad de participar en la sociedad.

Un varón es la manera como se identifica a las personas que pertenecen al género masculino sin importar su edad. El sexo masculino es un término de biología que denota al sexo que produce espermatozoides que posee órganos reproductivos masculinos. La masculinidad de es un conjunto de actitudes varoniles y enérgicas que resaltan sus cualidades de semental o dominante frente a otro.

En lo que es el grado de instrucción se tiene como porcentaje que el 49% tienen superior universitaria completa/ e incompleta, el grado de instrucción es un elemento muy esencial en la vida del hombre, ya que garantiza la salud del ser humano dado a las características y accesibilidad que tiene para mejorar el estilo de vida y su comportamiento en beneficio de su salud.

Se puede manifestar que los adultos mayores tenían la posibilidad de continuar sus estudios superiores, esto mayormente era beneficioso para el sexo masculino porque se daba preferencia a que continúen ejerciendo una carrera, lo cual les permite mejorar, o generar mejores recursos económicos para su familia. En los adultos mayores que concluyeron con sus estudios probablemente fue porque radicaban en la ciudad o donde había acceso a la educación y así lograr una profesión lo cual ahora les favorece como producto de su esfuerzo para el ámbito de su salud.

En los resultados de la investigación el 38% solo cuenta con nivel de instrucción primaria, esto nos muestra que en años pasados no todos contaban con la posibilidad de tener educación, ya que algunos no contaban con acceso económico o simplemente porque eran mujeres y por tanto no se daba la oportunidad de concluir sus estudios académicos.

El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Por tanto es un método de aprendizaje que se puede calificar como cognitivo funcional y operativo eficaz.

En el aspecto económico tenemos como resultado que el 24% tiene un ingreso de 1 a 550 nuevos soles, lo cual indica que esta cantidad limita a adquirir necesidades personales como salud, nutrición. Los ingresos económicos son los caudales que entran en poder de una persona, un

sujeto puede recibir ingresos por su actividad laboral, comercial, familiar o productiva; así mismo es la cantidad de dinero que una familia puede gastar para el beneficio de su salud u otra necesidades.

En cuanto a los resultados de ocupación se evidencia un porcentaje de 34% que son trabajadores familiar no remunerado, esto se debe a que las mujeres no terminaron sus estudios, simplemente porque antes esto no era permitido, se decía que solo debían dedicarse al cuidado de los hijos y la casa es por ello que encontramos en los adultos mayores aun esta cifra.

Así mismo los adultos mayores están gozando de su arduo esmero, su jubilación el cual les permite solventar sus necesidades.

En el presente estudio se evidencia que el adulto mayor también aún se emerge ante actividades como vendedor de comercio, trabajador independiente, otros no trabajan, porque cuentan con el apoyo económico de sus hijos.

La ocupación es el rol que desempeña cada individuo en su área de trabajo que muchas veces es influenciado por el impacto del desempleo, que puede producir la pérdida del trabajo, lo cual es una experiencia que no afecta por igual a todas las personas. Muchas veces el desempleo tiene consecuencias negativas; promueve en las personas la búsqueda de nuevos recursos y formas de afrontamiento (47).

La ocupación se define como un aspecto esencial en la vida de las personas, no sólo es una fuente de sustento y desarrollo económico, sino también, una posibilidad de expresión de talento y capacidad creativa. En

el transcurso de la vida laboral, toca vivir experiencias que generan satisfacción, la sensación de sentirse reconocido y justamente recompensado; también, muchas veces, toca enfrentar situaciones de frustración, inequidad, y falta de sentido.

Por todo lo anterior expuesto, se concluye que los adultos mayores en cada etapa de su vida han logrado tener lo mejor para vivir en esta etapa, que es donde más apoyo y cuidados se necesita en lo que respecta su salud y alimentación.

Tabla 2.- Determinantes de la salud relacionados a la vivienda; según los resultados de la encuesta el 100% (164) de adultos mayores tienen casa propia, en cuanto al material de su piso el 52% (86) tienen piso de cemento, un 46%(75) es de cerámica. Siguiendo con los resultados vemos que un 97%(160) tienen su material de techo concreto armado un 2% (3) son de planchas de calamina, fibras de cemento o similares, seguidamente el 100%(164) tienen el material de sus paredes de cemento, ladrillo, en cuanto al número de dormitorios el 55%(90) tienen de 4 a más y el 44% (73) tienen 3 dormitorios. En lo que es el abastecimiento de agua el 100% /164) cuentan con agua dentro de su vivienda, de igual forma el 100%(164) cuentan con red pública dentro de su vivienda en lo que refiere a eliminación de excretas; también mencionamos que el 100%(164) utilizan el gas como combustible para cocinar.

El 100%(164) tiene alumbrado eléctrico, el 51%(83) de frecuencia de recojo de basura es todas las semanas pero no diariamente y un 49%(81)

manifiestan que pasa diariamente, al menos 5 días por semana, cabe mencionar también que el 93%(152) manifiestan que el lugar de eliminación de su basura es en el carro recolector, dando por concluido el 100% (164)refieren que suelen eliminar su basura en el carro recolector de basura.

Estudios similares a la investigación como el de Cepada L, Garza R, Vega D. (48), en su estudio titulado el fenómeno del envejecimiento de la población en el estado de Nuevo León, México encontraron que las viviendas de los adultos mayores son de concreto, para las paredes son de material de ladrillo, piedra o cemento, así como también el material de los pisos que predominan los de cemento. Así mismo, cuentan con agua entubada dentro de la vivienda, tienen baño propio alumbrado con electricidad, cocinan a gas.

Dentro de la investigación realizada estos resultados se asemejan a las viviendas de los adultos mayores que predominan techos y paredes de material noble (concreto) y cuentan con los servicios básicos adecuados.

No todas las viviendas son diseñadas de la misma manera, pues algunas son de material precario como las esteras, cartón, etc. también de la exposición en la vivienda a ácaros de polvo, humo ambiental de tabaco, monóxido de carbono, crecimiento de hongos, seguridad y efectos del plomo las cuales no son beneficiosas si hay ancianos en casa, pueden también causar enfermedades respiratorias, cefaleas, depresión, ansiedad lo que puede conllevar a enfermedades mayores en las personas más vulnerables (49).

La vivienda es el lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas. Este tipo de edificación ofrece refugio a los seres humanos y les protege de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades cotidianas. También el acceso a una vivienda digna es un derecho humano inalienable, ya que un techo inadecuado atenta de forma directa contra la salud física y mental. La accesibilidad física, la inclusión de servicios básicos (como el agua potable, el gas y la electricidad) el respeto por las tradiciones culturales y la seguridad deben formar parte del derecho a la vivienda (50).

Una vivienda saludable y adecuada, es una condición que influye de manera favorable a la salud física y emocional del adulto mayor, que a su vez se contaba con los servicios básicos funcionales (como luz, agua, drenaje, gas, transporte etc.) necesarios para proteger y generar un bienestar en la salud de los adultos mayores.

Según fuentes de la INEI, en nuestro país, indican que el 40,4% de los hogares del país tienen entre sus residentes habituales, personas de 60 y más años de edad (adulto mayor). Por grupos de edad, el 34,7% de hogares están integrados por alguna persona de 60 a 79 años de edad y el 8,6% por alguna persona de 80 y más años de edad (51).

En el estudio de investigación realizado a los adultos mayores del Pueblo Joven Ramón Castilla, si bien es cierto es una zona urbana, que se encuentran cerca de las inmediaciones de la Planta Siderúrgica, lo cual puede provocar daños a la salud como enfermedades respiratorias,

dermatológicas, por ello el exponerse a contaminantes tóxicos del aire puede aumentar el riesgo de salud.

Tabla 3 Con respecto a los determinantes de los estilos de vida en los adultos mayores; según los resultados vemos que el 44%(72) refirieron que no fuman ni han fumado nunca de manera habitual, seguidamente el 42%(69) manifiestan que no fuman actualmente, pero que han fumado antes y un 14%(23) refirieron que si fuman pero no diariamente.

En lo que es el consumo de bebidas alcohólicas el 51%(84) manifestaron que si consumen bebidas alcohólicas pero ocasionalmente, mientras que un 43%(70) manifestaron que no consumen; en lo que refiere a las horas que duermen vemos como resultado que 81%(133) duermen de 6 a 8 horas, un 19%(31) manifestaron que duermen entre 8 a 10 horas. Así mismo el 93%(152) refieren que se bañan diariamente y el 7 %(12) manifestó que se baña 4 veces a la semana.

Mencionamos también que el 96%(158) manifestaron que se realizan examen médico periódico en un EE.SS y solo el 4%(6) manifestaron que no se realizan un examen médico. Según los resultados el 56%(92) de adultos mayores realizan actividad física en su tiempo libre, el 32%(52) refiere que no realiza actividad física y un 12%(20) manifiestan que

realizan deporte. Así mismo el 58%(95) manifestaron que no realizaron ninguna actividad física durante más de 20 minutos, mientras que un 29%(48) manifestaron que caminaron durante más de 20 minutos y el 13%(21) restantes refirieron que corrieron por más de 20 minutos.

Con respecto a los alimentos que consumen el 52% manifestaron que consumen frutas diariamente, el 40% consumen de 3 o más veces a la semana y el 8% refieren que consumen entre 1 o 2 veces a la semana, en lo que es el consumo de carne el 92% consumen diariamente y el 8% manifestaron que consumen de 3 o más veces a la semana, seguidamente en lo que es el consumo de huevos el 62% consumen de 1 o 2 veces a la semana el 10% consume menos de una vez a la semana, el 100% refieren que consumen fideos diariamente, el 98% manifestaron que consumen pan, cereales diariamente, en lo que es el consumo de verduras, hortalizas el 89% refieren que consumen a diario, el 10% refirió que consume de 3 o más veces a la semana, en lo que es el consumo de pescado el 48% manifestó que consume de 1 o 2 veces a la semana y el 46% manifiestan que consumen de 3 o más veces a la semana.

Según los resultados obtenidos en la investigación, difiere Palomo G, Icaza N, Mujica E, Núñez F, Leiva M (52), En su estudio titulado “Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en población

adulta” menciona que el grupo de 65-74 años Sólo 2,0% era gran fumador (más de 20 cigarrillos diarios) y 17,1% era ex-fumador.

Así mismo estos resultados difieren a lo encontrado por Eduardo (53), En su investigación titulada Estudio sobre tabaquismo en una población de Montevideo, encontró que la asociación de tabaquismo con cualquiera de los factores de riesgo mencionados implica un riesgo muy elevado que convierte al consumidor en personas de los adultos maduros obesos el total de los participantes de 799 de hombres obesos, el (50%) eran fumadores.

La investigación es similar al estudio de Cuevas N, Vela Y. Carrada B (54), En su investigación titulada Identificación de factores de riesgo en familiares de enfermos diabéticos tipo 2, encontraron que quienes consumen tres bebidas alcohólicas diarias tienen un riesgo de 33% a 56% menos de padecer diabetes (consumo moderado), sin embargo, quienes consumen más de tres bebidas al día tienen 43% más riesgo de enfermarse de diabetes, probablemente debido a la mayor ingesta calórica que propicia obesidad.

El alcohol puede actuar de manera diferente en las personas mayores que en las personas más jóvenes. Algunas de las personas mayores pueden alcanzar un estado de euforia, sin aumentar la cantidad de alcohol que toman. Ese estado de euforia puede aumentar la probabilidad de que tengan accidentes, inclusive caídas y fracturas y accidentes de automóvil.

Rodríguez y Casimiro (2000) destacan que la práctica regular de actividades físicas ayuda a mejorar el estilo de vida personal, reduciendo

las demandas a medio plazo de cuidados médicos, y disminuyendo así los costes sanitarios (55).

El National Institute on Aging (1985), en su artículo Age Page: Dont take it easy Exercise; hace referencia a la importancia del ejercicio. Recomienda que los adultos mayores se ejerciten ya que menciona algunos beneficios de ejercitarse regularmente: ayuda a fortalecer el corazón y los pulmones, a bajar la presión de la sangre, etc. No obstante, el ejercicio físico para los adultos mayores debe ser gradual, regular y agradable, a la vez debe de estimular el desarrollo de nuevas habilidades y conocimientos (56).

El adulto mayor debe tener una alimentación variada, en la que diariamente se incluyan frutas, verduras, leche o productos lácteos con poca grasa, carnes o legumbres, pan cereales. Estos alimentos permiten vivir saludablemente, porque aportan suficientes proteínas, grasas esenciales, minerales, vitaminas, hidratos de carbono y agua. Gracias a ello, el cuerpo funciona bien y crea los mecanismos para defenderse de las enfermedades.

Por tanto una adecuada nutrición en los adultos mayores es muy importante ya que previene enfermedades crónicas, por ello la nutrición ayuda a vulnerar enfermedades.

Según Watson (2001), el establecer estándares para la dieta de un adulto mayor es una tarea muy difícil de realizar, porque las diferencias de cada uno de estas personas se hacen más notables a medida que el tiempo transcurre (57).

Tabla N° 04, 05, 06, En relación a los determinantes de redes sociales y comunitarias, podemos decir que el 33% (55) se atendió en hospital, el 52% (85) considera que el lugar donde lo atendieron está regular de su casa, el 56% (92) cuenta con seguro del SIS- MINSA, el 47% (77) considera que el tiempo que espero para que le atendieran fue regular, el 39% (65) considera que la calidad de atención que recibió en el establecimiento de la salud fue buena , el 95% (156) considera que no existe cerca de su casa pandillaje o delincuencia; en relación a los determinantes de redes sociales según apoyo social natural y organizado, se observa que 100% (164) no recibe apoyo social natural , el 100% (164) de la población no recibe ningún apoyo social organizado; en relación a los determinantes de redes sociales según la organización de quien recibe apoyo, el 100% (164) de la población no recibe ningún apoyo social organizado por el gobierno.

Estos resultados son similares en el indicador de la institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses en el estudio elaborado por Pacheco, P (58), en su investigación titulada: Los determinantes de

la salud percibida en España, donde el 54.4% de la población de la población se atendió en estos últimos 12 meses en hospital.

Asimismo, estos resultados son similares en el indicador que no reciben algún apoyo social organizado, en el estudio obtenido por García, P (59), en su investigación titulada Determinantes de la salud en adultos mayores varones con adicción a drogas. A.H Sr de los milagros. Chimbote - 2012, cuyo resultado obtenido, es el 100% no recibe apoyo social organizado.

De igual manera, estos resultados son similares en el indicador que no reciben algún apoyo social organizado, en el estudio obtenido por Colchado, A (60), en su investigación titulada Determinantes de la salud adultos maduros con infección respiratoria aguda Vinzos distrito de santa - 2012, cuyo resultado obtenido, es el 100% no recibe apoyo social organizado.

A la vez, estos resultados se relacionan en el indicador de la calidad de atención recibida por parte del personal de salud, en el estudio realizado por Rondón, A. (61), en su investigación titulada: Calidad de atención del profesional de enfermería en el servicio de maternidad I del hospital Universitario Ruiz y Páez Ciudad Bolívar, cuyos resultados obtenidos fueron el 53.33% de las entrevistadas considera que la calidad de atención recibida por parte de las enfermeras es regular.

Por otro lado, estos resultados difieren en algunos indicadores, en el estudio obtenido por Ávila, J. (62), en su investigación titulada:

Determinantes de la salud en los adultos del caserío Los Olivos de sector “O” – Huaraz, 2013; cuyo resultado obtenido es del 90% cuenta con seguro del SIS-MINSA, el 0% considera que el lugar donde lo atendieron está muy cerca de su casa, el 31% considera que el tiempo que espero fue regular, el 95% considera que existe pandillaje cerca de su casa.

A la vez estos resultados difieren en el indicador de tipo de seguro, en el estudio obtenido por Carrillo, G. (63), en su investigación titulada: Determinantes de la salud de los adultos en el sector “DD” Piedras azules. Huaraz, 2013; cuyo resultado obtenido es del 87% tiene seguro del SIS-MINSA.

Asimismo, estos estudios difieren en el indicador que no reciben algún apoyo social natural, en el estudio obtenido por Colchado, A. (64), en su investigación titulada Determinantes de la salud adultos maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos. Distrito de santa - 2012, cuyo resultado obtenido, es el 5% recibe apoyo social de sus familiares y el 95% no recibió ningún apoyo social natural.

En el presente estudio se puede observar que más de la mitad de estos adultos mayores, se atendieron en un hospital durante los últimos 12 meses, esto quizás se debe porque ellos refieren que se sienten más seguro si visitan un hospital a diferencia de un puesto de salud, debido a que hay se realizan todos sus análisis que requieren, igualmente porque el hospital está muy cerca de su casa, y no requieren más de tiempo

Como primer indicador de los determinantes de redes sociales y comunitarias tenemos si se atendió en estos últimos 12 meses en una institución de salud, el cual se puede definir que la salud pública es la disciplina encargada de la protección de la salud de la población humana. Tiene como objetivo mejorar la salud, así como el control y la erradicación de las enfermedades. Es una ciencia de carácter multidisciplinario, ya que utiliza los conocimientos de otras ramas del conocimiento como las ciencias biológicas, conductuales, sanitarias y sociales. Es uno de los pilares en la formación de todo profesional de la salud (65).

Asimismo, estos adultos mayores cuentan con el seguro del SIS – MINSA, el resultado obtenido quizás se deba a que existe una necesidad de parte de los adultos mayores por contar con un seguro, a la vez por las facilidades que hoy en día existen para asegurar a las personas que solicitan un seguro y también hay una accesibilidad del servicio del SIS _ MINSA para la población.

El Aseguramiento Universal en Salud es el reconocimiento del Estado Peruano al derecho a la salud que tienen todos los peruanos, desde su nacimiento hasta la muerte. Para garantizar este derecho, el Estado ha diseñado un sistema de aseguramiento en salud mediante el cual los prestadores públicos (Seguro Integral de Salud, Es Salud, Fuerzas Armadas y Policiales) y privados brindarán un servicio de calidad a todos los peruanos sin distinción (66).

La orientación hacia la calidad exige procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas, de apoyo y curativas. Para esto es necesario un liderazgo fuerte de modo que este proceso sea seguro y sostenible (67).

En conclusión, los resultados que se muestran de los adultos mayores entrevistados, en cuanto a los determinantes de redes sociales y comunitarias del adulto mayor, influye directamente a su salud, debido a que se comportan como factores de riesgo para su salud de las personas, sin embargo los resultados obtenidos indican que los adultos mayores, se atendieron durante los últimos 12 meses en un hospital, porque el establecimiento de salud se encuentra muy cerca de su casa y la calidad de atención que reciben es buena, esto influye directamente con la salud de los entrevistados, debido que si los adultos mayores asisten a un establecimiento de salud cuando se sientan mal, puede prevenir a que no se auto mediquen sin visitar a ningún médico, favoreciendo la visita de los adultos mayores al hospital, y sobre todo cuenta con seguro social del SIS-MNSA, favoreciendo la salud y la calidad de vida de estos adultos mayores.

De igual manera, en el estudio presentado se puede evidenciar que la totalidad de adultos mayores no recibe apoyo social organizado por parte del gobierno, quizá estos se deba a el olvido del gobierno, debido a que no ofrece esos apoyos necesarios para los adultos maduros en dicha comunidad, pudiendo presentarse como factor de riesgo en la salud de los

entrevistados, debido a que no pueden gozar de ningún tipo de apoyo brindado por el gobierno.

Tal como lo menciona Borrás, R. (68), la urgencia es toda situación que a juicio del paciente o acompañante requiere de una asistencia médica inmediata, mientras que la emergencia es la patología que supone un riesgo inminente para la vida del paciente o para la función de alguno de sus órganos, definido por un profesional sanitario, apunta además, a la calidad de atención que reciben los pacientes cuando requiere de algún servicio, esto es favorable, debido que por la calidad de atención brindada acuden mayor cantidad de pacientes en un cierto establecimiento de salud.

A la vez, Lorenzo, Z. (69), menciona que el apoyo social tiene para la vejez beneficiosos efectos para la salud y su bienestar. Este no debe ser visto sólo como transacción de ayuda material, sino también como aceptación, afecto y afirmación. En el contexto social se tiende muchas veces a sobrevalorar la ayuda económica como apoyo real, y subvalorar los aspectos de ayuda afectiva y moral, sin tener en cuenta si las necesidades reales que tiene la persona, en el momento del apoyo, son materiales o psicosociales.

Asimismo, Gallardo, L. (70), hace referencia que el apoyo social es un constructo dinámico, interactivo y multidimensional que supone transacciones entre individuos favoreciendo el estado emocional de las personas. También menciona que el apoyo social es un producto de las

interacciones sociales de un individuo dentro de una red social con características estructurales específicas. Esta red social puede estar formada por individuos, grupos o comunidad.

Asimismo menciona Pelcastre, V. y colb. (71), menciona que existen programas de apoyo social es un concepto de sumo interés y utilidad para los dedicados a la salud mental, en tanto pone en primer plano la significación de los factores sociales y psicológicos para la salud y el bienestar. El apoyo social tiene para la vejez beneficiosos efectos para la salud y su bienestar. Este no debe ser visto sólo como transacción de ayuda material, sino también como aceptación, afecto y afirmación. En el contexto social se tiende muchas veces a sobrevalorar la ayuda económica como apoyo real, y subvalorar los aspectos de ayuda afectiva y moral, sin tener en cuenta si las necesidades reales que tiene la persona, en el momento del apoyo, son materiales o psicosociales.

Igualmente, Alburg, S. (72), menciona que la vulnerabilidad social es la desprotección de un grupo social cuando enfrenta daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos humanos por no contar con recursos personales, sociales y legales. Estos cambios demográficos representan importantes retos, debido a que el gobierno no ha desarrollado ni la infraestructura necesaria, ni la capacidad humana para atender las demandas y garantizar el bienestar de los adultos, ni tampoco para enfrentar el incremento de pobreza en el país, debido a la reciente crisis económica.

Finalmente podemos analizar la situación antes descrita, donde se concluye que el adulto mayores del Pueblo Joven Ramón Castilla presenta algunos determinantes de redes sociales y comunitarios de adultos se encuentran perjudicando la salud del adulto mayor, pero también cabe recalcar que estos adultos mayor se atendieron en un hospital, favoreciendo así la temprana detección de alguna enfermedad a tiempo, también al calidad que ellos reciben es buena y regular incentivando así a que sigan frecuentando y atendiéndose en dicho hospital favoreciendo la salud de los adultos mayores.

Se puede concluir, que no solo implica que una persona este sana si no obtenga ninguna enfermedad, sino que es el estado de completo bienestar físico, mental y social, de la persona para poder decir que está sano, es por ellos que se busca en este estudio que se identifique que determinantes de la salud se encuentran alterado, para poder intervenir, y poder así realizar actividades de promocionar y prevenir la salud de estos adultos mayores.

V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- En los determinantes del entorno biosocioeconomicos más de la mitad de los adultos mayores son de sexo masculino, de los cuales tienen estudio superior universitario completo/e incompleto, tienen como ingreso económico de 1500 a más. La totalidad de los adultos mayores tienen casa propia, cuentan con abastecimiento de agua dentro de la vivienda, la mitad tienen de 3 a 4 dormitorios, cuenta con red pública dentro de la vivienda alcantarillado, utilizan el gas para la preparación de sus alimentos, cuentan con alumbrado eléctrico y suelen eliminar su basura en el carro recolector.
- En los determinantes de estilos de vida más de la mitad de los adultos mayores suelen consumir ocasionalmente bebidas alcohólicas, refieren que no fuman ni han fumado de manera habitual, la mayoría suelen dormir de 6 a 8 horas y se bañan diariamente, así mismo la mayoría se realiza algún examen médico periódico, más de la mitad realizan caminata en su tiempo libre, más de la mitad consumen frutas a diario, la mayoría consumen carne diariamente, la totalidad de adultos consumen fideos pan y cereales así mismo la mayoría

consumen verduras y hortalizas a diario y menos de la mitad consumen pescado.

- En los determinantes de redes sociales más de la mitad de los adultos mayores reciben algún apoyo social natural de otros y la totalidad de los adultos no reciben ningún apoyo social organizado como son la pensión 65 entre otros; y más de la mitad refiere que no existe pandillaje cerca de su casa.

5.2 Recomendaciones

- Dar a conocer los resultados de la presente investigación a los adultos mayores de esta comunidad, a las autoridades del Puesto de Salud “Víctor Raúl” y a las autoridades municipales de la provincia de Chimbote, con la finalidad de buscar la participación ciudadana y multisectorial para la cual se formularan estrategias e intervenciones que contemplen actividades en promoción y prevención, las cuales puedan favorecer la calidad de vida de cada adulto mayor.
- Se recomienda al personal del Puesto de Salud “Víctor Raúl Haya de la Torre” fomentar la formación de grupos en donde se promuevan estilos de vida saludables, a la vez tener presente los resultados sobre los Determinantes de la salud estudiados en la presente investigación.
- Seguir investigando y dar a conocer otros estudios, en base a estos resultados, usando indicadores que tengan relación sobre los determinantes de la salud y que permitan explicar, comprender e intervenir en la prevención y promoción, para mejorar el nivel de vida, con la finalidad de garantizar el bienestar de todos los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Conceptos. Condiciones de vida [Página en internet] [Citado el 2014 Julio 8].
Disponible desde el URL: <http://deconceptos.com/cienciassociales/condiciones-de-vida>.

- 2) Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev.

Cubana. Salud Pública 2004; 30 (3): 13-16.

- 3) Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en:
http://www.psicoweb.com/salud/concepto_salud_03.htm

- 4) Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. Chile. Edición: 2 – 2006
- 5) 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
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) Gonzalo Valdivia Cabrera. 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.
- 9) Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302.

- 10) Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.
- 11) Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar , editorial; 2008.
- 12) Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
- 13) Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. “Sistema estadístico nacional”. [Serie en Internet] [Citado el 2014 Junio 8]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el [URL: http://www.inei.gob.pe/sistema-estadistico-nacional/](http://www.inei.gob.pe/sistema-estadistico-nacional/)
- 14) Dirección de promoción de la Salud. Sistema de Vigilancia Comunal (SIVICO).Fichas familiares del Pueblo Joven Ramón Castilla. Puesto de Salud Víctor Raúl. Chimbote. 2012.
- 15) Gonçalves M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de

América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre.. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006.

- 16) Tovar L, García G. “La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”. Colombia. Agosto 2006. Nro. 027. 2004.
- 17) Rodríguez M: Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.
- 18) Avila, J. Determinantes de la salud en los adultos del caserío Los Olivos de sector “O”-Huaraz, 2013; [Informe de tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2014.
- 19) Carrillo, G. Determinantes de la salud de los adultos en el sector “DD” Piedras azules. Huaraz, 2013; [Informe de tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2014.

- 20) Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. 2008. Universidad Nacional del Santa. Chimbote, Artículo científico.
- 21) Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial.
- 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) Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
- 25) Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed . Mexico: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.

- 26) Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
- 27) Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004.[Citado2010Ago.18].[44paginas].Disponible en URL<http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnalitico.pdf>.
- 28) Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Re impresión, México: Ed. Limusa; 2004.
- 29) OPS, OMS Y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>
- 30) Eusko, J. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID.
- 31) 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/ecogen42.pdf>
- 32) 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/>.
- 33) Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf.
- 34) Derecho Urbanístico de Castilla y León, El Consultor de los Ayuntamientos y de los Juzgados, Madrid, 2000. ISBN 84-7052-249-9.
- 35) Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001.
- 36) Wales J. Discurso en Keynote, Agosto de 2006. Disponible en: URL: <http://es.org/Alimentaci%C3%B3n>.
- 37) Martos E. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en

<http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>.

- 38) Sánchez Isla Laura: “satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Título para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
- 39) González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
- 40) Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
- 41) Martínez N y colb. Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1pantalla].Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm
- 42) Jara R. Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulto mayor Urb Bancharo –Rossi_Nuevo Chimbote. . [informe de tesis para

optar el título de licenciatura en enfermería]. Chimbote:Universidad católica los Ángeles de Chimbote,2011.

- 43) Felipe L. Estilos de vida y los factores biosocioculturales en el adulto mayor. el A.H Villa magisterial I y II Etapa Nuevo Chimbote. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Enfermería. Chimbote – Perú: 2010.
- 44) Loli J, Roncal S. Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta mayor del Asentamiento Humano Esperanza Baja. Trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería. Chimbote: Universidad los Ángeles de Chimbote; 2009.
- 45) Liz, R. Estilo de Vida y Factores Biosocioculturales del Adulto Mayor. Urb. Las Brisas IV Etapa-Nvo Chimbote 2011.[Tesis para optar el título de licenciatura en enfermería], Nuevo Chimbote. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2011.
- 46) Apárico .P .Estilos de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta Mayor, Urb. Casuarinas – Nuevo Chimbote, 2011”. [tesis para optar el título de licenciado en enfermería]. Chimbote: universidad católica.
- 47) Diccionario de la Real Academia Española. [Serie Internet] [Citado el 2005 diciembre]. Disponible desde el URL:

http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/d_tra_bajo.htm#_ftn3 ica los Ángeles de Chimbote , 2014.

- 48) Cepada L, Garza R, Vega D. en su estudio titulado el fenómeno del envejecimiento de la población en el estado de Nuevo Leon. México. 2006. Disponible en: http://www.nl.gob.mx/pics/pages/cuadernos_cds_base/libro_programaadulto_mayor.pdf
- 49) Bosch, M.J. El problema de la vivienda en la vejez en Cataluña. Architecture, City an Enveronment, 1(1), 80-101.2006.
- 50) Moreno D, Derechos Humanos Vivienda Digna y No Digna 2 [Uladech Católica 2014] Disponible en URL: <http://es.scribd.com/doc/230057729/Derechos-Humanos-Vivienda-Digna-y-No-Digna-2>
- 51) INEI. Situación del adulto mayor. Viviendas que ocupan los adultos mayores en el Perú. [Página en internet]. 2013. [Actualizado sep 2013]; 33 – 62.
- 52) Palomo I, Torres G, Alarcón M, Maragaño P, Leiva E, Mujica V. Alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos, en una población

- de estudiantes universitarios de la región centro-sur de Chile. *Rev Esp Cardiol* 2006; 59: 1099-105.
- 53) Eduardo B. Estudio sobre tabaquismo en una población de Montevideo (Uruguay). *Rev Fed Arg Cardiol* 2002; 31: 335-339.
- 54) Cuevas N, Vela Y, Carrada T. Identificación de factores de riesgo en familiares de enfermos diabéticos tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2006; 44(4):313-320.
- 55) RODRÍGUEZ, P.L. y CASIMIRO, A.J. Papel del especialista en actividades físicas como promotor de salud y calidad de vida. En: Águila, C.; Casimiro, A.J. y Sicilia, A. (Coords.). *Salidas profesionales y promoción en el ámbito de la Actividad Física y el Deporte* Universidad de Almería, Servicio de publicaciones.2000.
- 56) National Institute on Aging. Don't take it easy—exercise! *Age Pages*. Washington, DC: Government Printing Offices.1985.
- 57) Watson, J. Jean Watson: Theory of human caring. In M.E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 343-354). Philadelphia: F.A. Davis 2001.

- 58) Pacheco, P. Los determinantes de la salud percibida en España. [Tesis para optar por el título de doctor]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid: 2010.
- 59) García, P. Determinantes de la salud en adultos jóvenes varones con adicción a drogas. A.H Sr de los milagros. Chimbote - 2012, [Informe de tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2014.
- 60) Colchado, A. “Determinantes de la salud maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos. Distrito Santa – 2012”. [Informe de tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2014.
- 61) Rondón, A. Calidad de atención del profesional de enfermería en el servicio de maternidad I del hospital Universitario Ruiz Páez ciudad Bolívar. [Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería]. Venezuela: Universidad de Oriente Núcleo Bolívar: 2010.
- 62) Avila, J. Determinantes de la salud en los adultos del caserío Los Olivos de sector “O”-Huaraz, 2013; [Informe de tesis para optar el título de licenciada

- en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2014.
- 63) Carrillo, G. Determinantes de la salud de los adultos en el sector “DD” Piedras azules. Huaraz, 2013; [Informe de tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2014.
- 64) Colchado, A. “Determinantes de la salud maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos. Distrito Santa – 2012”. [Informe de tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2014.
- 65) Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. [Serie Internet] [Citado el 2013 Abril 26]. Disponible desde el URL: http://www.who.int/social_determinants/es/.
- 66) Ministerio de la salud. “Preguntas frecuentes”. [Serie en Internet] [Citado el 2013 Noviembre 25]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://www.minsa.gob.pe/portada/aseguramiento/preguntas.html>
- 67) Organización Panamericana de la Salud. “[Calidad en la Atención y Seguridad del Paciente](#)” [Serie en Internet] [Citado el 2013 Noviembre 25]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://www.urracatv.com/2014/05/el-color-de-la-pasion-capitulo-44.html>

- 68) Borrás, R. “Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo”. [Documento en Internet] [Citado el 2013 Noviembre 25]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf>
- 69) Lorenzo, Z. Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en ancianos que sufren la conducta suicida. Rev. Cubana Medicina Integral [serie en Internet]. 2004 [citado 2008]; 20: 5-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252004000500005&lng=es
- 70) Gallardo, L. Apoyo social y etnicidad en personas mayores de la región de Arica y Parinacota-Chile: una propuesta para la intervención en trabajo social, Madrid, 2013. [Memoria para optar el grado de doctor]. Disponible desde el URL: <http://eprints.ucm.es/20100/1/T34359.pdf>
- 71) Pelcastre V, Treviño S, González V, Márquez S. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México: Cad. Saúde Pública. 2011; (27): 03 – 10.
- 72) Alburg S. Vejez y calidad de vida. 2008. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos87/alternativas-actividades-disminuir-consumo-bebidas/alternativas-actividades-disminuir-consumo-bebidas2.shtml#bibliograficas>

ANEXO N° 01

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA

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

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

Dónde:

n = Tamaño de muestra

N =Tamaño de la población= 251 (Datos obtenidos de las fichas familiares del sistema de vigilancia comunal del Puesto de Salud “El Satélite”)

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

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

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

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

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (251)}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (251-1)}$$

n = 164 adultos mayores

ANEXO N° 02

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA D

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA

CHIMBOTE_2013.

Elaborado: Por Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

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

Dirección.....
...

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

1. Sexo: Masculino () Femenino ()

2. Edad:

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

3. Grado de instrucción:

- Sin nivel e instrucción ()
- Inicial/Primaria ()
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()
- Superior no universitaria completa/Superior no universitaria incompleta()
- Superior universitaria completa/Superior universitario incompleta ()

4. Ingreso económico:

- No tiene ingreso ()
- De 1 a 550 soles ()
- De 551 a 999 ()
- De 1000 a 1499 ()
- De 1500 a más ()

- No especificado ()

5. Ocupación:

- Trabajador independiente ()
- Empleado ()
- Obrero ()
- Trabajador familiar no remunerado ()
- Trabajador del hogar ()
- Trabajo estable ()
- Vendedores de comercio y mercado ()
- No trabaja ()

6. Condición de empleo de trabajo

- Tenencia de trabajo ()
- Tenencia de algún empleo fijo o negocio propio ()
- Actividad realizada de al menos una hora para generar un ingreso ()
- Desempleado ()

7. Vivienda

7.1. Tipo:

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

7.2. Material del piso:

- Tierra ()
- Cemento ()
- Cerámica ()

- Madera ()
- Otros ()

7.3.Material del techo:

- Concreto armado ()
- Tejas ()
- Planchas de calamina, fibras de cemento o similares ()
- Caña o esteras con torta de barro ()
- Esteras ()
- Pajas, hojas de palmeras, etc. ()
- Cartón, hule, tela, llantas ()
- Lámina de cartón. ()
- Otro material ()

7.4.Material de las paredes:

- Cemento, Ladrillo, piedra o madera ()
- Ladrillo de barro ()
- Paja y similares ()
- Lámina de plástico ()
- Hoja de metal ()
- Otros ()

7.5. Cuantas habitaciones se usan exclusivamente para dormir

N° de habitaciones

8. Abastecimiento de agua:

- Red pública dentro de la vivienda ()
- Río, acequia, manantial o similar ()

- Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación ()
- Pozo ()
- Camión, cisterna u otro similar ()
- Pílon de uso público ()
- Otra fuente ()

9. Desagüe:

- Red pública dentro de la vivienda ()
- Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación ()
- Pozo ciego o negro/letrina ()
- Pozo séptico ()
- Río, acequia o canal ()
- Otro fuente de eliminación ()

10. Combustible para cocinar:

- Gas ()
- Electricidad ()
- Querosene ()
- Carbón ()
- Madera ()
- Matojos o Hierbas ()
- Estiércol animal ()
- Otros

11. Tipo de alumbrado:

- Eléctrico ()
- Kerosene ()

➤ Vela ()

➤ Otro ()

12. En su casa separan la basura:

Si () No ()

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

➤ Diariamente, al menos 5 días por semana ()

➤ Todas las semana pero no diariamente ()

➤ Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas ()

➤ Con menos frecuencia ()

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

➤ Carro recolector ()

➤ Empresas o tiendas que los vende o talleres ()

➤ Servicios especial de recogida ()

➤ Contenedor específicos de recogida de basura ()

➤ Vertido por el fregadero o desagüe ()

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

15. ¿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 ()

16. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

• Diario ()

• Dos a tres veces por semana ()

- Una vez a la semana ()
- Una vez al mes ()
- Ocasionalmente ()
- No consumo ()

16. **¿Cuántas horas duerme Ud.?**

6 a 8 horas () 08 a 10 horas () 10 a 12 horas ()

17. Con que frecuencia se baña?

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

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

Si () NO ()

17. **¿En su tiempo libre realiza alguna actividad física?**

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

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

Caminar () Gimnasia suave () Juegos con poco esfuerzo () Correr () ninguna ()

19. DIETA:

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

Alimentos:	Diario	3 o más veces a la semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
•Fruta					
•Carne (Pollo, res, cerdo, etc.)					
•Huevos					
•Pescado					
•Fideos, arroz, papas.....					
•Pan, cereales					
•Verduras y hortalizas					
•Legumbres					
•Embutidos, enlatados					
•Lácteos					
•Dulces, gaseosas					
•Refrescos con azúcar					
•Frituras					

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

20. ¿Recibe Ud. Algún apoyo social por parte de?:

- Familiares ()
- Amigos ()
- Vecinos ()
- Comunidad ()
- Compañeros de trabajo ()

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

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

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

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

23. Qué tipo de seguro tiene Usted:

- ESSALUD ()
- SIS-MINSA ()
- SANIDAD ()
- Otros ()

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

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

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

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

Muchas gracias, por su colaboración.

ANEXO N° 03

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del **Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos de 18 a más años en el Perú** desarrollado por Ms. Vilchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en adolescente de 10 a 19 años.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 10 jueces expertos del área de Salud.

2. Se alcanzó a cada uno de los expertos la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS DE 18 AÑOS A MÁS EN EL PERÚ”.

3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta:

¿El conocimiento medido por esta pregunta es...

•esencial?

•útil pero no esencial?

•no necesaria?

•Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas

4. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla 1).

5. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 10 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1 (ver Tabla 2)

Tabla 1

V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos de 18 a más años en el Perú.

N°	V de Aiken	N°	V de Aiken
1	1,000	18	1,000
2	1,000	19	1,000
3	1,000	20	0,950
4	1,000	21	0,950
5	1,000	22	1,000
6.1	1,000	23	1,000
6.2	1,000	24	1,000
6.3	1,000	25	1,000
6.4	1,000	26	1,000
6.5	1,000	27	1,000
6.6	1,000	28	1,000
7	1,000	29	1,000
8	1,000	30	1,000
9	1,000	31	1,000
10	1,000	32	1,000
11	1,000	33	1,000
12	1,000	34	1,000
13	1,000	35	1,000
14	1,000	36	1,000
15	1,000	37	1,000
16	1,000	38	1,000
17	1,000		

Coeficiente V de Aiken total	0,998
-------------------------------------	--------------

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud en adolescentes de 12 a 17 años de edad en el Perú.

TABLA 2

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

Nº	Expertos consultados										Sumatoria	Promedio	n (nº de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9	Experto 10					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000

ANEXO N°04

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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



ANEXO 5

UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO

JOVEN RAMON CASTILLA CHIMBOTE, 2013.

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

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

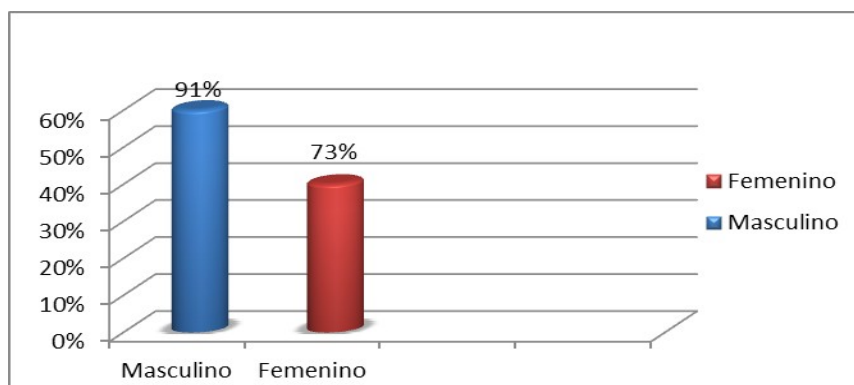
.....

FIRMA

ANEXO 6

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

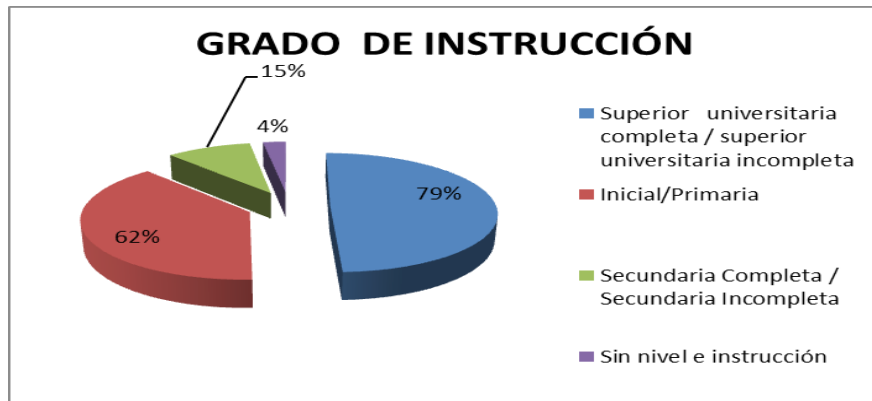
GRÁFICO 1: SEGÚN SEXO DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla 1

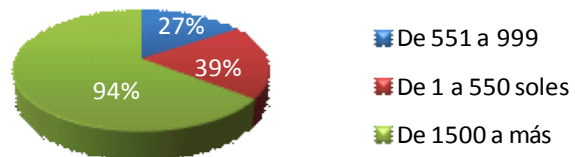
GRAFICO 2: SEGÚN INGRESO ECONÓMICO DEL ADULTO

**MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _CHIMBOTE,
2013.**



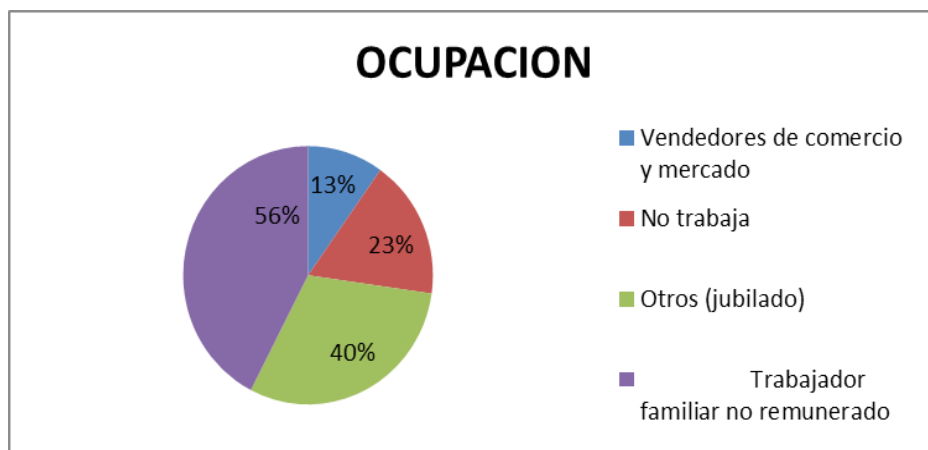
Fuente: Tabla 2

**GRAFICO 3: SEGÚN INGRESO ECONOMICO DEL ADULTO MAYOR
DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.**



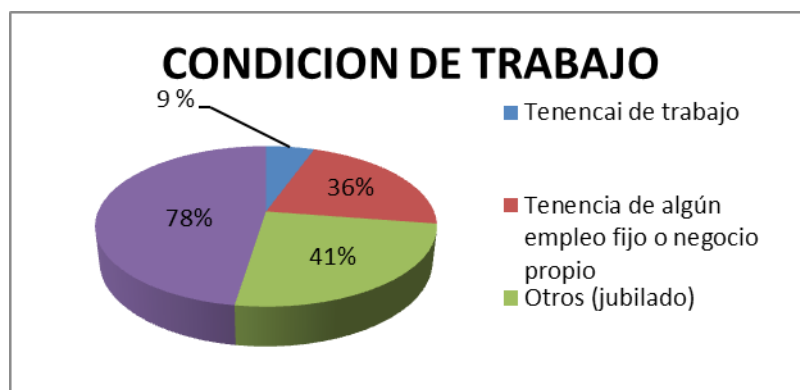
Fuente: Tabla 3

**GRAFICO 4: SEGÚN OCUPACIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO
JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.**



Fuente: Tabla 4

GRAFICO 5: CONDICION DE TRABAJO DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla 5

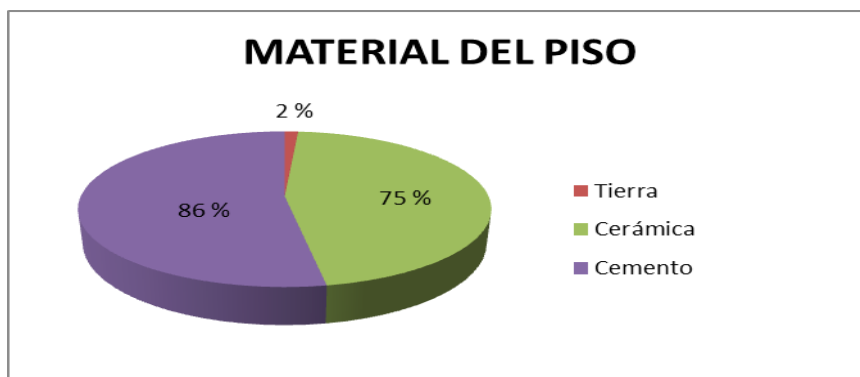
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRAFICO 6: SEGÚN TIPO DE VIVIENDA DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



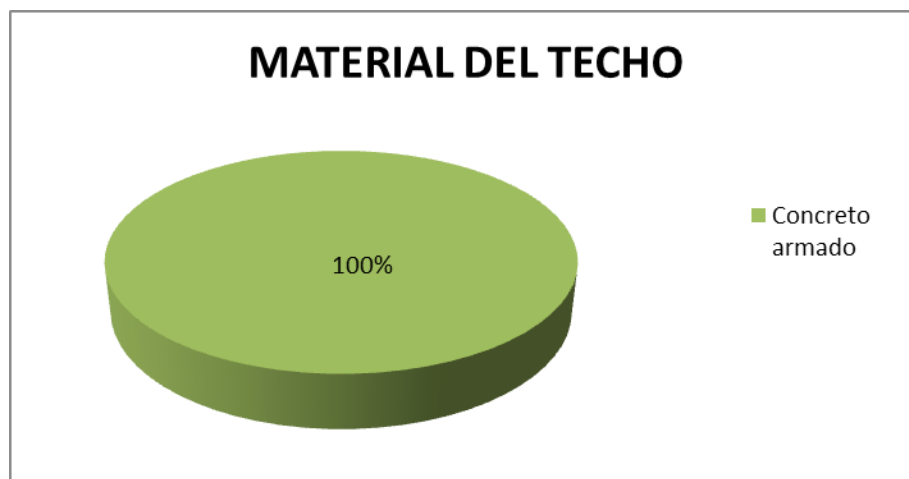
Fuente: Tabla 6

GRAFICO 7: SEGÚN MATERIAL DEL PISO DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



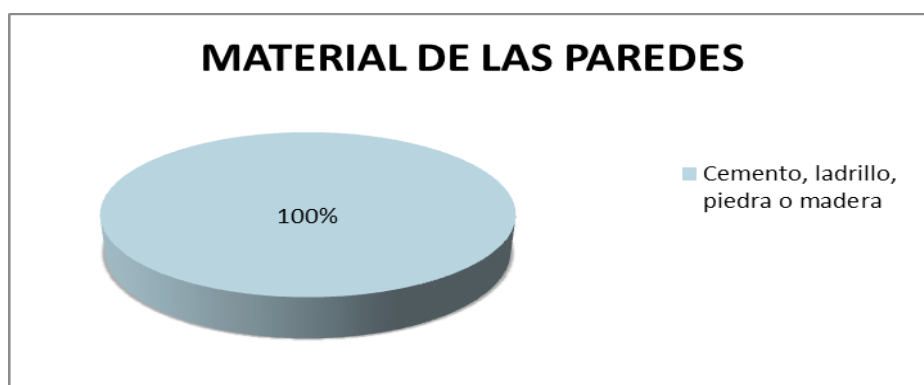
Fuente: Tabla 7

GRAFICO 8: SEGÚN MATERIAL DEL TECHO DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla 8

GRAFICO 9: SEGÚN MATERIAL DE PAREDES DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



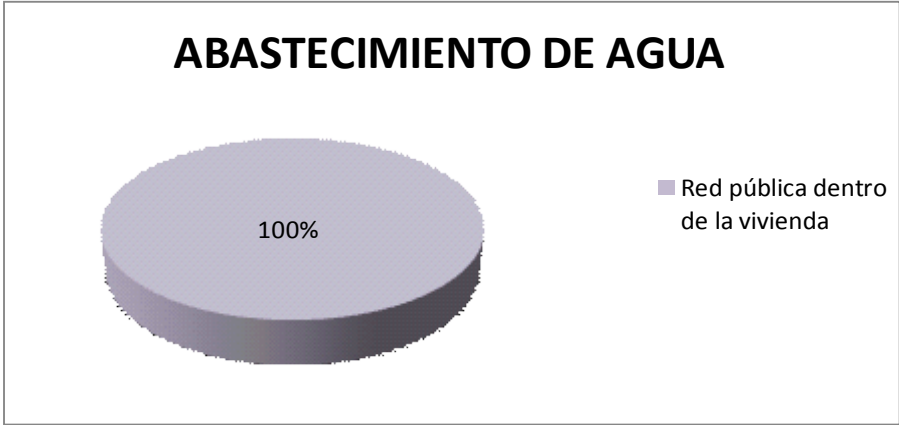
Fuente: Tabla 9

GRAFICO 10: SEGÚN NUMERO DE DORMITORIOS DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla 10

GRAFICO 11: SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



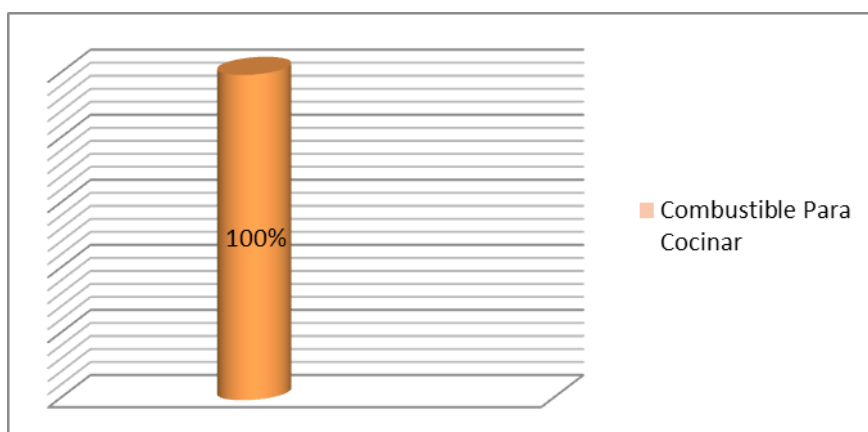
Fuente: Tabla 11

GRAFICO 12: SEGÚN ELIMINACION DE EXCRETAS DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



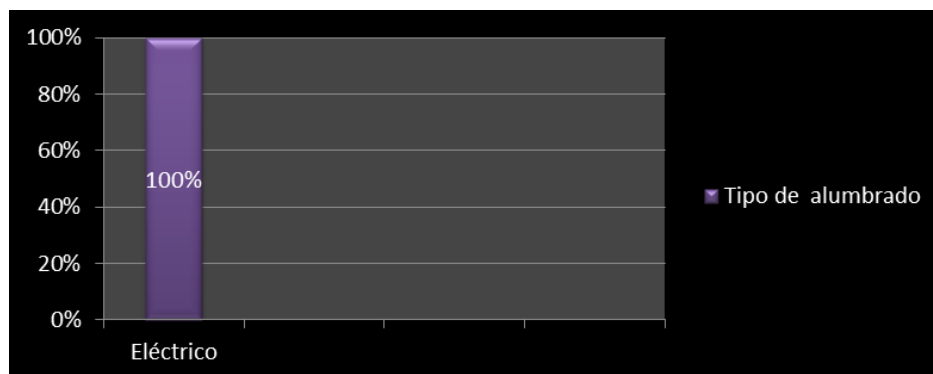
Fuente: Tabla 12

GRAFICO 13: SEGÚN COMBUSTIBLE PARA COCINAR DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



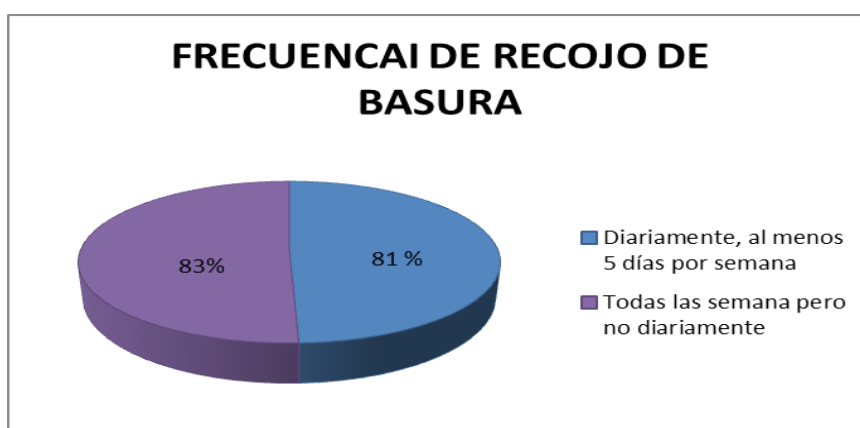
Fuente: Tabla 13

GRAFICO 14: SEGÚN TIPO DE ALUMBRADO DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



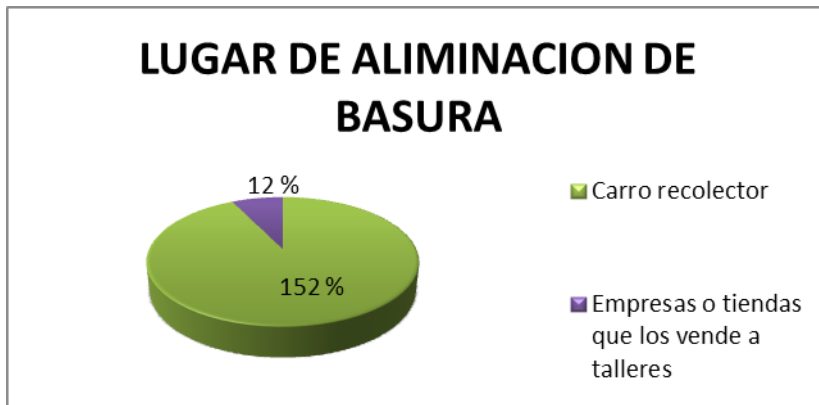
Fuente: Tabla 14

GRAFICO 15: SEGÚN FRECUENCIA DE RECOJO DE BASURA DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



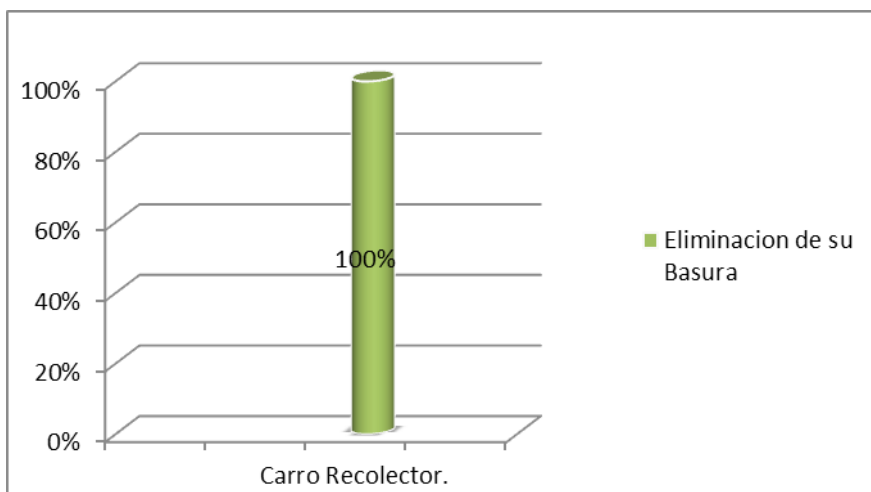
Fuente: Tabla 15

GRAFICO 16: SEGÚN LUGAR DE ELIMINACION DE BASURA DEL ADULTO DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla 16

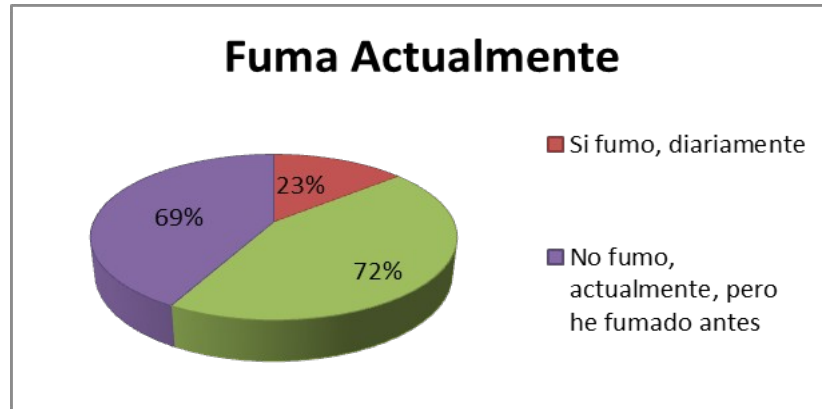
GRAFICO 17: SEGÚN ELIMINACION DE BASURA DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 17

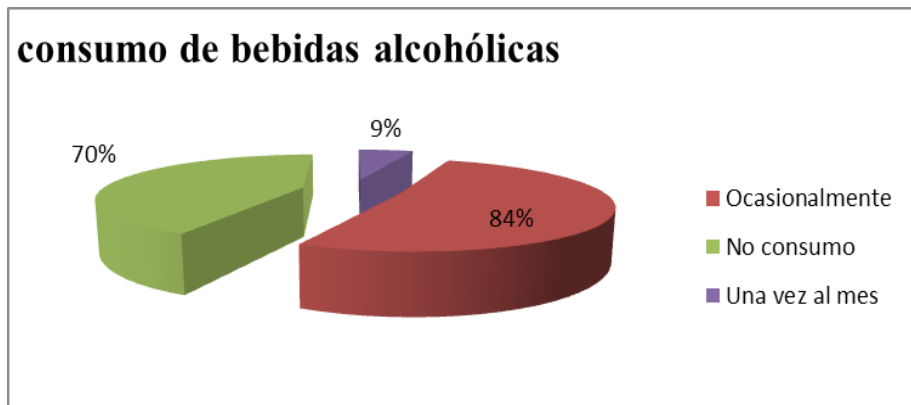
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRAFICO 18: SEGÚN FUMA ACTUALMENTE DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



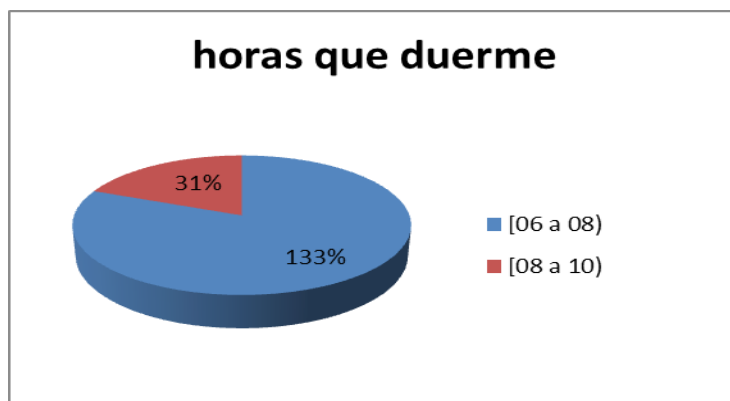
Fuente: Tabla 18

GRAFICO 19: SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



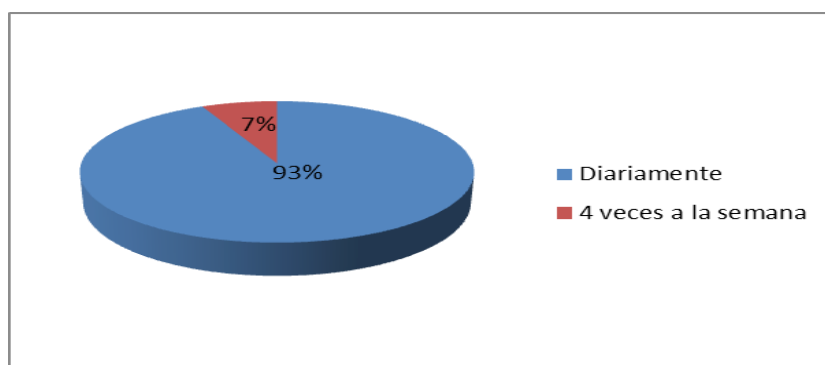
Fuente: Tabla 19

GRAFICO 20: SEGÚN DE HORAS QUE DUERME DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



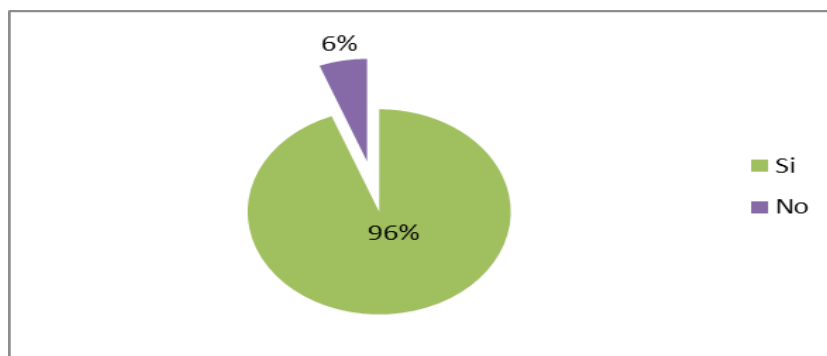
Fuente: Tabla 20

GRAFICO 21: SEGÚN FRECUENCIA CON QUE SE BAÑAN DEL ADULTO DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



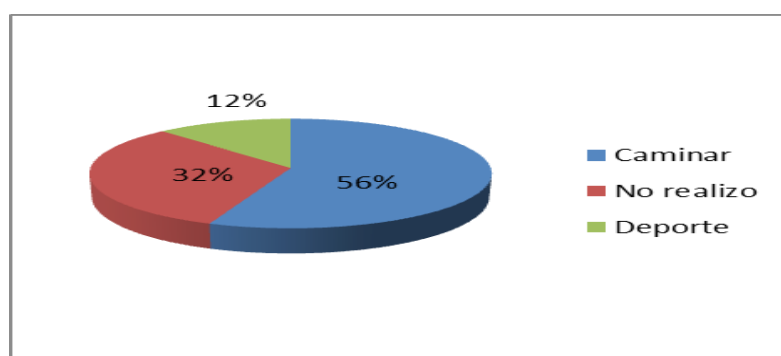
Fuente: Tabla 21

GRAFICO 22: SEGÚN SE REALIZA ALGÚN EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



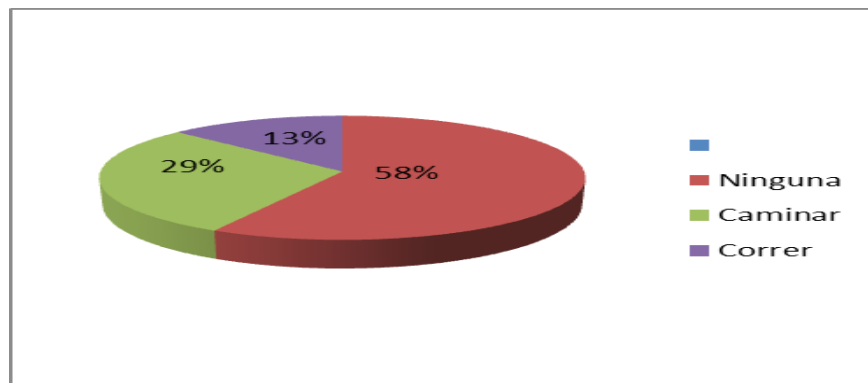
Fuente: Tabla 22

GRAFICO 23: SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA QUE SE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



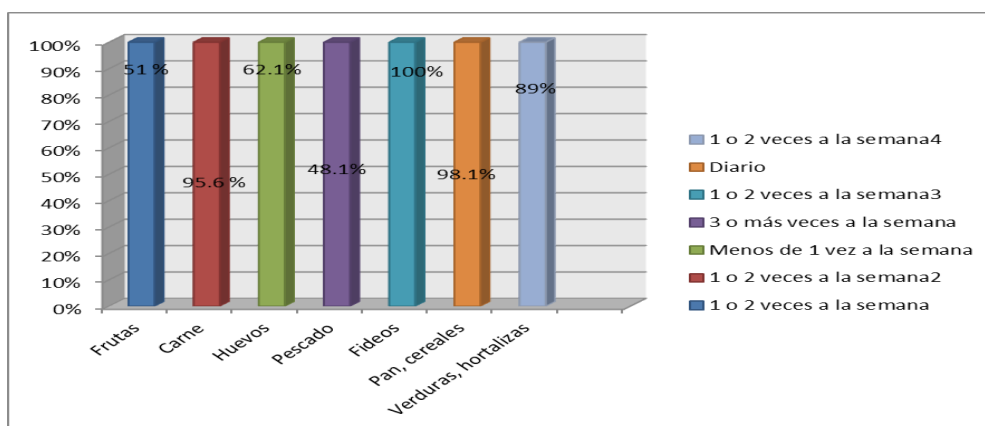
Fuente: Tabla 23

GRAFICO 24: SEGÚN EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDADES FÍSICA REALIZÓ DURANTE MAS DE 20 MINUTOS DEL ADULTO DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla 24

GRAFICO 25: SEGÚN ALIMENTOS QUE CONSUMEN DEL ADULTO DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.

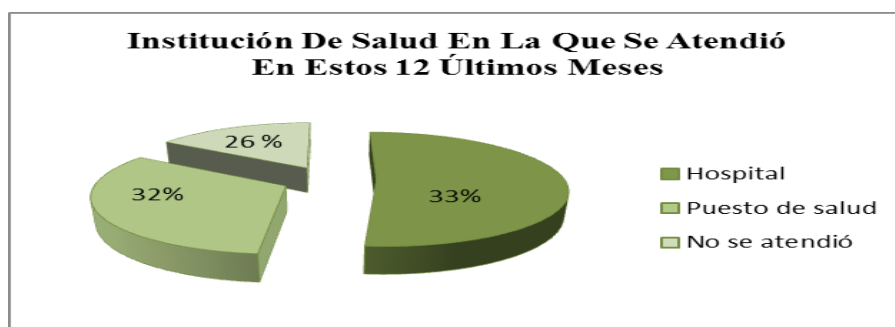


Fuente: Tabla 25

DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

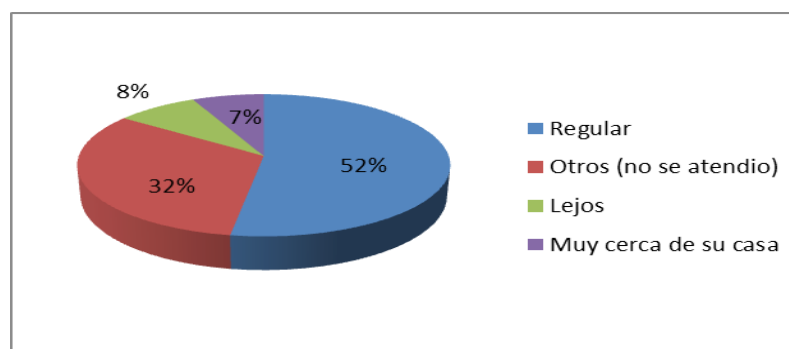
GRAFICO 26: SEGÚN INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ EN ESTOS 12 ULTIMOS MESES DEL ADULTO

MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _
CHIMBOTE, 2013.



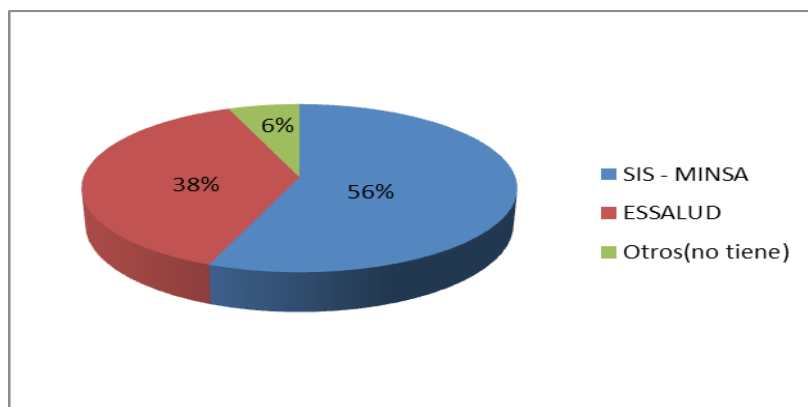
Fuente: Tabla 26

**GRAFICO 27: SEGÚN CONSIDERA USTED QUE EL LUGAR DONDE
LO (LA) ATENDIERON DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN
RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.**



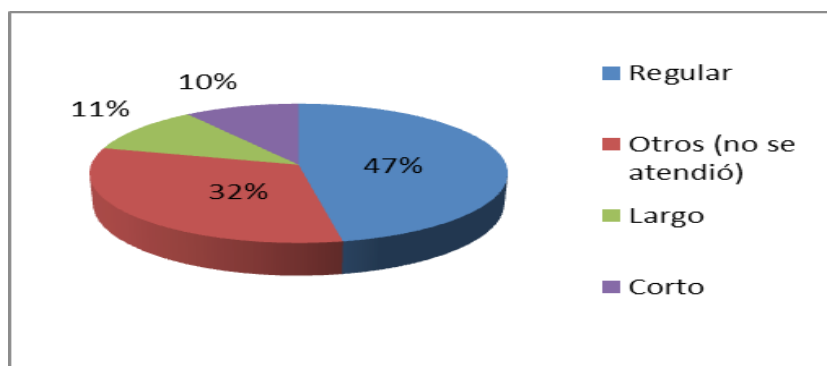
Fuente: Tabla 27

**GRAFICO 28: SEGÚN TIPO DE SEGURO DEL ADULTO
MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _
CHIMBOTE, 2013.**



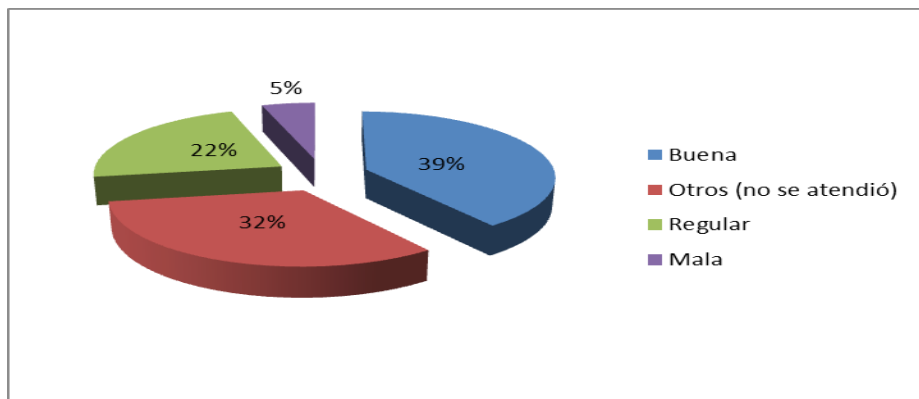
Fuente: Tabla 28

GRAFICO 29: SEGÚN EL TIEMPO QUE ESPERÓ PARA QUE LO ATENDIERAN ¿LE PARECIÓ? DEL ADULTO MAYOR PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



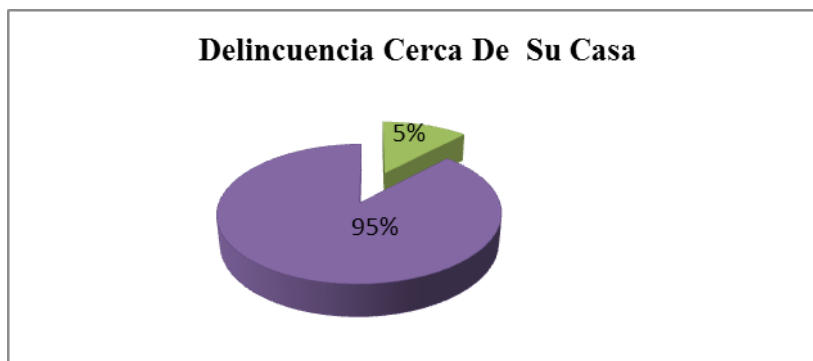
Fuente: Tabla 29

GRAFICO 30: SEGÚN CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla 30

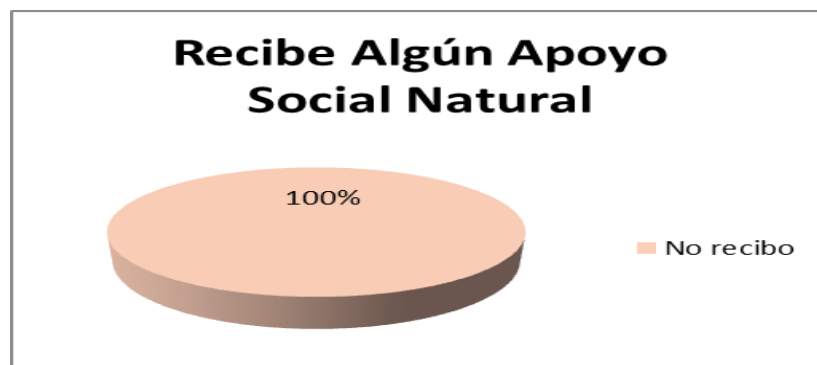
GRAFICO 31: SEGÚN CONSIDERA QUE EXISTE PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA DEL ADULTO PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla 31

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO

GRAFICO 32: SEGÚN RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL NATURAL DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla 32

GRAFICO 33: SEGÚN RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla 33

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBE

GRAFICO 34: SEGÚN RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO POR EL GOBIERNO DEL ADULTO MAYOR DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla 34