



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

DETERMINANTES DE LA SALUD DEL ADULTO.
ASENTAMIENTO HUMANO GOLFO PÉRSICO -
NUEVO CHIMBOTE, 2013.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

ARACELI DEL MILAGRO GARAY AHUANARI

ASESORA:

Mgtr. Enf. MARÍA ADRIANA VILCHEZ REYES

CHIMBOTE-PERÚ

2015

JURADO EVALUADOR

Mgtr. Enf. JULIA CANTALICIA AVELINO QUIROZ

PRESIDENTA

Mgtr. Enf. LEDA MARÍA GUILLEN SALAZAR

SECRETARIA

Mgtr. SONIA GIRÓN LUCIANO

MIEMBRO

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad.

A mi madre por haberme dado la vida, apoyo incondicional y su confianza durante todo este tiempo cuyo esfuerzo ha hecho posible este logro.

A mis hermanas por su inmenso apoyo, porque nunca dejaron de alentarme para seguir estudiando y lograr el sueño de ser una profesional.

A mi hijo por ser alguien muy especial en mi vida y el motor de mi lucha constante para lograr con este objetivo tan importante.

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por brindarme su confianza, amor, paciencia, cuidado incondicional y darme la fuerza de seguir adelante luchando por mis sueños, agradeciéndoles por permitir que pueda terminar mi carrera y poder ejercerla en un futuro siempre con su bendición y ayuda incondicional.

A mis docentes:

Por ser los principales portadores de nuevos conocimientos, su apoyo con la finalidad de formar y obtener buenos profesionales de enfermería con ética profesional.

A mi madre:

Por apoyarme, darme la fuerza, ser un ejemplo de que todo lo que uno realiza con amor y sacrificio vale la pena para cumplir con nuestros metas.

ARACELI

RESUMEN

La presente investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud de los adultos del A.H Golfo Pérsico Nuevo Chimbote 2013. El universo muestral estuvo conformado por 249 adultos. El instrumento de recolección de datos fue el cuestionario sobre determinantes de la salud. Los datos fueron procesados en el software PASW Statistics 18.0. Los resultados se presentan en tablas y gráficos de una sola entrada, obteniéndose las siguientes conclusiones: Con referencia a los determinantes de la salud biosocioeconómicos; más de la mitad de los adultos tienen secundaria completa, trabajo estable, una cifra considerable tienen ingreso económico de 1401-1800 y ocupación eventual. En relación a la vivienda; la mayoría de adultos tienen vivienda propia, paredes de material noble, conexión de agua domiciliaria, baño propio, la totalidad cocinan a gas, tienen energía eléctrica, más de la mitad tienen piso de cemento, habitación independiente y botan la basura todas las semanas. En relación a determinantes de estilo de vida: más de la mitad de adultos consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, no realizan actividad física, menos de la mitad no fuman, un porcentaje significativo consume gaseosas y frituras 3 o más veces por semana. En relación a determinantes de redes sociales y comunitarias; más de la mitad refiere que si existe pandillaje cerca de su casa, tienen SIS, menos de la mitad se atienden en un puesto de salud, y la totalidad no recibe ningún tipo de apoyo organizado.

Palabras clave: Determinantes de la salud, persona adulto.

ABSTRACT

This research is quantitative, descriptive design with one box. Aimed to describe the determinants of adult health of Gulf Nuevo Chimbote AH 2013. The sample universe consisted of 249 adults. The data collection instrument was a questionnaire on health determinants. Data were processed in SPSS 18.0 software. The results are presented in tables and graphs in a single entry, yielding the following conclusions: With reference to the determinants of health biosocioeconómicos; more than half of adults have completed secondary education, stable employment, a considerable number have income from 1401-1800 and eventual occupation. With regard to housing; most adults own their homes, walls noble material, household water connection, own bathroom, all cooked on gas, have electricity, more than half have cement floors, separate bedroom and dump the garbage every week. Regarding lifestyle determinants: more than half of adults drink alcohol occasionally do not exercise, less than half do not smoke, consume a significant percentage soda and fries 3 or more times per week. Regarding determinants of social and community networks; more than half relates to whether there gangs near his home, have SIS, less than half are treated in a health center, and all receives no organized support.

Keywords: determinants of health, adult person.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Pág.

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	11
2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación.....	13
III. METODOLOGÍA.	
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	19
3.2 Población y muestra.....	19
3.3. Definición y operacionalización de variables.....	19
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	29
3.5. Plan de análisis.....	31
3.6 Principios éticos.....	31
IV. RESULTADOS.	
4.1 Resultados	33
4.2. Análisis de resultados	42
V. CONCLUSIONES	
5.1. Conclusiones.....	55
5.2 Recomendaciones.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	66

ÍNDICE DE TABLA

Pág.

TABLA 1	33
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DEL ADULTO A.H GOLFO PÉRSICO NUEVO CHIMBOTE, 2013.	
TABLA 2	34
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DEL ADULTO A.H GOLFO PÉRSICO NUEVO CHIMBOTE, 2013.	
TABLA 3	37
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO A.H GOLFO PÉRSICO NUEVO CHIMBOTE, 2013.	
TABLA 4, 5 y 6	39
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DEL ADULTO A.H GOLFO PÉRSICO NUEVO CHIMBOTE, 2013	

ÍNDICE DE GRAFICO

Pág.

GRÁFICO DE TABLA 1	69
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN EL ADULTO DEL A.H GOLFO PÉRSICO NUEVO CHIMBOTE, 2013	
GRÁFICO DE TABLA 2	71
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA DEL ADULTO A.H GOLFO PÉRSICO NUEVO CHIMBOTE, 2013	
GRÁFICO DE TABLA 3	78
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO A.H GOLFO PÉRSICO NUEVO CHIMBOTE, 2013	
GRÁFICO TABLA 4, 5 y 6	82
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DEL ADULTO A.H GOLFO PÉRSICO NUEVO CHIMBOTE, 2013.	

I. INTRODUCCIÓN

El presente informe de investigación se realizó con el propósito de identificar los Determinantes de la Salud del adulto A.H. Golfo Pérsico Nuevo-Chimbote, 2013. Y con ello contribuir a la mejora de su estilo y calidad de vida de la población.

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 (1).

En la conferencia de Alma Ata en 1976 la OMS definió la salud como el perfecto estado físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona de estar de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual. Por lo que, en definitiva la salud es algo más que la simple ausencia de enfermedad, es un equilibrio armónico entre la

dimensión física, mental y social; y está determinada por diversos factores, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud (2).

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 (2).

Así mismo se encuentra organizado en 5 capítulos: I; introducción, II; revisión de literatura, III; metodología, IV; resultados, V; conclusiones y recomendaciones, finalmente se citan las referencias bibliográficas y anexos.

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 (3).

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 (4).

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 (5).

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 (5).

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 (5).

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 (6).

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (7).

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 (8).

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 (8).

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 (9).

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 (10).

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 (11).

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 (11).

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 (11).

A nivel mundial se ha demostrado que la percepción del propio estado de salud que hace una persona es un factor fiable de predicción sobre problemas de salud, en Canadá el 47% de los adultos con ingresos más bajos califico su salud como excelente o buena y el 21% la describió como regular o mala (11).

En un estudio realizado por el banco mundial el año 2000 se examina la TMI según el nivel socioeconómico del hogar apreciándose que la mayor incidencia de muertes infantiles se concentran en los estratos de ingresos inferiores: dos tercios de las muertes infantiles ocurren en el 40 % de los hogares con menor ingreso económico (12).

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 (12).

La distribución de los fallecidos menores de un año con relación a la distribución por deciles de ingreso muestra un patrón inequitativo, a nivel nacional entre 1996 y 2000 hubo una ligera reducción de la desnutrición infantil de 25.8 a 25.4. Sin embargo de los nueve departamentos con más del 70 % de población en situación de pobreza, 7 de ellos incrementaron su porcentaje de niños menores de 5 años de edad con desnutrición crónica (13).

Como es de esperar, la distribución es muy desigual según regiones. Más del 90% de la población de la sierra y selva rurales está en situación de pobreza (extrema, más no extrema), y en la costa rural lo está más del 80%, según datos del 2002. Las cifras son menores en el ámbito urbano: selva 58%, sierra 54% y costa poco menos del 50%. Estas últimas, evidentemente, están bastante por debajo de las proporciones terribles del ámbito rural, pero siguen siendo sumamente elevadas. Las cifras de Lima Metropolitana son relativamente bajas, los pobres constituyen el 23 % aproximadamente (13).

El estado de salud aumenta con el nivel de educación, no haber estudiado la secundaria completa es un factor de riesgo mayor que los factores biológicos para el desarrollo de muchas enfermedades, de acuerdo a diversos estudios efectuados en Perú el poco uso de los servicios de salud se encuentra relacionado al bajo nivel educativo, el porcentaje más alto de

atención del parto en servicios de salud 93 % se registra cuando la madre tiene educación superior, seguido por las madres que cuentan educación secundaria 76 %, los porcentajes bajan considerablemente a un 31 % cuando tiene educación hasta primaria y 14.5 % . Tanto en el área urbana y rural a medida que se incrementa el nivel educativo de la madre el riesgo de morir del niño es menor (13).

El A.H. Golfo Pérsico se ubica en la jurisdicción del puesto de salud “El Satélite”. Tiene 2000 habitantes y se encuentra situado en el Distrito de Nuevo Chimbote al sur de la ciudad, en la provincia del Santa, departamento de Ancash, región Chavín. Sus límites por el norte con P.J. Villa Marcela, por el sur con P.J. Divino Jesús, por el este P.J. el satélite y por el oeste P.J.3 de octubre, las características de la zona denotan que está cubierta de arena presentando zonas pantanosas, las casas son en su mayoría material noble pero también predominan las casas de esteras (14).

La población en general es de bajos recursos económicos cuyos ingresos provienen de actividades de pesca, obreros de fábrica, conserveras y el comercio ambulatorio. En su mayor parte la economía de las familias es deprimente debido al alto índice de desocupación, subempleo y escasa remuneración (14).

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en el adulto del A.H. Golfo Pérsico Nuevo- Chimbote, 2013?

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

Identificar los determinantes de salud del adulto en el A.H Golfo Pérsico Nuevo Chimbote 2013.

Para poder conseguir el objetivo general, nos hemos planteado los siguientes objetivos específicos:

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

Identificar los determinantes de los estilos de vida en adultos: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: En adultos Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

Finalmente la investigación se justifica porque es necesaria en el campo de la salud ya que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación que se realizara es una

función que todo sistema de salud requiere cumplir puesto que ello contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios. Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de la población y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

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

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

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

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Antecedentes de la investigación:

2.1.1 Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

Gonçalves M y col (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.

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 Q (17), en su investigación titulada “Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo-Amazonas. Se encontró que los determinantes sociales: analfabetismo en madres (22.5%), en padres (10%), la agricultura como actividad económica predominante de los padres (72.5%), comercio en las madres (20%), limitado acceso al mercado, tecnología y financiamiento económico (45.5%); determinantes del derecho humano: limitado acceso a vida larga y saludable en niños con bajo peso al nacer (20%), limitado acceso al control de gestante (77.5%) e inmunizaciones (60%); en lo determinantes interculturales: usan leña para cocinar (80%) y plantas medicinales para cuidar su salud (65%). Concluyendo que la quinta parte de la población tiene limitado acceso a vida larga y saludable, ya que tuvieron bajo peso al nacer, padres prefieren que hijos trabajen en las vaquerías, repitiendo el año escolar, limitando sus competencias para acceder a un trabajo bien remunerado y a servicios de salud.

A nivel local:

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

2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación

La presente informe de investigación se fundamentó en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (19).

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el

social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (20).



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 23 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 (21).

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 (21).

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

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

la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida.

De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (21).



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

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

conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad (21).

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

a) Determinantes estructurales

Según el modelo, los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, se entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubican también las relaciones de género y de etnia. Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios (21).

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 (21).

c) **Determinantes proximales**

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones (21).

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 una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación. 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 (21).

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

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

Servicios de salud: Este ámbito se refiere a la red asistencial que agrupa las prácticas, la accesibilidad y la calidad de la red asistencial de salud, incluyendo prácticas de gestión, dotación y calidad del personal e infraestructura y equipo. Educación: Este ámbito refleja la influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud.

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

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

Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (21).

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y diseño de investigación

Cuantitativo, descriptivo (22, 23). Diseño de una sola casilla (24,25).

3.2. Población muestral:

El universo muestral estuvo constituido por 249 adultos del A.H Golfo Pérsico. Nuevo Chimbote. 2013

3.2.1 Unidad de análisis

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

Criterios de Inclusión

- ♣ Adultos que vivieron más de 3 años en el A.H Golfo Pérsico.
- ♣ Adultos del A.H Golfo Pérsico que aceptaron participar en el estudio.
- ♣ Adultos del A.H Golfo Pérsico que tuvieron la disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

Adultos del A.H Golfo Pérsico que tuvieron algún trastorno mental.

3.3 Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO SOCIOECONÓMICO

Edad

Definición conceptual

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el número de años cumplidos de la persona en el momento del estudio (26).

Sexo

Definición conceptual

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (27).

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 (28).

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin nivel instrucción
- Inicial/ primaria
- Secundaria completa / Secundaria incompleta
- Superior universitarias

- Superior no universitaria

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (29).

Escala de razón

- Menor de 750
- De 751 a 1000
- De 1001 a 1400
- De 1 401 a 1800
- De 1801 a más

Ocupación

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (30).

Definición Operacional

Escala Nominal

- Trabajador estable
- Eventual

- Sin ocupación
- Jubilado
- Estudiante

Vivienda

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (31).

Definición operacional

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

Material de piso

- Tierra
- Entablado
- Losetas, vinílicos o sin vinílicos

- Laminas asfálticas
- Parquet

Material del techo:

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

Material de las paredes

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

- 4 a más miembros
- 2 a 3 miembros
- Individual

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

- Gas, electricidad
- Leña, Carbón
- Bosta
- Tuza (coronta de maíz)

- Carca de vaca

Energía eléctrica

- Sin energía

Lugar de eliminación de basura

- Carro recolector
- Montículo a campo abierto
- Contenedores específicos de recogida
- Vertido por el fregadero o desagüe
- Otros

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (32).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

- Si fumo, Diariamente
- Si Fumo, pero no diariamente
- No fumo actualmente, pero he fumado antes

- No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal 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
- No consumo

Cuántas horas duerme

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

Con que frecuencia se baña

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

Se realiza algún examen médico

- Si () no ()

Actividad física en tiempo libre.

- Camina
- Deporte
- Gimnasia

- No realiza

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

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad:

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

ALIMENTACIÓN

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (33).

Definición Operacional

Escala ordinal

- Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos
- Diario
- 3 o más veces por semana
- 1 o 2 veces a la semana
- Menos de 1 vez a la semana
- Nunca o casi nunca

DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad. (34).

Definición Operacional

APOYO SOCIAL NATURAL QUE RECIBE

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

APOYO SOCIAL ORGANIZADO QUE RECIBE

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

APOYO DE ALGUNAS ORGANIZACIONES

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

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Definición Conceptual

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (35).

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

- Hospital
- Centro de salud
- Puestos de salud
- Clínicas particulares
- Otros
- Escala nominal Si () No ()

Institución de salud atendida:

- Hospital
- Centro de salud
- Otros

Lugar de atención atendido:

- Muy cerca de su casa
- Regular

- Lejos
- Muy lejos de su casa
- No sabe

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

Espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje cerca de lugar de vivienda

Escala nominal

- Sí No

3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

En el presente trabajo de investigación se utilizó 1 instrumento sobre determinantes de la salud de la persona

Instrumento No 01

El instrumento fue elaborado en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en las personas del Perú. Elaborado por por la Ms. Enf. María Adriana Vílchez Reyes y está constituido por 30 ítems distribuidos en 8 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 biosocioeconómicos (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, vivienda, agua. Eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica)

-Determinantes del entorno físico: Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental.

-Determinantes de hábitos personales de salud: Tabaquismo, alcoholismo, actividad física.

-Determinantes alimentarios: alimentos que consume diariamente.

-Presencia de enfermedades crónicas: Obesidad, diabetes, hipertensión arterial.

-Determinantes de auto percepción de la salud.

-Determinantes de acceso a los servicios de salud.

Control de Calidad de los datos:

La validez externa:

Se aseguró la validez externa por juicio de expertos presentando el instrumento a 8 expertos en el área, quienes con sus sugerencias brindaron mayor calidad y especificidad al instrumento.

La validez interna:

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

Confiabilidad

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluator. (36,37). (Anexo N° 4)

3.5 Plan de análisis

3.5.1. Procedimientos de la recolección de datos:

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

-Se informó y se pidió consentimiento a los adultos de dicha comunidad, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.

-Se coordinó con los adultos su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.

-Se procedió a aplicar el instrumento a cada uno de los adultos.

-Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos en los adultos.

-El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

3.5.2 Análisis y Procesamiento de los datos:

Los datos fueron ingresados a una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software PASW Statistics, versión 18.0, para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos.

3.6. Principios éticos

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente debió 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 pudo obtener son éticamente posibles, respetando la doctrina social de la iglesia como es la dignidad de la persona (38).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos que la investigación será anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación.

Privacidad

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

Honestidad

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

Consentimiento

Solo se trabajó con los adultos que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 05)

V. RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 1.

**DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DEL ADULTO
A.H GOLFO PÉRSICO NUEVO CHIMBOTE, 2013.**

Sexo	n	%
Masculino	120	48,19
Femenino	129	51,81
Total	249	100,0

Edad	n	%
Adulto Joven	91	36,55
Adulto Maduro	109	43,77
Adulto Mayor	49	19,68
Total	249	100,0

Grado de instrucción	n	%
Sin nivel e instrucción	8	3,28
Inicial/Primaria	51	20,48
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	148	59,44
Superior universitaria	11	4,42
Superior no universitaria	31	12,45
Total	249	100,0

Ingreso económico (Soles)	n	%
Menor de 750	5	2,01
De 751 a 1000	80	32,13
De 1001 a 1400	54	21,69
De 1401 a 1800	83	33,33
De 1801 a más	27	10,84
Total	249	100,0

Ocupación	n	%
Trabajador estable	131	52,62
Eventual	115	46,18
Sin ocupación	0	0,0
Jubilado	1	0,40
Estudiante	2	0,80
Total	249	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

4.1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA

TABLA 2.
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA
DEL ADULTO A. H GOLFO PÉRSICO NUEVO CHIMBOTE, 2013.

Tipo	n	%
Vivienda unifamiliar	136	54,62
Vivienda multifamiliar	113	45,38
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	249	100,0
Tenencia	n	%
Alquiler	10	4,0
Cuidador/alojado	7	3,0
Plan social (dan casa para vivir)	1	0,0
Alquiler venta	2	1,0
Propia	229	92,01
Total	249	100,0
Material del piso	n	%
Tierra	5	2,01
Entablado	0	0,0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	79	31,72
Láminas asfálticas	165	66,26
Parquet	0	0,0
Total	249	100,0
Material del techo	n	%
Madera, esfera	1	0,40
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	49	19,68
Material noble, ladrillo y cemento	110	44,18
Eternit	89	35,74
Total	249	100,0
Material de las paredes	n	%
Madera, estera	2	0,81
Adobe	1	0,40
Estera y adobe	1	0,40
Material noble ladrillo y cemento	245	98,39
Total	249	100,0
N° de personas que duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	2	0,80
2 a 3 miembros	28	13,25
Independiente	214	85,95
Total	249	100,0

Continúa.....

TABLA 2.

***DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA
DEL ADULTO A. H GOLFO PÉRSICO NUEVO CHIMBOTE, 2013.***

Abastecimiento de agua	n	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	0	0,0
Pozo	0	0,0
Red pública	11	4,42
Conexión domiciliaria	238	95,58
Total	249	100,0
Eliminación de excretas	n	%
Aire libre	0	0,0
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	0	0,0
Baño público	8	3,021
Baño propio	241	96,79
Otros	0	0,0
Total	249	100,0
Combustible para cocinar	n	%
Gas, Electricidad	249	100,0
Leña, carbón	0	0,0
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	249	100,0
Energía eléctrica	n	%
Sin energía	0	0,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	0	0,0
Energía eléctrica permanente	249	100,0
Vela	0	0,0
Total	249	100,0
Disposición de basura	n	%
A campo abierto	0	0,0
Al río	0	0,0
En un pozo	0	0,0
Se entierra, quema, carro recolector	249	100,0
Total	249	100,0
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	n	%
Diariamente	2	0,80
Todas las semana pero no diariamente	219	87,16
Al menos 2 veces por semana	28	11,24
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0,0
Total	249	100,0

Continúa.....

TABLA 02.
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA
DEL ADULTO A. H GOLFO PÉRSICO NUEVO CHIMBOTE, 2013.

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	n	%
Carro recolector	249	100,0
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	249	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS

TABLA 3

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO A.H GOLFO PÉRSICO NUEVO CHIMBOTE, 2013.

Fuma actualmente:	n	%
Si fumo, diariamente	14	5,0
Si fumo, pero no diariamente	72	29,0
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	61	25,0
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	102	41,0
Total	249	100,0
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	5	2,01
Una vez al mes	26	10,44
Ocasionalmente	127	51,00
No consumo	91	36,55
Total	249	100,0
N° de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	202	81,12
[08 a 10)	47	18,88
[10 a 12)	0	0,0
Total	249	100,0
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	160	62,26
4 veces a la semana	89	18,88
No se baña	0	0,0
Total	249	100,0
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	n	%
Si	100	40,16
No	149	59,84
Total	249	100,0
Actividad física que realiza en su tiempo libre	n	%
Caminar	49	19,68
Deporte	56	22,49
Gimnasia	11	4,42
No realizo	133	53,41
Total	249	100,0
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	n	%
Caminar	50	20,18
Gimnasia suave	13	5,22
Juegos con poco esfuerzo	0	0,0
Correr	0	0,0
Deporte	53	21,28
Ninguna	133	53,41
Total	249	100,0

Continúa.....

TABLA 3.
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO A. H GOLFO
PÉRSICO NUEVO CHIMBOTE, 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	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frutas	139	55,8	64	25,7	31	12,4	11	4,4	4	1,6
Carne	75	30,1	86	34,2	68	27,3	16	6,4	4	1,6
Huevos	27	10,8	47	18,8	71	28,5	88	35,3	16	6,4
Pescado	20	8,0	97	38,9	62	24,8	44	17,6	26	10,4
Fideos	207	83,1	20	8,0	7	2,8	9	3,6	6	2,4
Pan, cereales	197	79,1	26	10,4	11	4,4	7	2,8	8	3,2
Verduras, hortalizas	103	41,3	57	22,8	59	23,6	17	6,8	12	4,8
legumbres	26	10,4	83	33,3	86	34,5	36	14,4	17	6,8
embutidos	30	12,0	48	19,2	48	19,2	81	32,5	42	16,8
Lácteos	90	36,1	75	30,1	39	15,6	28	11,2	17	6,8
Dulces, gaseosas	67	26,9	65	26,1	63	25,3	32	12,8	22	8,8
Refrescos con azúcar	50	20,0	87	34,9	73	29,3	29	11,6	10	4,0
frituras	44	17,6	70	28,1	48	19,2	63	25,3	24	9,6

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 4.
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DEL
ADULTO A. H GOLFO PÉRSICO NUEVO CHIMBOTE, 2013.

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	75	30,1
Centro de salud	4	1,6
Puesto de salud	101	40,6
Clínicas particulares	33	13,3
Otras	36	14,4
Total	249	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n	%
Muy cerca de su casa	74	29,71
Regular	70	28,12
Lejos	97	38,95
Muy lejos de su casa	8	3,2,1
No sabe	0	0,0
Total	249	100,0
Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	21	8.43
SIS - MINSA	130	52.21
SANIDAD	10	4.02
Otros	88	35.34
Total	249	100,0
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	1	0,40
Largo	84	33,75
Regular	119	47,79
Corto	45	18,07
Muy corto	0	0,0
No sabe	0	0,0
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fueron	n	%
Muy buena	14	5,62
Buena	86	34,54
Regular	149	59,84
Mala	0	0,0
Muy mala	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	249	100,0

Continúa.....

TABLA 4***DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO DEL ADULTO A. H GOLFO PÉRSICO NUEVO CHIMBOTE, 2013.***

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N°	%
Si	155	62,25
No	94	37,75
Total	249	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

TABLA 5***DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO DEL ADULTO A. H GOLFO PÉRSICO NUEVO CHIMBOTE, 2013***

Recibe algún apoyo social natural:	n	%
Familiares	10	4,02
Amigos	0	0,0
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	0	0,0
Compañeros de trabajo	0	0,0
No recibo	239	95,98
Total	249	100,0
Recibe algún apoyo social organizado:	n	%
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	249	100,0
Total	249	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

TABLA 6

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO DEL ADULTO A. H GOLFO PÉRSICO NUEVO CHIMBOTE, 2013

Recibe algún apoyo social organizado:	SI		NO	
	n	%	n	%
Pensión 65	0	0,0	0,0	0,0
Comedor popular	0	0,0	0,0	0,0
Vaso de leche	0	0,0	0,0	0,0
Otros	0	0,0	249	100,0
Total	0	0,0	249	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

4.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la tabla 1: Del 100 % (249) el 51.81 % son del sexo femenino, el 43.77 % están en la etapa adultos maduros, el 59.44 % tiene grado de instrucción secundaria, el 33.33 % tiene ingresos de 1401 a 1800 nuevos soles y el 52.62 % trabajo estable.

Los resultados del presente estudio coinciden a los encontrados por Uchazara M. (39). En la tesis Determinantes de La Salud en la Persona Adulta del centro Poblado Menor los Palos. Tacna ,2013. Con una muestra de 263 personas adultas, los resultados con respecto a su población el 56.7 % son de sexo femenino, el 49.8 % están en la etapa adulta y el 62.4 % de la población tiene instrucción secundaria.

Así mismo coinciden a los encontrados por Cabrera D (40), en su estudio titulado estilos de vida y factores biosocio culturales de los adultos del caserío de Cajapamapa- Ranarahirca-Yungay.2012, donde concluye que el 52.0 % de la población en estudio son de sexo femenino.

Los resultados encontrados difieren a los de Garay N (41), tesis Determinantes de la salud en la persona adulta asociación el morro II.tacna 2013. De una muestra de 236 personas, con respecto a la población el 71.6 %

están en la etapa adulto joven y el 57.2 % cuenta con ingreso económico menor de 750 soles.

También difieren con los encontrados por Villalon M (42), en su estudio desigualdad en la salud en la población chilena: Determinantes socio genéticos reportando que la población con educación media completa y técnico superior alcanza al final del periodo casi la mitad 48 %, el 3% sin instrucción y el 15.5 % tiene escolaridad media, observando que la evolución del nivel de escolaridad de la población chilena en el periodo estudiado en términos globales, disminuyendo los grupos con menor escolaridad y aumentando contemporáneamente aquellos con mayores niveles de educación superior.

En el presente estudio realizado en el asentamiento humano Golfo Pérsico se puede afirmar que la mitad de la población en estudio es de sexo femenino, más de la mitad refiere tener estudios secundarios y que cuentan con un ingreso económico necesario para acceder a la canasta familiar puesto que el 52 % de la población cuenta con un trabajo estable.

El sexo que más predomina en este estudio es el femenino, Según la OMS, la salud de la mujer es especialmente preocupante porque en muchas sociedades se encuentran en una situación de desventaja por la discriminación condicionada por factores socioculturales. Un estudio realizado a las mujeres europeas concluye que el 38,6% de las mujeres manifiesta tener una mala salud frente al

30,2% de los hombres. En España, estas cifras aumentan hasta el 42,6% en mujeres y 32,5% en hombres (43).

En la etapa adulto maduro el individuo normalmente alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico, su personalidad, carácter se presentan relativamente firmes y seguros, con todas las diferencias individuales que pueden darse en la realidad. También hay otros de una personalidad no tan firme ni segura; finalmente existen los que adolecen de una pobre y una deficiente manera de ser, que los lleva a comportamientos ineficaces y hasta anormales (44).

La edad adulta es la más larga de la vida por lo que los problemas de salud pueden aparecer y cambian considerablemente, por lo tanto en la salud influyen factores relacionados con el estilo de vida que afectan negativamente a la salud de los adultos maduros. Factores como el medio ambiente, el stress, la carga genética, el proceso de urbanización e industrialización y los estilos de vida predisponen a la aparición de ciertas enfermedades. Según la OMS indica que las enfermedades que causan más morbilidad y son la principal causa de mortalidad a nivel mundial entre la población adulto maduro son las enfermedades infecciosas, cardiovasculares (45).

Los determinantes socioeconómicos influyen en el nivel de educación siendo este un factor que determinan el estado de bienestar y la calidad de vida de las

personas, es por eso que es considerado un pilar en el que se sostienen el desarrollo humano, las mujeres de estratos pobres tiene niveles bajos de educación y alfabetismo siendo este un límite al acceso para la atención en salud (46).

El grado de instrucción es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos de la familia. Entendiendo que la educación desempeña un papel importante en el desarrollo del ser humano (47).

A nivel nacional el 19,6 % no han alcanzado ningún nivel de educación o solo estudiaron el nivel inicial y el 14,6% ha accedido a algún año de educación superior. Se muestra que el 76,3% de los adultos de 60 a más años de edad son analfabetos, es decir, no saben leer ni escribir, el 45,0 % de los adultos mayores han estudiado algún año de educación primaria y 20,8% han logrado estudiar hasta secundaria (47).

El ingreso económico familiar, la mitad de adultos tienen ingresos de 1401 a 1800 nuevos soles y solo el 52,62 % trabajo estable. Considerando esto un factor de riesgo puesto que las personas más vulnerables a la situación económica media se deben a diferentes factores tales como a la mínima

posibilidades de educación, acceso a empleos y ocupación y su concentración en actividades independientes que generan ingresos mínimos (48).

Las personas consideran que el empleo es una necesidad principal ya que una fuente de trabajo permite obtener un ingreso fijo para cubrir problemas básicos como la alimentación, educación, vivienda y salud. La consecución del empleo pleno, productivo y del trabajo decente para todos es una de las metas establecidas para erradicar la pobreza extrema y el hambre. La aspiración de contar con empleos y medios de vida más remuneradores y basados en la dignidad y el respeto constituye un objetivo de desarrollo con el que se identifica la gente en todas partes del mundo (49).

La remuneración regular es asignada por el desempeño de un cargo o servicio profesional. La OMS reporta que el estado de desempleo trae como consecuencia un nivel de salud deficiente como problemas de salud mental, ansiedad, síntomas de depresión que afecta a las personas sin empleo y por ende a sus familias. Está influenciada por experiencias de la vida diaria, en la familia, la escuela, calles y el trabajo (50).

Según la literatura el sostenimiento normal de una familia depende de su capacidad económica de adquirir bienes y servicios básicos, la canasta familiar es pues un conjunto de bienes y servicios que son adquiridos de forma habitual por una familia para su sostenimiento en cuanto al número de integrantes. La

Canasta Básica en el Perú es considerada con los 103 productos definidos a nivel de variedad y 7 grupos de alimentos consumidos fuera del hogar (51).

Según las estadísticas del INEI la pobreza en el Perú pasó de un 30,8 % en el año 2010 a 27,8 % en el 2011 reduciendo en 3 %, por lo que un número cercano a 800 000 personas dejaron de ser pobre, de tal modo que la importancia de la canasta familiar radica principalmente en los bienes y servicios mínimos que requiere la familia para subsistir en condiciones mínimas de calidad y reducir los factores de riesgo a enfermedades con respecto a las condiciones de nutrición, salubridad, educación, etc. (52).

Se ha demostrado que las mejoras en los ingresos y la educación guardan una relación cada vez más favorable con la salud. La ocupación también es pertinente para la salud, no solo por la exposición a riesgos específicos en el lugar de trabajo, sino también porque sitúa a las personas en la jerarquía social. Los datos estadísticos de salud revelan la influencia de este tipo de variable en las desigualdades de salud en los distintos niveles de agrupación (53).

Por lo tanto, todos los variables del determinante socioeconómico pueden mejorar o empeorar la salud del adulto siendo así que la educación determina mejores oportunidades de empleo, ingresos familiares y accesibilidad a los servicios de salud, por ende una vida plena y saludable fuera de enfermedades.

Tabla 2: Del 100 % (249) el 54% tiene tipo de vivienda unifamiliar, el 92 % cuenta con vivienda propia, el 66.26 % tiene el piso de láminas asfálticas, el 44.18 % tienen techo de material noble, el 98.39 % tiene conexión de agua domiciliaria, el 96.79 % tienen baño propio, el 87.16 % refiere que pasan recogiendo la basura todas las semanas pero no diariamente y el 100 % utiliza gas para cocinar, tiene energía eléctrica permanente y elimina su basura en carro recolector.

Los resultados coinciden con los encontrados por Jiménez L (54), en la tesis Determinante de la salud en adultos maduros sanos en el A.H. Los Paisajes Chimbote 2012. Donde el 96.0 % tiene vivienda propia, el 100 % tienen conexión de agua domiciliaria y utiliza el gas para cocinar, el 88.0 % dispone su basura en el carro recolector.

Así mismo coinciden con los resultados encontrados por Rosales J (55), en su investigación Determinantes en la salud en Adultas Jóvenes del P.J. La Victoria-Chimbote, 2013. Donde el 100 % de la población cocina con gas.

Los resultados del presente estudio difieren con los encontrados por Abanto A (56), en su estudio Determinante de la salud en adultos mayores con diabetes, hipertensión A.H. Villa España – Chimbote 2012 con una muestra de 80 adultos

mayores, los resultados con respecto a la vivienda , el 62.5 % tienen vivienda unifamiliar , el 100 % tienen vivienda propia, el 90 % tienen piso de tierra, el 61.25 % tienen techo de material noble , el 91.25 % tienen paredes de material noble, el 70 % duermen en una habitación de 2 a 3 miembros , el 90 % dispone su basura en carro recolector, y el 98.75 % indica que el carro recolector recoge su basura toda la semana pero no diariamente.

También difieren con los encontrados por Neyra E (57), en su estudio Determinantes de la salud en gestantes adultas con desnutrición del puesto de salud la Unión Chimbote-2012, con una muestra de 80 gestantes adultas, donde el 70 % de las gestantes tienen vivienda unifamiliar, el 81.25 % tienen vivienda propia, el 53.75 predomina material de piso tierra, el 36.75 % tienen el techo de material noble, el 53.75 % tienen habitaciones independientes. El 65 % tienen conexión domiciliaria. El 61.25 % tienen baño propio, el 73.75 % utiliza gas para cocinar, el 86.25 % tienen energía eléctrica permanente.

En la presente investigación realizada a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico según los resultados lo que predomina son las viviendas propias con techo y paredes de material noble, la mayoría refiere tener habitaciones independientes y que cuentan con servicios básicos, energía eléctrica permanente y desechan la basura en el carro recolector.

La vivienda es el entorno físico psicosocial en el que habita e interactúa una persona que en condiciones deficientes con un nivel escaso de servicios influyen

sobre la salud física y mental de los individuos, una condición muy común y negativa es el hacinamiento que a largo plazo puede causar estrés, transmisión de enfermedades físicas y aparición de enfermedades mentales debido a la proximidad física que existe entre las personas (58).

Para que la vivienda responda a sus funciones debe cumplir con un mínimo de requisitos materiales y de acceso a redes de servicios básicos e infraestructura de equipamiento continuo, a nivel social el parque habitacional debe permitir a cada familia satisfacer estas necesidades en condiciones mínimas y no menos importante, con autonomía residencial. Lo que implica que cada hogar requiere una vivienda independiente (58).

La OMS y OPS expresan que la vivienda es el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones para el individuo y la familia: proteger de las inclemencias del clima, garantizar, protección y promover el desarrollo equilibrado de la vida familiar (59).

La vivienda está íntimamente relacionada con la salud. Su estructura y ubicación, sus servicios, entorno y usos tienen enormes repercusiones sobre el bienestar físico, mental y social. Las viviendas deficientes y mal utilizadas no brindan defensa adecuada contra la muerte, las enfermedades y los accidentes e incluso aumentan la vulnerabilidad ante ellos. En cambio, las buenas condiciones de alojamiento no sólo protegen contra los riesgos sanitarios, sino

que promueven la salud física, la productividad económica y el bienestar psíquico (60).

Según la literatura el acceso a los servicios de agua potable y saneamiento es una necesidad básica humana y como tal es considerado un derecho fundamental, consagrado en el Art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de Naciones Unidas, de diciembre de 1948, junto con otros servicios sociales necesarios para asegurar a las personas y familias un nivel de vida adecuado y digno (61).

El consumo de agua no potable y la falta de acceso a sistemas sanitarios son una causa fundamental de enfermedades como la diarrea y otras. Se estima que a nivel mundial 1.8 millones de niños mueren al año como consecuencia de estas enfermedades de origen hídrico, siendo la segunda mayor causa de la mortalidad infantil. En América Latina el 4,9% de las muertes de niños de menos de cinco años se debe a la diarrea aguda. Son muchos los factores del ambiente doméstico que influyen negativamente en la salud como falta de acceso al agua potable, saneamiento básico insuficiente en el hogar y la comunidad, hacinamiento todo ello predispone a las enfermedades respiratorias, infecciones gastrointestinales, alergia a la piel y contagio de enfermedades (61).

La eliminación higiénica de las excretas reduce la transmisión fecal-oral de enfermedades y la reproducción de insectos vectores. Una de las vías principales

de contaminación biológica del agua, los alimentos y el suelo son las heces humanas. La contaminación puede producirse cerca de las casas, cuando la gente defeca en el suelo o en terrenos dedicados al cultivo de productos alimenticios o cuando las letrinas están mal situadas en relación con los pozos, construidas en suelo carente del necesario drenaje o mal conservadas. Estos riesgos son más mayores cuando hay hacinamiento, ya sea en barrios, asentamientos o campamentos temporales donde no haya servicios de eliminación de excretas, sean insuficientes o se encuentren en mal estado de conservación. (62).

La eliminación adecuada de los desechos sólidos domésticos reduce los riesgos para la salud y crea un entorno más agradable para la vida; la utilización de métodos apropiados de almacenamiento y eliminación es desfavorable a los insectos y roedores vectores de enfermedades y protege a las personas contra las sustancias venenosas y los objetos que pueden causar traumatismos accidentales (63).

Por lo tanto los determinantes en relación a la vivienda adecuada contribuyen al desarrollo social y psicológico de los adultos y reduce al mínimo los factores de contraer enfermedades, estrés psicológico y social favoreciendo la salud de la persona.

Tabla n° 3: Del 100 % (249) el 41% no fuman, el 51 % consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 81.12 % duerme de 6 a 8 horas, el 62.26 % se baña a diario, el 59.84 % no se realiza ningún examen médico, el 53.41 % no realiza ningún tipo de actividad física durante más de 20 minutos.

Con respecto a los alimentos del 100 % el 79.1 % come pan cereales a diario, el 83.1 % comen fideos todos los días, el 55.8 % comen frutas todos los días, el 10.4 % casi nunca comen pescado, el 15.6 % lácteos 1 o 2 veces a la semana

Los resultados del presente estudio coinciden con los encontrados por Urieta I (64), en su estudio consumo de alimentos e ingesta de energía y nutrientes en adultos residentes en Vizcaya: condicionantes antropométricos y sociodemográficos. Madrid- 2004, donde según los resultados de la encuesta alimentaria de la ciudad de Alicante ponen en manifiesto un elevada ingesta de proteínas e hidratos de carbono en un 42%, y un bajo consumo de verduras, hortalizas, cereales y legumbres.

Así mismo los resultados también coinciden con los encontrados por Florencia, M (65), En su estudio hábitos alimenticios en mujeres adultas mayores que realizan aquagyn en la ciudad de Rosario, Marzo-2011. Donde se identificó que la alimentación de las mujeres adultas mayores es bajo consumo de lácteos, carnes, frutas, verdura y un alto consumo de alimentos fritos.

Los resultados del presente estudio difieren con los encontrados por Sedo P (66), en su estudio la atención nutricional y la promoción del bienestar del adulto mayor., donde un estudio realizado a los adultos costarricenses entre 40 y 69 años de edad determino un alto consumo de grasas saturadas.

Los resultados también difieren con los encontrados por Sayón M (67), en su estudio factores de riesgo asociados con la incidencia de sobrepeso/obesidad en la cohorte San, Pamplona 2012. Donde señala que 88 % de la población español ha tomado alguna vez siendo el consumo más entendido en hombres que en mujeres.

En la presente investigación realizada a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico según los resultados se encontró que menos de la mitad no fuman , un porcentaje significativo que la población duermen de 6 a 8 horas , más de la mitad de la población no se realiza ningún tipo de examen médico y no realiza actividad física , y más de la mitad consumen fideos , pan cereales todos los días.

Por ello Estilo de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianas que realizan las personas, están determinados por proceso sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar la calidad de vida. La OMS define estilo de vida como "la percepción

que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes (68).

El ser humano, como todo ser vivo, necesita materiales con los que construir o reparar su propio organismo, energía para hacerlo funcionar, y reguladores que controlen ese proceso. Para conseguirlo debe proporcionar a su cuerpo las sustancias requeridas, lo que se hace posible mediante la alimentación. La alimentación es el conjunto de acciones que permiten introducir en el organismo humano los alimentos, o fuentes de las materias primas que precisa obtener, para llevar a cabo sus funciones vitales. Una alimentación inadecuada, con excesos o carencias, y el sedentarismo, se relacionan con numerosas enfermedades de elevada prevalencia y mortalidad en el mundo y están íntimamente relacionados con la longevidad, la calidad de vida y el desarrollo (69).

El consumo de tabaco es un grave factor de riesgo para la salud, es la mayor causa de mortalidad prevenible en el mundo actual, ya que es responsable de unos 5,5 millones de muertes anuales, en la actualidad fuma aproximadamente un sexto de la población mundial. Dada su toxicidad y extensión, el consumo de tabaco constituye el principal problema de salud pública de la mayor parte de los países desarrollados. Que produce dependencia física y psicológica como también un gran número de enfermedades respiratorias y cardíacas. El consumo del tabaco y sus sustancias tóxicas comienzan con sensaciones desagradables

como los vómitos, náuseas, luego de un tiempo los fumadores encuentran placer por su sabor siendo estos los efectos que produce la nicotina que genera adicción física y psíquica (70).

La inactividad física se debe principalmente al estilo de vida sedentario predominando en casi todas las zonas urbanas en el mundo, y sigue siendo una de las diez causas que conducen a la mortalidad y la discapacidad provocando que un gran número de personas (por encima del 60% de la población) de todas las edades, varones y mujeres, tengan un bajo nivel de salud. Se ha observado que en presencia de inactividad física el riesgo de enfermedad cardiovascular se duplica, la aparición de diabetes mellitus tipo 2 es mayor, la presencia de obesidad se incrementa, la posibilidad de aparición de la osteoporosis aumenta, se eleva el riesgo de padecer depresión y ansiedad, entre otras patologías (71).

Los niveles de inactividad física han aumentado en todo el mundo. A nivel mundial, aproximadamente el 31% de los adultos de 15 años y más no se mantenían suficientemente activos en 2008. En los países de ingresos altos, el 41% de los hombres y el 48% de las mujeres no tenían un nivel suficiente de actividad física, en comparación con el 18% de los hombres y el 21% de las mujeres en los países de ingresos bajos. El descenso de la actividad física se debe parcialmente a la inacción durante el tiempo de ocio y al sedentarismo en el trabajo en el hogar. Del mismo modo, un aumento del uso de modos «pasivos» de transporte también contribuye a la inactividad física (71).

La OMS define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas. La actividad física regular de intensidad moderada como caminar, montar en bicicleta o hacer deporte tiene considerables beneficios para la salud y se asocia a menor riesgo de enfermedad cardiovascular, coronaria, accidente cerebrovascular y mortalidad cardiovascular. (72).

Dormir implica estar en un estado de reposo en el cual queda totalmente suspendida cualquier actividad consciente y todo movimiento voluntario, el dormir las horas adecuadas resulta indispensables para mejorar la calidad de vida de los seres humanos ya que permanecer sin descanso durante varias horas seguidas es perjudicial para la salud. Las consecuencias al no dormir bien pueden ser muy variadas: estrés, ansiedad, cansancio, somnolencia y cansancio durante el día, poca capacidad para concentrarse, lentitud de respuesta, falta de reflejos, etc. (73).

Lo más valioso para un ser humano es su salud, por ello, cuidarla y prevenir cualquier enfermedad debe de ser una prioridad. Un diagnóstico preventivo es la mejor manera de lograrlo ya que identifica de manera temprana datos que orientan o indican la posibilidad de que se puedan presentar enfermedades en el futuro. Un Diagnóstico consiste en realizar una serie de Exámenes Clínicos

Médicos, que permitan conocer el estado de salud de un individuo en forma integral con el fin de establecer: La detección temprana de enfermedades, identificación de factores de riesgo para el desarrollo a futuro de enfermedades crónico degenerativa y la medidas necesarias para mantener y mejorar la calidad de vida (74).

Por lo tanto estilos de vida saludable son todas aquellas conductas que inciden positivamente en el bienestar físico, mental y social de la persona, como son la alimentación, el descanso, la higiene corporal y la práctica de actividad física correctamente planificada que ayudan a gozar de un buen estado de salud y prevenir enfermedades. Un estilo de vida saludable puede reducir significativamente el riesgo de sufrir de una enfermedad cardíaca en un 80%. Las personas con estilos de vida saludable se caracterizan por conocer su estado físico, practicar deportes, usar cinturones de seguridad, no fumar y no beber en exceso (75).

Tabla 4, 5, 6: Del 100 %, el 40.6 % se atendieron en un puesto de salud, el 38.95 % considera que está lejos de su casa, el 52.21 % tiene SIS, el 47.79 % refiere que el tiempo que espero para que lo atendieran fue regular, el 59.84 % considera que la calidad de atención fue regular, el 62.25 % afirma que existe pandillaje cerca de su casa. El 95. 98 % no recibe ningún tipo de apoyo de familiares, amigos, el 100 % no recibe apoyo organizado.

Los resultados del presente estudio coinciden con los encontrados por Portocarrero, A (76), en su estudio “Apurímac: hacia el aseguramiento público en salud la implementación del Seguro Integral de Salud en Apurímac 2007 – 2010”, donde manifiesta que el 58.8 % de los pacientes piensa que la calidad de atención es regular.

Así mismo coinciden con los resultados por Rory, O'Connor (77), investigador de la institución escocesa refiere los resultados muestran que el 60 % de las personas que luchan contra pensamientos o conductas suicidas no reciben ningún tipo de ayuda.

Estos resultados difieren con los encontrados por Gonzales, A (78), en su estudio percepción del apoyo familiar por el adulto con diabetes Monterrey 1995. Donde del apoyo familiar se valoró el apoyo material que percibe el paciente, siendo el 57 % siempre le compran medicamentos, el 42 % le compran sus alimentos y el 43 % le pagan sus exámenes de laboratorio.

También difieren con los resultados encontrados por Espín, A (79), en su estudio “Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Ciudad de la habana. 2003-2009”. Donde menciona que la encuesta salud bienestar y envejecimiento (SABE) realizada en países en vías de desarrollo muestra una alta proporción de personas

mayores que reciben apoyo familiar alcanzando una cifra de un 93 % en la ciudad de la habana.

Los resultados también difieren a los encontrados por Quintana F, Dávila J (80), en su estudio trabajo del curso de evaluación de políticas sociales en el Perú 2011 economías -UNAS, donde afirma que el 50 % de la población recibe apoyo del programa de vaso de leche.

En la presente investigación realizada a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico en relación a los determinantes de redes sociales y comunitarias se encontró que un porcentaje significativo de la población refiere que la atención y el tiempo de espera para ser atendido fue regular, más de la mitad de la población tienen SIS, afirma que existe pandillaje cerca de su casa y la mayoría no recibe apoyo social, los cual indica que son factores de riesgo para la salud la población adulta .

La calidad es definida como una filosofía entendida como un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo, de alto valor agregado que superen las necesidades y expectativas del cliente y la comunidad en la cobertura, satisfaciendo sus necesidades de manera completa. La satisfacción del usuario depende no solo de los servicios sino también de sus expectativas, la calidad implica constancia de propósito y consistencia en las necesidades del paciente (81).

El tiempo de espera de los adultos es regular siendo este uno de los componentes de la insatisfacción dentro de la institución prestadora de salud, las instituciones de salud definen el tiempo de espera para recibir atención como aquel que transcurre desde la hora de la cita programada o de la solicitud de atención por el usuario, hasta que es atendido por el médico del servicio. El tiempo de espera del paciente, es un indicador importante de la eficiencia del servicio, ya que el tiempo de espera prolongado es un causal de discomfort y malestar de la persona, ocasionándoles problemas tipo socioeconómico, desatención familiar, horas de trabajo perdidas, alteraciones de la conducta, haciendo que la persona se aleje y jamás regrese a la institución (82).

La Organización Mundial de la Salud, señala que un Sistema de Salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de la población. . Un buen Sistema de Salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible, es por ello que merece ser evaluado desde la perspectiva de los usuarios y sus familiares (83).

El seguro integral de salud SIS es un organismo público ejecutor que tienen como misión administrar los fondos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud individual de sus asegurados de conformidad con la política del sector, garantizando la atención de las personas en situación de pobreza y pobreza extrema, para dicho fin el SIS realiza transferencias

financieras a los establecimientos de salud pública adscritos al Minsa con el fin de que brinden atención gratuita a los asegurados del SIS (83).

El objetivo del Seguro Integral de salud es proteger a la población que no cuenta con ningún seguro y así constituirse en la principal herramienta para eliminar las barreras que impiden a los más pobres a acceder a los servicios de salud. La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención Suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios (84).

El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. La OMS establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Por ello el derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible, condiciones que incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud (85).

La presencia de pandillaje en el A.H. Golfo Pérsico es considerada como una fuente de inseguridad en especial para aquellos que se encuentran en situación de riesgo, pobreza y exclusión. Una pandilla es una agrupación de

jóvenes que demuestran violencia, robo, vandalismo; los denominados pandilleros han construidos de manera informal un estilo propios de vida que es la incorporación de elementos del ámbito delincuenciales, tienen un líder, manejan una serie de reglas y normas aceptadas, condena la traición, expresan una imagen peculiar a través de su forma de vestir, sus lenguajes y sus gestos por todo esto el pandillaje se convierte en un factor de riesgo para la tranquilidad y salud de los adultos. (86).

Las redes de apoyo social constituyen un elemento de protección, son transacciones interpersonales que implican afecto, ayuda, constituyen un flujo de intercambio de recursos, acciones ante el declive funcional, cumplen un papel protector, previenen enfermedades y mantienen un estado adecuado de salud y de bienestar familiar en el cual los adultos en su gran mayoría no cuentan con apoyo social y más un natural por parte de sus familiares. El contar con una red social débil puede limitar las oportunidades económicas, el contacto con otras personas y en última instancia provocar sentimientos de aislamiento (87).

Durante la vejez las necesidades de apoyo aumentan es sumamente reconfortante para la población adulta mayor. A medida que avanza la edad, la persona adulta mayor requiere asistencia que compense las limitaciones crónicas propias del envejecimiento y la posible disminución de los ingresos. Las personas adultas mayores cumplen papeles en momentos significativos. Son y

pueden ser participantes activas en la propuesta, el desarrollo, la organización y la evaluación de las redes sociales (88).

Apoyo Familiar es el Conjunto de acciones e intenciones que la persona ejerce a favor de su familiar donde se constituyen fuentes de apoyo importantes, estableciendo intereses comunes y actividades compartidas, la familia sigue siendo la principal fuente de sostén para los adultos de edad avanzada, la importancia del apoyo social radica y puede influir positivamente, y de forma directa, sobre la salud y el bienestar en la medida que contribuye a satisfacer necesidades humanas como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima y afecto. En este sentido, los efectos positivos de apoyo social sobre la salud pueden compensar los negativos del estrés y brindar mayor soporte. Es así que la pérdida o ausencia de apoyo especialmente por parte de la familia, asociada a las diferentes fuentes de estrés que pueden presentarse en la vida de la persona como una enfermedad, minusvalía, pérdida de un ser querido, cambios de rol, etc., pueden interactúan, potenciándose y creando un alto nivel de vulnerabilidad individual (89).

Por otra parte los programas sociales como parte esencial de las políticas públicas, permiten ejecutar las decisiones programadas y diseñadas por el Estado. En tal sentido, este a través de sus diferentes instancias desarrolla programas de atención en los distintos sectores de la población (salud, educación, vivienda y alimentación El programa del vaso de leche es un

programa social creado para proveer apoyo en la alimentación a través de la entrega de una ración diaria de alimentos a una población considerada vulnerable, con el propósito de ayudarla a superar la inseguridad alimentaria (90).

El programa de comedores populares, está orientado hacia los individuos de bajos recursos económicos brindando una alimentación balanceada, con este programa las personas pueden obtener mejor calidad de vida. Según el Instituto Nacional de Nutrición (INN ,1984) define el “comedor popular como un establecimiento abierto a todo tipo de público cuyo objetivo primordial es suministrar una alimentación balanceada a bajo precio e impartir educación nutricional a las personas o institución que así lo requiera . Por lo tanto los programas de alimentación-nutrición son verdaderamente importantes, puesto que su función es aliviar y reducir la pobreza mejorando la calidad de vida de las personas (91).

Por lo tanto las variables de determinante de redes sociales son un factor de riesgo para la salud del adulto puesto que muchos no cuentan con un seguro integral, no reciben apoyo de ninguna organización y están expuesto al vandalismo ocasionado por el pandillaje lo cual perjudica el desarrollo adecuado de su salud.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- ♣ Más de la mitad de la población en estudio son de sexo femenino, tienen secundaria completa, trabajo estable, una cifra considerable son adultos maduros, tienen ingreso económico de 1401 a 1800 y ocupación eventual. La gran mayoría de la población tiene vivienda propia, paredes de material noble, piso de cemento, conexión de agua domiciliaria, baño propio, la totalidad cocina con gas, tiene energía eléctrica permanente, desechan su basura en el carro recolector, más de la mitad tienen vivienda unifamiliar, tienen habitación independiente y una cifra considerable tienen vivienda con techo de cemento.

- ♣ Más de la mitad de la población consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, se baña a diario, no realizan ningún examen médico, ni actividad física en las dos últimas semanas, un porcentaje considerable duerme de 6 a 8 horas y menos de la mitad de la población no fuma ni ha fumado antes de manera habitual. Con respecto a los alimentos una cifra considerable de la población consume todos los días fideos, pan, cereales, más de la mitad consume frutas todos los días, y un porcentaje

significativo consume dulces gaseosas, pescado, frituras 3 o más veces por semana.

- ◆ Menos de la mitad de la población se atienden en un puesto de salud, el tiempo que esperan para ser atendido es regular, más de la mitad refiere tener SIS, la calidad de atención fue regular, afirman que si existe pandillaje cerca de su casa, y la gran mayoría refiere que no recibe apoyo de familiares y la totalidad de la población refiere que no reciben ningún tipo de apoyo organizado.

5.2. Recomendaciones

- ♣ Difundir los resultados obtenidos en el lugar donde se ejecutó y en diferentes localidades, a fin de contribuir y enriquecer los conocimientos para mejorar los estilos de vida en los adultos.
- ♣ Hacer llegar los resultados obtenidos de la presente investigación a las autoridades pertinentes con la finalidad de fomentar hábitos saludables en los adultos del asentamiento Humano Golfo Pérsico.
- ♣ Concientizar a las autoridades a que realicen gestiones y coordinaciones con el personal de salud para la realización de campañas de salud para los adultos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev. Cubana. Salud Pública .2004; 30 (3): 13-16
2. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. En Sociología- Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
3. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los Determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: PS; 2006.
4. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
5. 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. [Citado 2009 feb. 01].
6. 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
7. Gonzalo Valdivia Cabrera. Aspectos de la situación de salud del adulto en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile; 1994; 23:18-22
8. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302
9. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; 1998.
10. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar, editorial; 2008
11. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
12. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.

13. Corporación Latino barómetro, Informe de Prensa: Latino barómetro 1995-2011, Perú, 2011.
14. Ing. Albañil J. Lineamientos para el desarrollo del distrito de Nuevo Chimbote, Ancash, Perú. [Tesis para optar el título de ingeniero civil] Chimbote-Perú. [Citado 2013 jun. 18]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/148457243/Lineamientos-Nuevo-Chimbote-ANCASH-PERU#scribd>
15. Goncalves 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. Lugar 2003. Nro. 027. 2004.
17. Rodríguez M: Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011
18. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. Universidad Nacional del Santa. Chimbote, Artículo científico; 2008.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
23. 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>.

24. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en [URL:http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnalitic os.pdf](http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnalitic os.pdf).
25. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
26. Pérez Díaz julio. Instituto de economía, geografía y demografía. Centro de ciencias humanas y sociales, grupo de investigación de dinámicas demográficas. CSIC. 2009 disponible en: <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>
27. 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>
28. Eusko Jaurlaritz. 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 1/axzZBVGztID
29. 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). México; 2010. Disponible en:<http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
30. Autor Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008. [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
31. A, En el marco del Fondo de Investigaciones del programa de Mejoramiento de Encuestas y de la Medición de las Condiciones de Vida de los Hogares en el Perú (Programa MECOVI - Perú), Lima, Julio del 2000. Disponible en <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/PRESENTA.htm>

32. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, octubre 2001. Disponible en: http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CST_Salud.pdf
33. Rafael M. Nutrition saludable y prevencion de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consume. Madrid. 1997. Disponible en: http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/recursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_7_36_1.pdf
34. Martos C. Analisis sobre las nuevas formas de comunicacion a traves de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandia. 2010. Disponible en : [//riunet.upv.es/bitstream/handle/1025/9100/An%C3%Allisis%20de%20redes%20sociales.pdf](http://riunet.upv.es/bitstream/handle/1025/9100/An%C3%Allisis%20de%20redes%20sociales.pdf)
35. Sánchez I: “Satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Titulo para optar el grado de médico cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en: <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/tesis/icsa/licenciatura/documento/satisfacion%20de%20los%20servicios%20salud.pdf>
36. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf
37. 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>.
38. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, 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
39. Uchazara M. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del centro Poblado Menor los Palos. Tacna ,2013. [Tesis para Optar el Titulo de Licenciada en Enfermería].Chimbote, Universidad los Ángeles de Chimbote 2013

40. Cabrera, D. Estilos de vida y factores Biosocioculturales de los adultos del caserío de cajapampa- ranarahirca-yungay.2012, [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería].Chimbote, Universidad Los Ángeles de Chimbote 2012
41. Garay, N. Determinantes de la salud en la persona adulta asociación el morro II. Tacna 2013. [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería].Chimbote, Universidad los Ángeles de Chimbote 2013.
42. Villalon, M. Desigualdad en la salud en la población chilena: determinantes socio genéticos” [tesis para optar al grado de magister en salud pública] Santiago 2007.
43. Organización mundial de la salud: Salud de la mujer OMS. 2015 disponible en: http://www.who.int/topics/womens_health/es/.
44. Bermúdez G. Problemas de salud en la adultez [citado 2013 agost. 11] Disponible en: <http://es.slideshare.net/PRINCESSANITA/problemas-de-salud-en-la-aduldez>
45. Vivar A. La salud del adulto : ¿estamos apuntando al blanco correcto?. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna - Vol. 9 N° 3 – 1996. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v09n3/editorial.htm>
46. Gil M, Escobar L. Los determinantes socioeconómicos de la demanda educación superior en España y la movilidad educativa intergeneracional. [Citado 2012 .jun.27]
47. Koller, M. Definicion de educabilidad. [portal de internet].2011. [Citado 2011.jun.25].[Una pantalla]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/defincion/educabilidad>.
48. Fajardo L, calderón R, Gómez E. Los ingresos de las familias de los estratos 1 y 2 de la comuna Diez del municipio de Armedia y su impacto en el consumo de los alimentos de la canasta familiar. Vol. 9 N°14 Bogotá (Colombia) enero junio 2011.
49. Dr. Neffa J. Actividad, trabajo y empleo: algunas reflexiones sobre un tema en debate. 1999, vol. 1, p. 127-162. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.2956/pr.2956.pdf.

50. Del Valle M. Impacto del ajuste de la Remuneración Mínima Vital sobre el empleo y la informalidad. (Marzo 2009) Disponible en: <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Revista-Estudios-Economicos/16/Estudios-Economicos-16-3.pdf>
51. Determinación del Gasto familiar e ingreso familiar, canasta básica de alimentos y líneas de pobreza dirección general de estadística, encuestas y censos Perú. [Citado 2001.oct. 05]. Disponible en : <http://www.cepal.org/deype/mecovi/docs/taller13/16.pdf>
52. Pobreza desigualdad y desarrollo en el Perú. Informe Anual 2008. Disponible en: https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/informe_peru_pobreza.pdf
53. Villalobos L, Talancón R. Educación como factor del desarrollo integral socioeconómico. Julio 2008. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/02/vgpt.htm>.
54. Jiménez, L. Determinantes de la salud en adultos maduros sanos en el A. H. los paisajes Chimbote 2012. [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería].Chimbote, Universidad Los Ángeles de Chimbote 2013.
55. Rosales J. En su investigación Determinantes en la salud en Adultas Jóvenes del P.J. la Victoria-Chimbote, 2013 [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería].Chimbote, Universidad los Ángeles de Chimbote 2013
56. Abanto, A. Determinantes de la Salud en Adultos Mayores con Diabetes, Hipertensión Ah. Villa España – Chimbote 2012. [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería].Chimbote, Universidad los Ángeles de Chimbote 2012.
57. Neira, E. Determinantes de la Salud en Gestantes Adultas con Desnutrición del Puesto de Salud la Unión Chimbote-2012. [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería Chimbote, Universidad los Ángeles de Chimbote 2012
58. Golay C, Özden M. El Derecho A La Vivienda. Una colección del Programa Derechos Humanos del Centro Europa - Tercer Mundo (CETIM). 2011. Disponible en: http://www.parlamento.euskadi.net/pdfs_berriak/4922.pdf

59. Organización mundial de la salud iniciativa regional de vivienda saludable. OMS Julio 2008. Disponible en: <http://www.who.int/indoorair/interventions/antigua03.pdf>
60. Organización Mundial de la salud: “Principios de higienes de la vivienda”. Ginebra 1990. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/eswww/fulltext/vivienda/principi/principi.html>
61. Acceso al agua potable, saneamiento y pobreza presentación al centro global para el desarrollo y la democracia Brasilia, Marzo 2009. Disponible en: http://www.corporacionescenarios.org/zav_admin/spaw/uploads/files/accesoa_laguapotablesaneamientoypobreza.pdf
62. Clasen T, Bostoen K, Schmidt W, Boisson S, Fung I, Jenkins M, Scott B, Sugden S, Cairncross S. Intervenciones para mejorar la eliminación de excretas humanas en la prevención de la diarrea. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010. Disponible en: <http://www.update-software.com/PDF-ES/CD007180.pdf>.
63. Cortinas C. Guía para desarrollar planes de manejo de residuos domésticos en hogares. Abril 2012. Disponible en: <http://relasc.org/docs-anexos/guia-plan-manejo-residuos-domesticos-04-2012.pdf>.
64. Urieta, I. Consumo de alimentos e ingesta de energía y nutrientes en adultos residentes en Vizcaya: condicionantes antropométricos y sociodemográficos. Madrid- 2004, [memoria presentada para el grado de doctor]. Universidad complutense de Madrid -2004
65. Florencia, M. Hábitos alimenticios en mujeres adultas mayores que realizan aquagyn en la ciudad de Rosario, Marzo-2011. [Para obtener el título de licenciada en nutrición]. Marzo -2011.
66. Sedo P. La atención nutricional y la promoción del bienestar del adulto mayor. Escuela de nutrición, universidad de costa rica. [Citado 1994. Dic. 20]. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD021.pdf>
67. Sayón, M. Factores de riesgo asociados con la incidencia de sobrepeso/obesidad en la cohorte San. Universidad de Navarra Pamplona-2012

68. De la Cruz E, Pino J. Estilo de vida relacionado con la salud. Facultad de Ciencias del Deporte – Universidad de Murcia. [Citado 2014.ene. 28]. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6616/1/estilo%20de%20vida%20y%20salud.pdf>
69. Palencia Y. Alimentación y salud claves para una buena alimentación. [Citado 2013.jul. 4]. Disponible en: http://www.unizar.es/med_naturista/Alimentacion%20y%20Salud.pdf
70. Gámez Z. Perfil de tabaquismo de la población de Argentina del Ministerio de Salud de Argentina 2005 [trabajo para optar el título de Medicina]. Argentina: Universidad Nacional de Argentina; 2005
71. Martínez E, López F. Saldarriaga F. Inactividad Física y Ausentismo en el Ámbito Laboral. Rev. Salud pública. 10 (2):227-238, 2008. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n2/v10n2a03.pdf>
72. Vidarte Claros JA, Vélez Álvarez C, Sandoval Cuellar C, Alfonso Mora ML. Actividad Física: Estrategia de Promoción de la Salud. Revista Hacia la Promoción de la Salud 2011; 16202-218. Disponible en <http://www.uniminuto.edu/web/uvd/-/estilos-de-vida-saludables>.
73. De la Cruz E, Pino J. Estilo de vida relacionado con la salud. Facultad de Ciencias del Deporte – Universidad de Murcia. 2009. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6616/1/estilo%20de%20vida%20y%20salud.pdf>.
74. Dr. Guzmán E. importancia de un diagnostico preventivo septiembre 2011. Disponible en: <http://examenmedico.ludi.com.mx/la-importancia-de-un-diagnostico-preventivo.html>
75. Leignadier J, Valderrama G, Vergara I. Estilos de vida saludable y sentido de vida, en estudiantes universitarios. Universidad Católica Santa María La Antigua vicerrectoría de post grado e investigación. [citado 2011 oct. 13]. Disponible: <http://usmapanama.com/wp-content/uploads/2011/10/INFORME-FINAL-ESTILOS-DE-VIDA-SALUDABLES1.pdf>

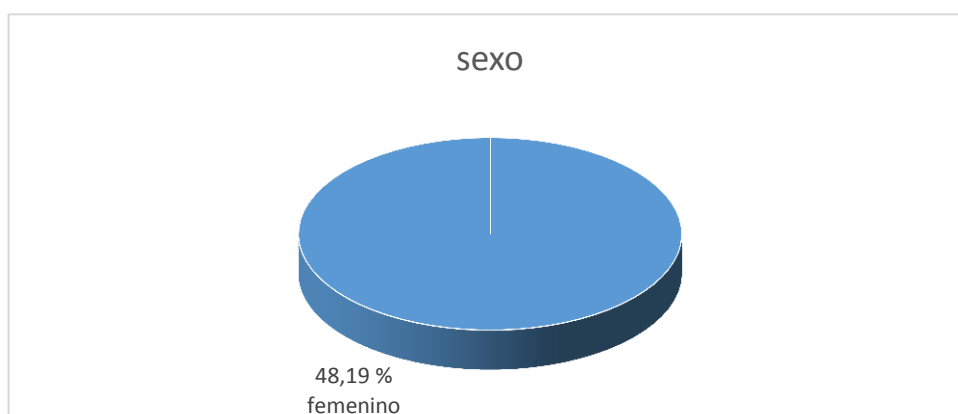
76. Portocarrero, A. “Apurímac: hacia el aseguramiento público en salud La implementación del Seguro Integral de Salud en Apurímac 2007 – 2010”. [Tesis para optar el grado de Magister en Ciencia Política]. Universidad Católica del Perú, Lima -Perú, 2013.
77. Rory, O'Connor, Investigador de la institución escocesa. Octubre 2014. Disponible en: <http://www.agenciasinc.es/Noticias/El-60-de-las-personas-con-pensamientos-suicidas-no-recibe-tratamiento>
78. Gonzales, A. en su estudio percepción del apoyo familiar por el adulto con diabetes Monterrey 1995. [Tesis para el grado de maestría enfermería con especialidad en salud comunitaria]. Monterrey 1995.
79. Espín, A. “Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Ciudad de la habana. 2003-2009”. [Tesis presentada en opción al grado científico de doctor en ciencias de la salud].
80. Quintana F. Dávila J En su estudio trabajo del curso de evaluación de políticas sociales en el Perú 2011 economías -UNA. Tingo María – Perú.
81. Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Revista de Calidad Asistencial. Vol.16, España 2001
82. Maldonado G, Fragoso J, Orrico S, Flores M, Quiroz C, Sandoval A. Tiempo de espera en el primer nivel para la población asegurada por el IMSS 29 de noviembre de 2001. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im025j.pdf>
83. Maya M. Sistemas de servicios de salud. Fundamentos de salud pública tomo II. Medellín, 2003. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia2012/13.pdf>
84. Longaray, C. Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud, Lima-Perú 2010 [Tesis para optar el grado académico de Magister en economía de la salud].
85. Solís R, Sixto E, Sánchez M Carrión. Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de

- la salud en Lima, Perú. Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública. 2009; 26 (2): 7-12.
86. Rosset J. Las pandillas en el Perú. [Citado may. 2010]. Disponible en: aspandillasenelperu.blogspot.com
 87. Murillo González, Ana Cecilia y Gutiérrez, Ilse. Situación de las Redes Sociales de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica. Documento preparado para el Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM. 2008.
 88. Aguaded E, Rodríguez A, Dueñas B. En su estudio la importancia de las redes sociales en el desarrollo de competencias de ciudadanía intercultural de las familias de origen inmigrante y autóctonos. Portuía vol. VIII N °1.2008, 1153, iss N 1578-O236 Universidad de Huelva 2009.
 89. Gonzales, A. en su estudio percepción del apoyo familiar por el adulto con diabetes Monterrey 1995. [Tesis para el grado de maestría enfermería con especialidad en salud comunitaria]. Monterrey 1995.
 90. Bustamante M. Caracterización del programa del vaso de leche. Dirección de General de Asuntos Económicos y Sociales del Ministerio de Economía y Finanzas Lima Febrero del 2003
 91. Sanabria C. Financiamiento de Programas Sociales El Caso del Programa de Comedores Populares en el Perú. Pensamiento Crítico No. 7, pág. 21 – 33. 2014.

ANEXO

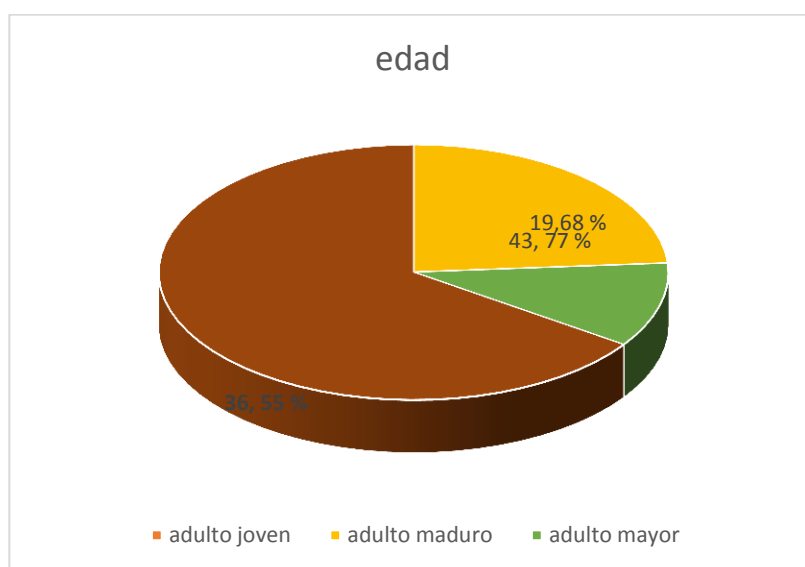
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOSCIOECONÓMICOS

GRÁFICO 1: SEXO



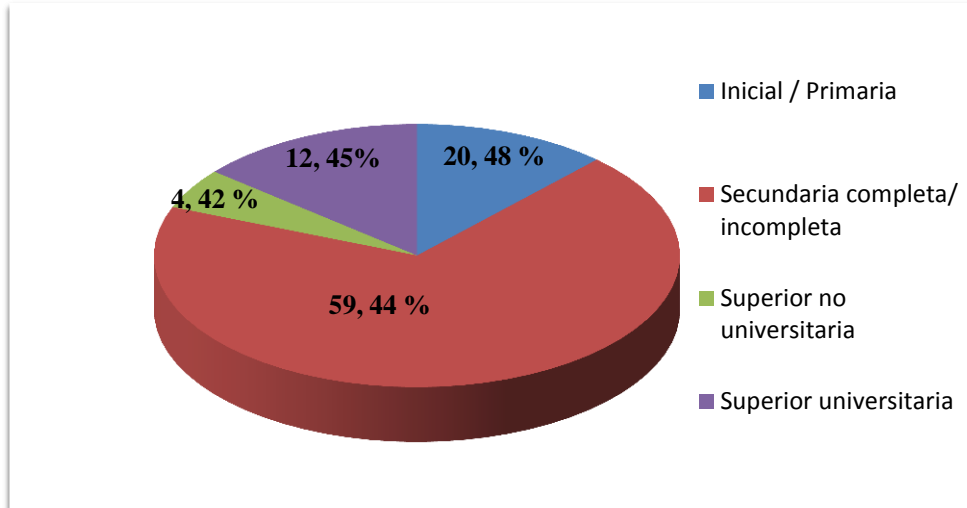
Fuente: Tabla 01: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

GRAFICO 2. EDAD



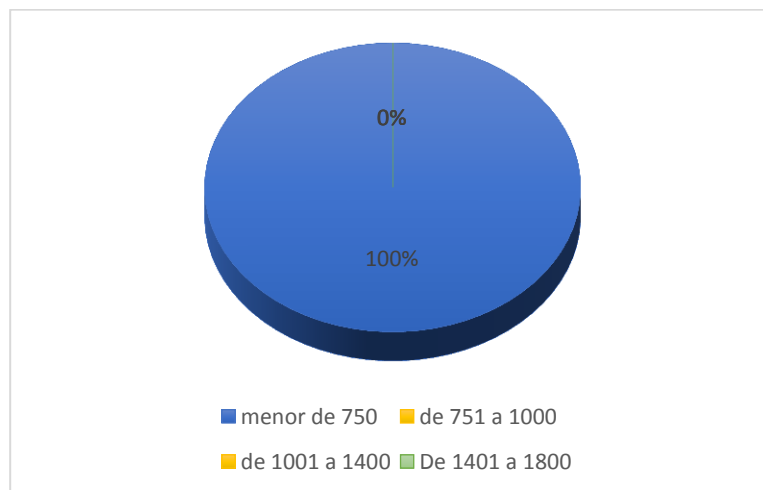
Fuente: Tabla 01: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013

GRÁFICO 3: GRADO DE INSTRUCCIÓN



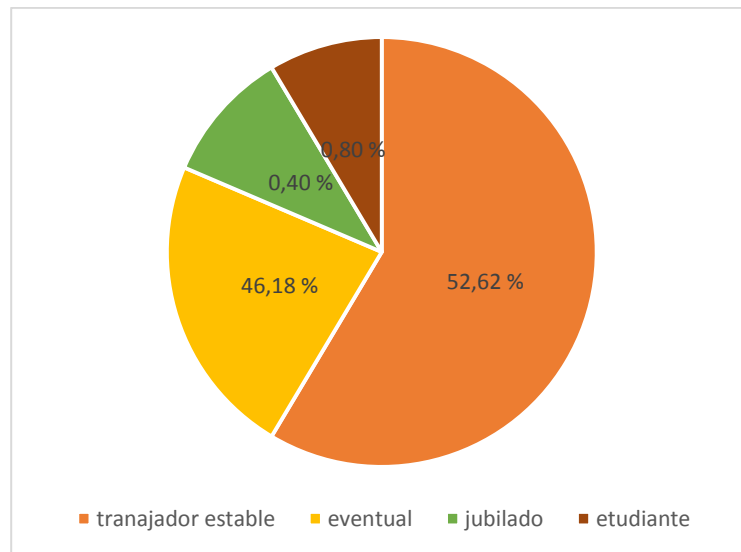
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

GRÁFICO 4: INGRESO ECONÓMICO



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

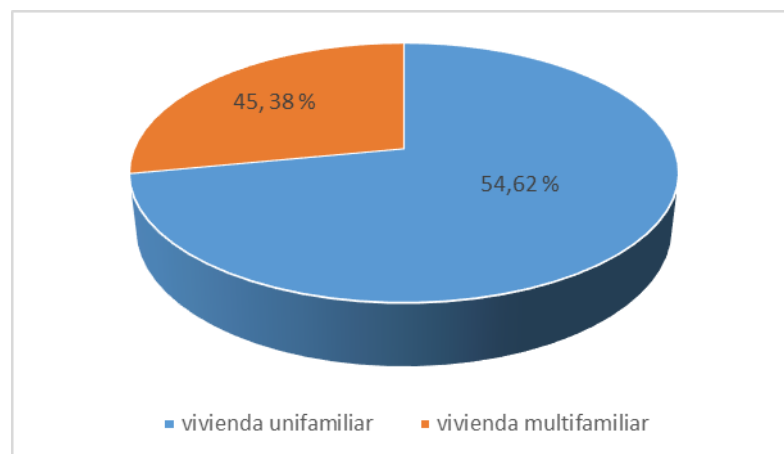
GRÁFICO 5: OCUPACIÓN



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013

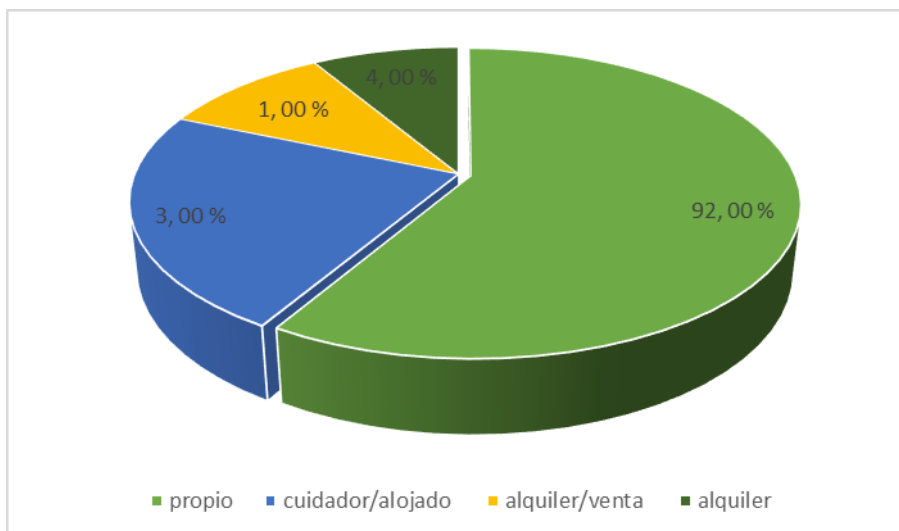
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRÁFICO 6: TIPO DE VIVIENDA



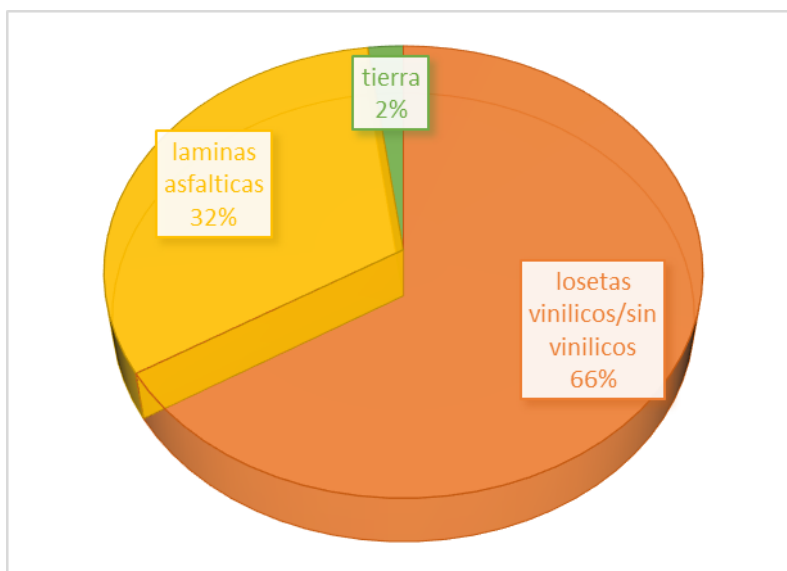
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

GRÁFICO 7: TENENCIA DE LA VIVIENDA



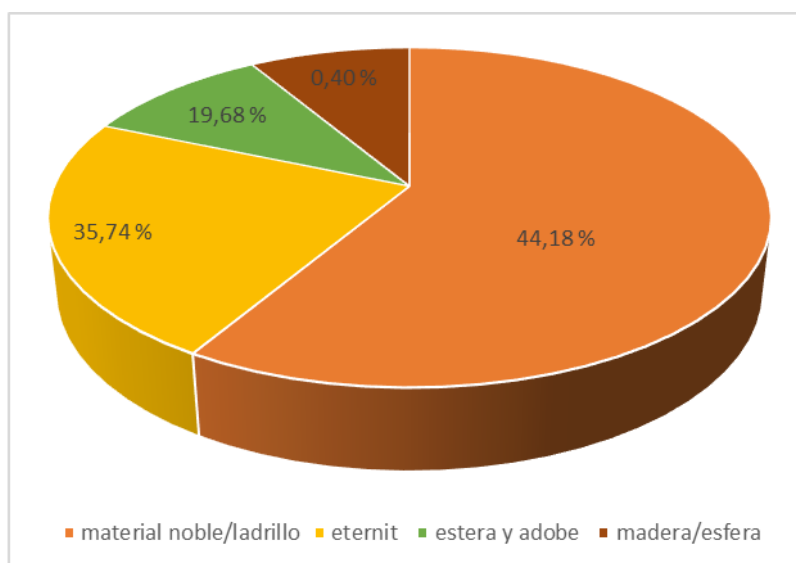
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

GRÁFICO 8: MATERIAL DE PISO



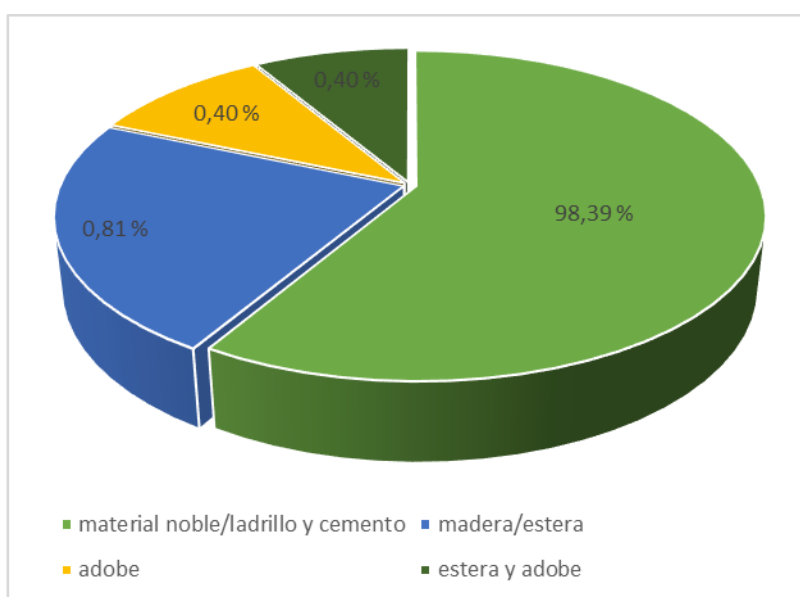
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

GRÁFICO 9: MATERIAL DE TECHO DE LA VIVIENDA



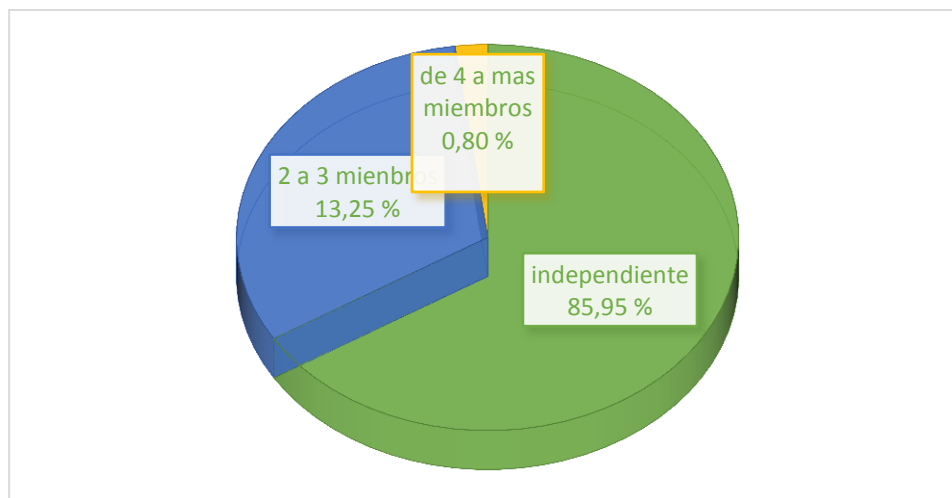
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

GRÁFICO 10: MATERIAL DE PAREDES DE LA VIVIENDA



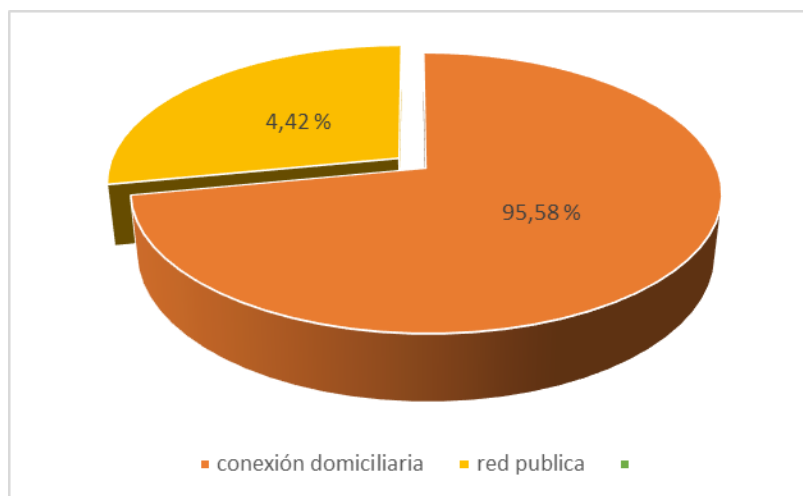
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

GRÁFICO 11: N° DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN



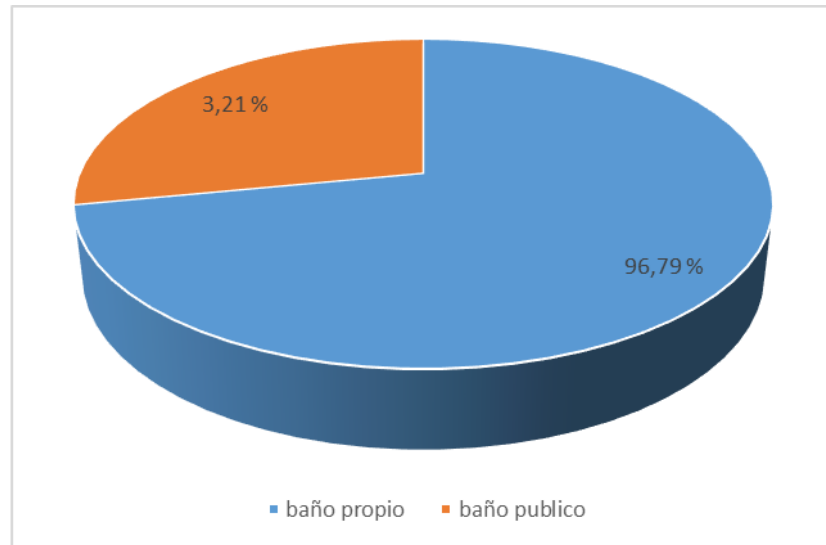
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

GRÁFICO 12: ABASTECIMIENTO DE AGUA



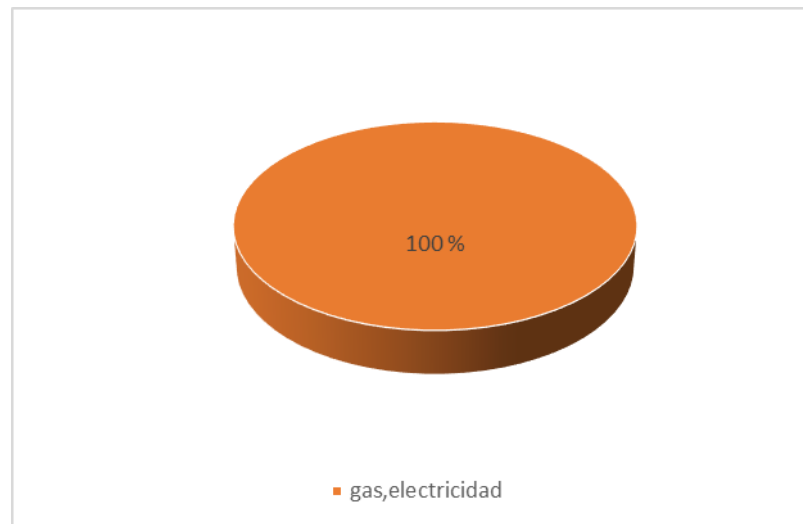
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

GRÁFICO 13: ELIMINACIÓN DE EXCRETAS



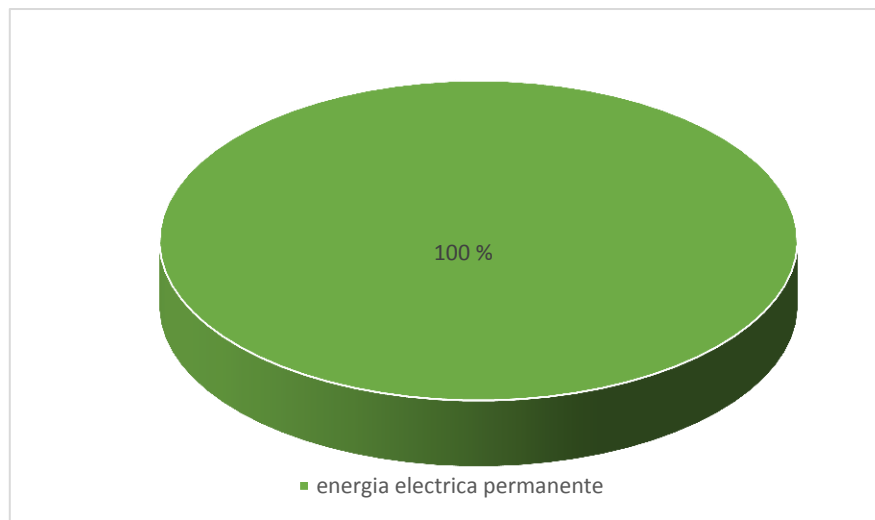
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

GRÁFICO 14: COMBUSTIBLE PARA COCINAR



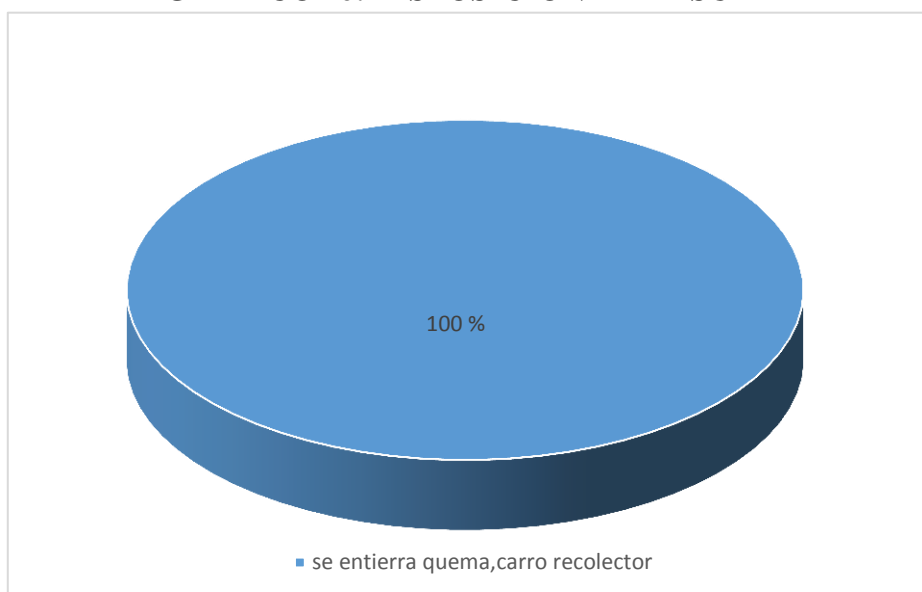
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

GRÁFICO 15: ENERGÍA ELÉCTRICA



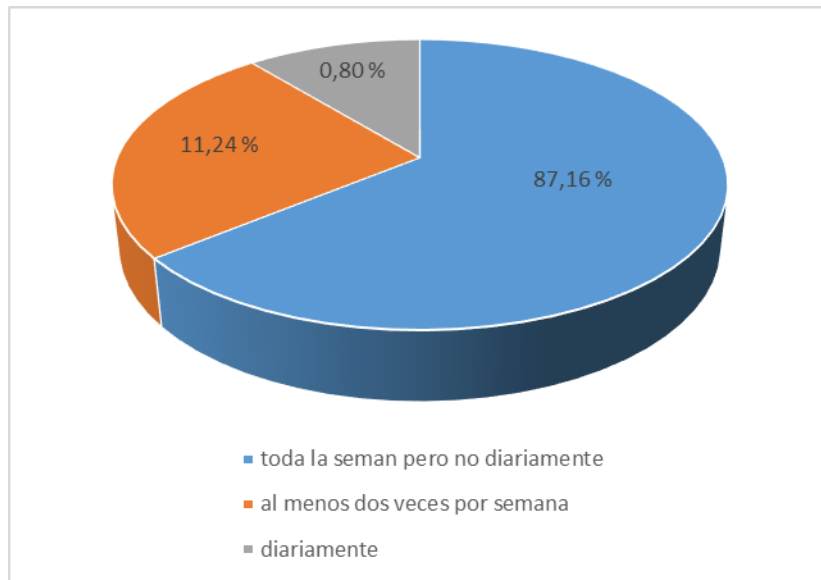
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

GRÁFICO 16: DISPOSICIÓN DE BASURA



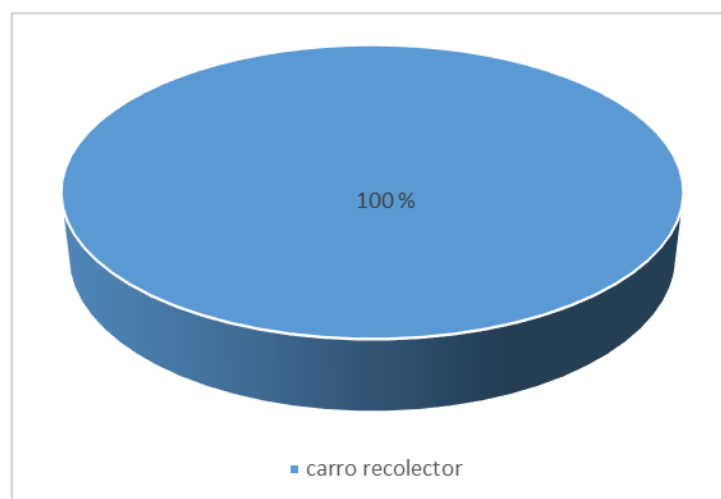
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

GRÁFICO 17: FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA EN LA VIVIENDA



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

GRÁFICO 18: MEDIO COMO SUELEN ELIMINAR LA BASURA



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

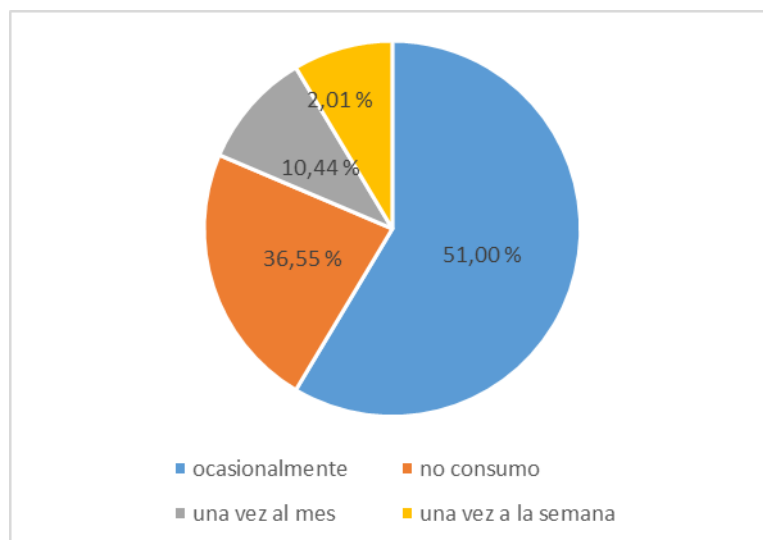
DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA

GRÁFICO 19: FRECUENCIA CON QUE FUMAN



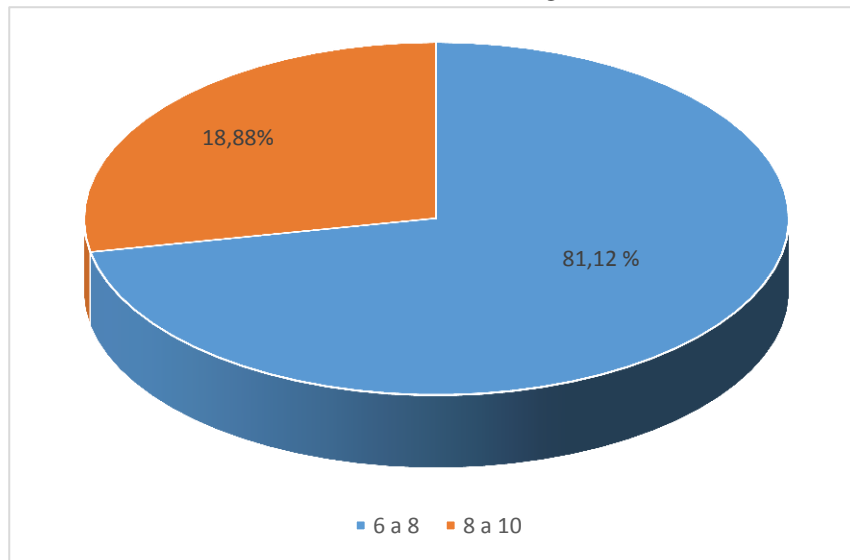
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013

GRÁFICO N° 20: FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS



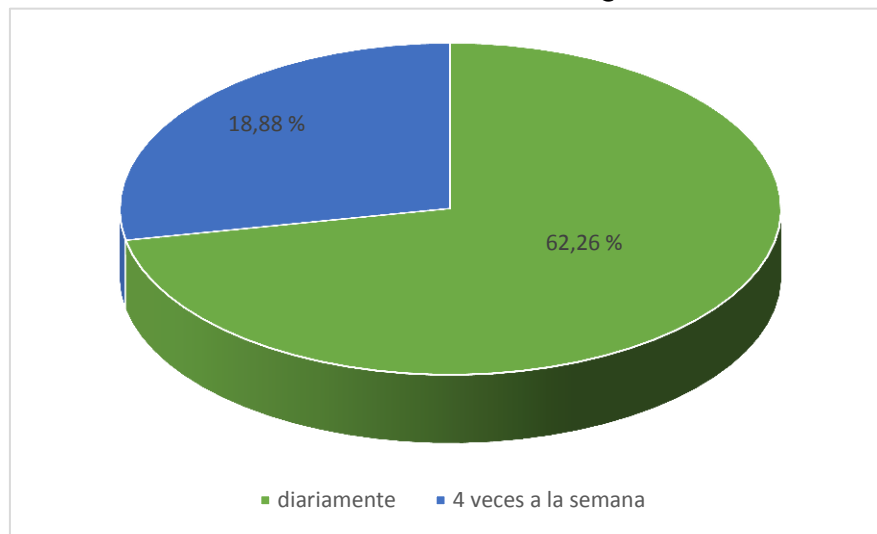
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013

GRÁFICO 21: N° DE HORAS QUE DUERMEN



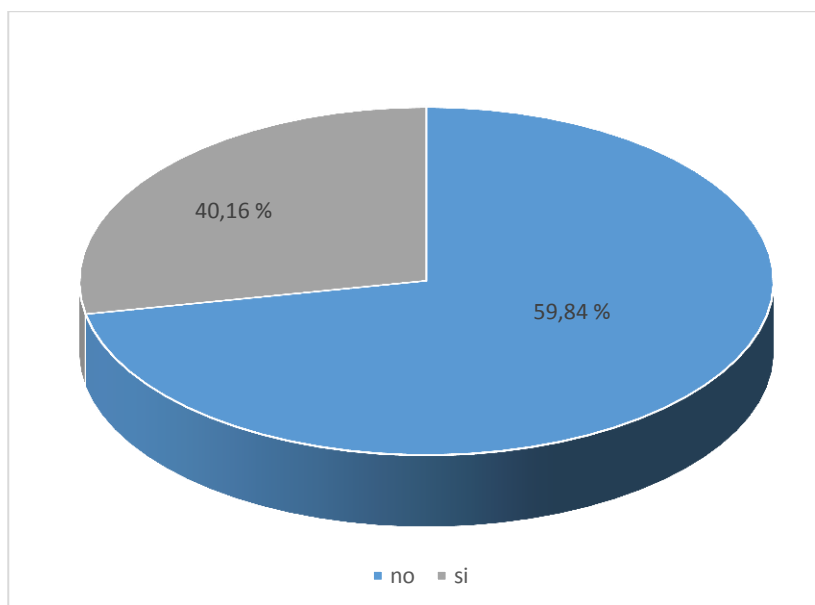
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013

GRÁFICO 22: FRECUENCIA CON QUE SE BAÑAN



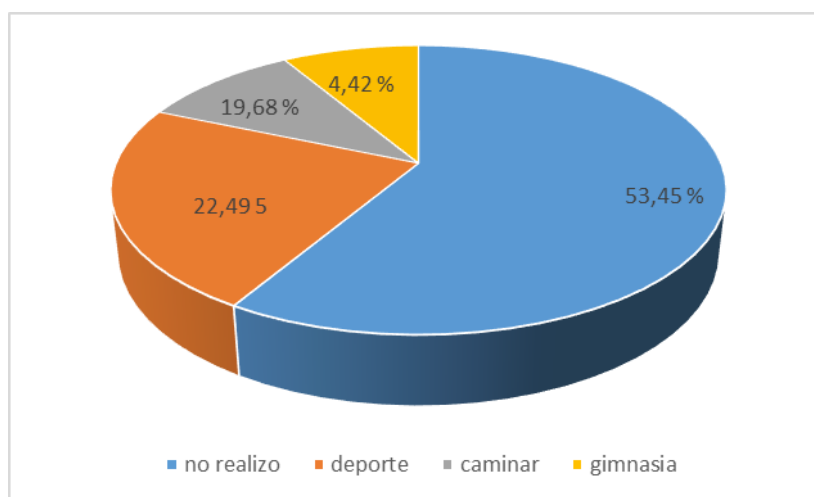
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013

GRÁFICO 23: SE REALIZARON ALGÚN EXÁMEN MÉDICO PERIÓDICO EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD



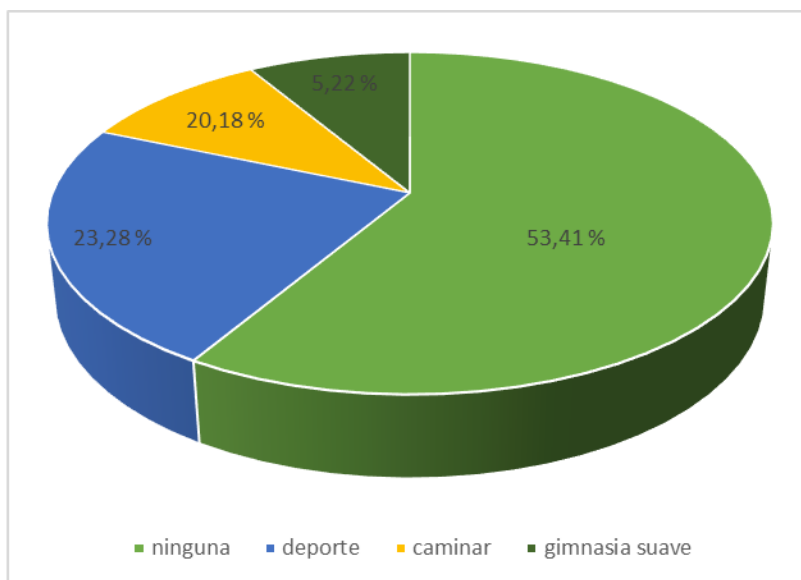
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013

GRÁFICO 24: ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZAN EN SU TIEMPO LIBRE



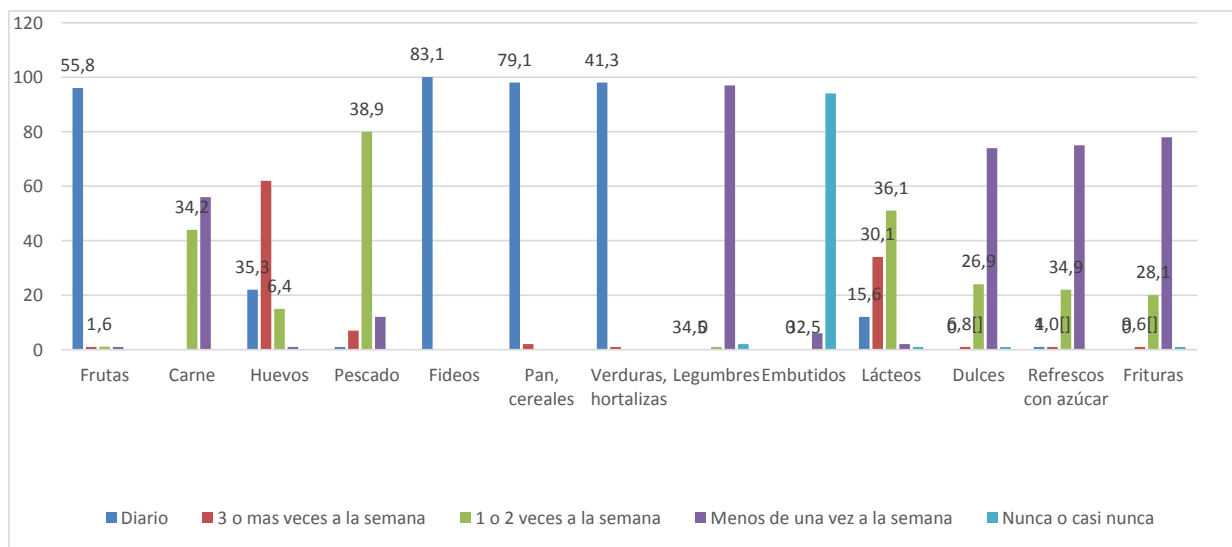
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013

GRÁFICO 25: ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZARON DURANTE 20 MINUTOS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013

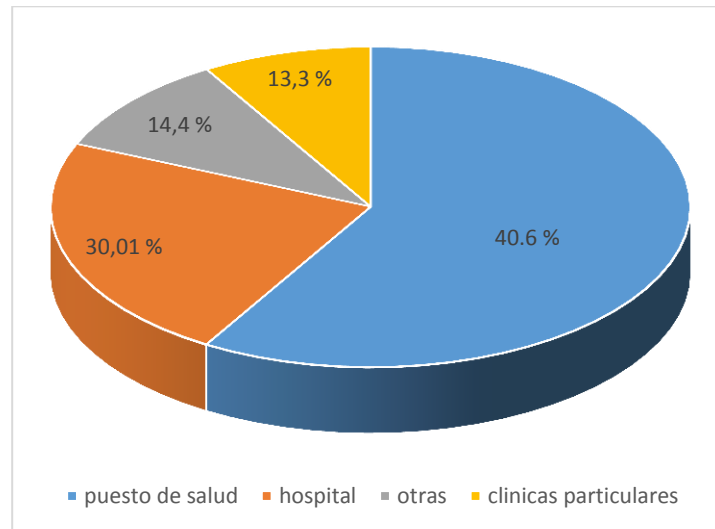
GRÁFICO 26: ALIMENTOS QUE CONSUMEN



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013

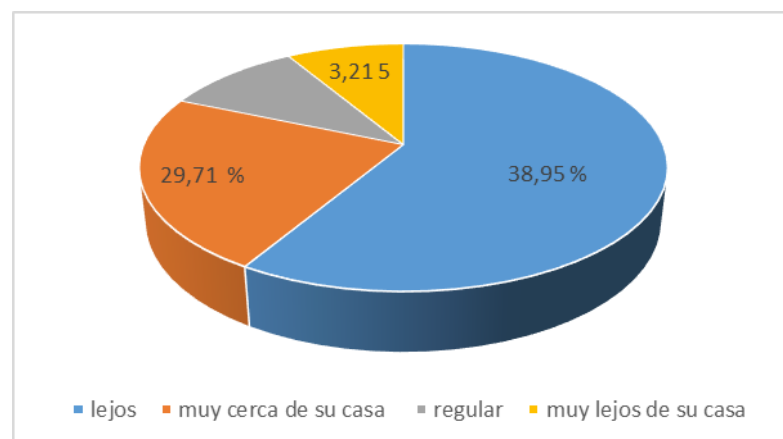
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRÁFICO 27: INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIERON EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES



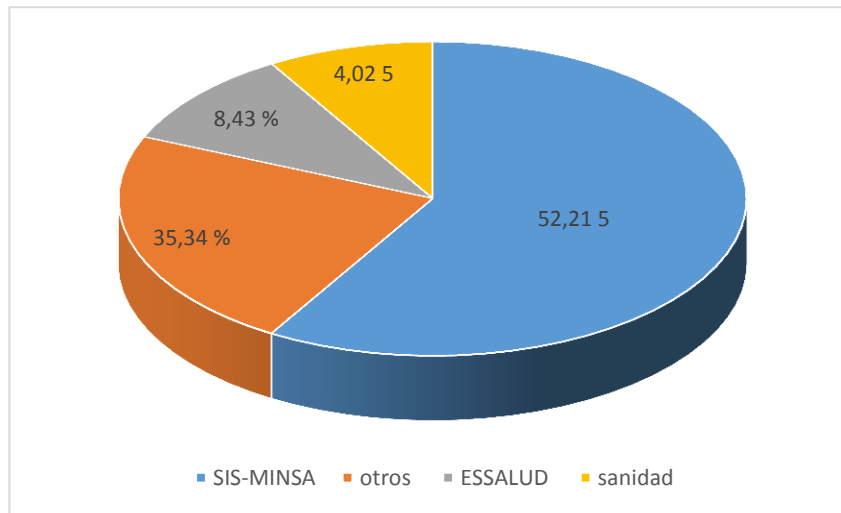
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013

GRÁFICO 28: CERCANÍA DEL LUGAR DONDE SE ATENDIERON



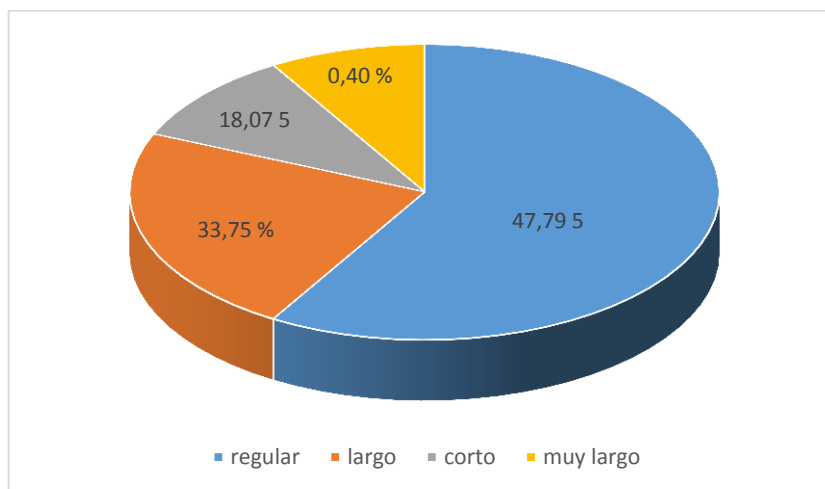
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013

GRÁFICO 29: TIPO DE SEGURO



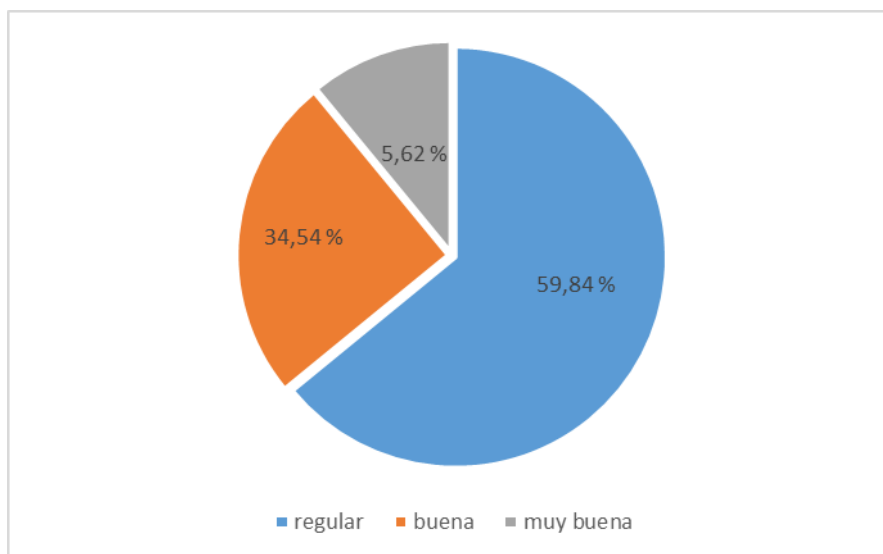
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013.

GRÁFICO 30: TIEMPO QUE ESPERARON PARA QUE ATENDIERAN



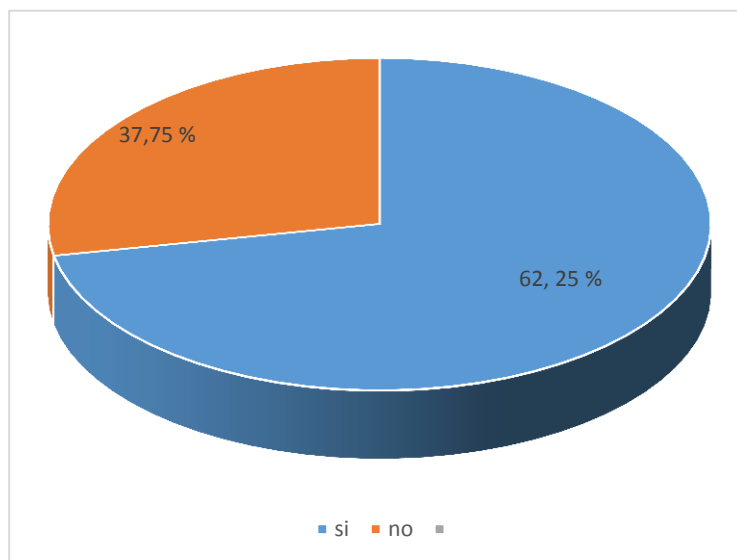
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013

GRÁFICO 31: CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIERON EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD



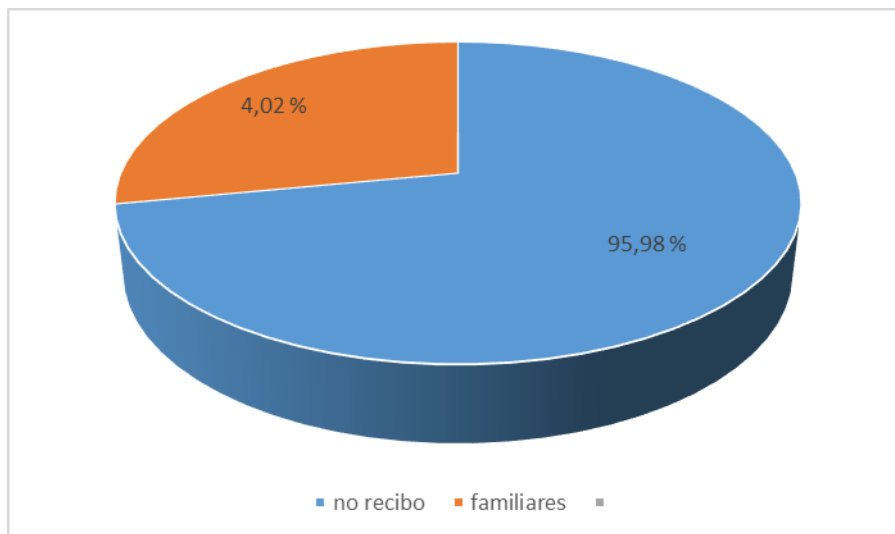
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013

GRÁFICO 32: PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA



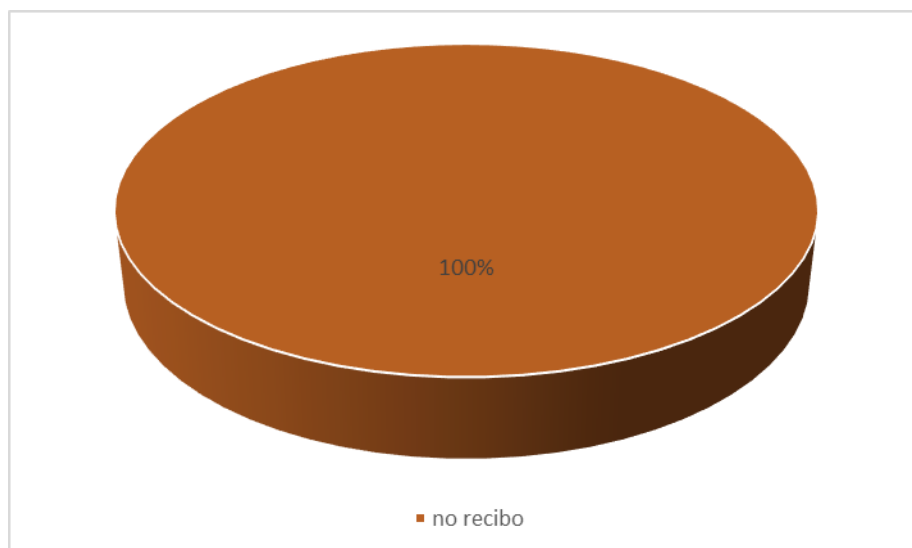
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013

GRÁFICO 33: APOYO SOCIAL NATURAL



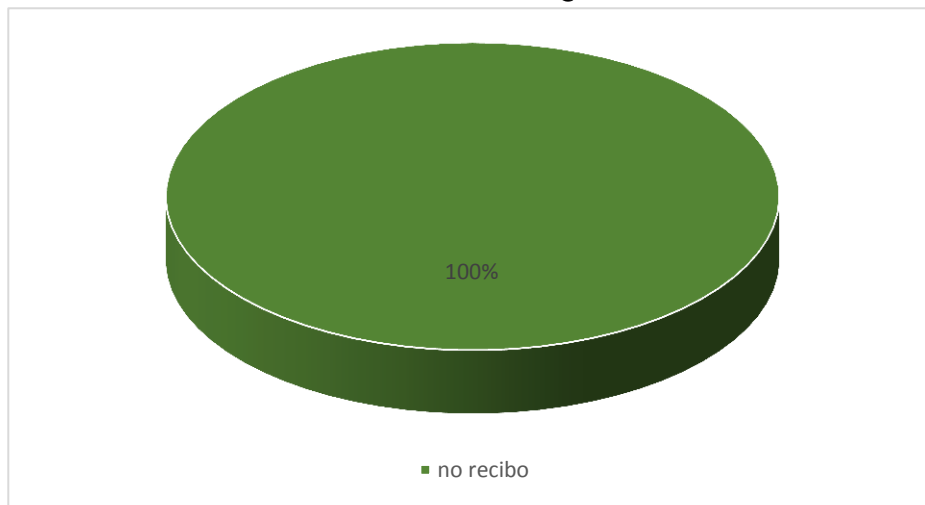
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013

GRÁFICO 34: APOYO SOCIAL ORGANIZADO



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vílchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013

GRÁFICO 35: ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBEN APOYO



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto elaborado por: Vélchez Aplicado a los adultos del Asentamiento Humano Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote, septiembre 2013

ANEXO 1

CÁLCULO DE LA MUESTRA

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

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

Dónde:

n = Tamaño de muestra

N =Tamaño de la población= **2000**

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:

$n =$	$\frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (2000)}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (2000-1)}$
-------	--

$$n = 249$$

ANEXO 2



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DEL
ADULTO. ASENTAMIENTO HUMANO GOLFO PÉRISCO– NUEVO
CHIMBOTE, 2013

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Iniciales del nombre de la persona.....

Dirección.....

DETERMINANTES BIOSOCIOECONÓMICO

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 ()

♣ Inicial/Primaria ()

♣ Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()

♣ Superior universitaria completa/Superior universitario incompleta ()

♣ Superior no universitaria completa/Superior no universitaria incompleta ()

4. **Ingreso económico**

♣ Menor de 750 soles ()

♣ De 751 a 1000 soles ()

♣ De 1001 a 1400 ()

♣ De 1401 a 1800 ()

♣ De 1801 a más ()

5. **Ocupación del jefe de familia:**

- ✦ Trabajo estable ()
- ✦ Eventual ()
- ✦ Sin ocupación ()
- ✦ Jubilado ()
- ✦ Estudiante ()

DETERMINANTES DEL ENTORNO FÍSICO

6. Vivienda

6.1 Tipo:

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

6.2 Tenencia

- ✦ Alquiler
- ✦ Cuidador/alojado ()
- ✦ Plan social ()
- ✦ Alquiler venta ()
- ✦ Propia ()

6.3 Material del piso:

- ✦ Tierra ()
- ✦ Entablado ()
- ✦ Loseta, vinílicos o sin vinílicos ()
- ✦ Láminas asfálticas ()
- ✦ Parquet ()

6.4 Material del techo: ()

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

6.5 Material de las paredes: ()

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

6.6 Personas que duermen en una habitación:

- ✦ 4 a más miembros ()
- ()

- ◆ 2 a 3 miembros
- ◆ Independiente

7. Abastecimiento de agua:

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

8. Eliminación de excreta

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

9. Combustible para cocinar

- ◆ Gas, electricidad ()
- ◆ Leña, carbón ()
- ◆ Bosta ()
- ◆ Tuza (corona de maíz) ()
- ◆ Carca de vaca ()

10. Energía eléctrica

- ◆ Sin energía ()
- ◆ Lámpara ()
- ◆ Grupo electrógeno ()
- ◆ Energía eléctrica temporal ()
- ◆ Energía eléctrica permanente ()
- ◆ Vela ()

11. Disposición de basura

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

12. Frecuencia que pasa recogiendo la basura

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

13. Lugar de eliminación de basura

- ◆ Carro recolector ()
- ◆ Montículo o campo limpio ()
- ◆ Contenedor específicamente de recogido ()
- ()
- ()

- ✦ Vertedor por el fregadero o desagüe
- ✦ Otros

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

- ✦ Diario ()
- ✦ Dos a tres veces por semana ()
- ✦ Una vez a la semana ()
- ✦ Una vez al mes ()
- ✦ Ocasionalmente ()

16. ¿Cuántas horas duerme?

- ✦ 6 a 8 horas ()
- ✦ 8 a 10 horas ()
- ✦ 10 a 12 horas ()

17. ¿Con qué frecuencia se baña?

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

18. ¿Se realiza usted algún examen médico periódico en un establecimiento de salud?

- ✦ Si ()
- ✦ No ()

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

- ✦ Camina ()
- ✦ Deporte ()
- ✦ Gimnasia ()
- ()

- ✦ No realizó

20; En las últimas semanas, que actividad física realizó durante más de 20 minutos

- ✦ Caminar ()
- ✦ Gimnasia suave ()
- ✦ Juegos con poco esfuerzo ()
- ✦ Correr ()
- ✦ Deporte ()
- ✦ Ninguno ()
- ()

DETERMINANTES ALIMENTARIOS

21; 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, papa					
✦ Pan, cereales					
✦ Verduras y hortalizas					
✦ Legumbres					
✦ Embutidos					
✦ Lácteos					
✦ Dulces					
✦ Refrescos con azúcar					

DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22; Recibes algún apoyo social natural?

- ✦ Familiares ()
- ()
- ()
- ()
- ()
- ()

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

23. Recibes algún apoyo social organizado?

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

24. apoyo de algunas organizaciones

- ◆ Pensión 65 ()
- ◆ Comedor popular ()
- ◆ Vaso de leche ()
- ◆ Otros ()

25. ¿En qué institución se atendió en estos últimos 12 meses?

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

26. Considera usted que el lugar donde lo atendieron está?

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

27. ¿Qué tipo de seguro tiene u

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

28. ¿El tiempo de espera para que lo atiendan en el establecimiento de salud, le pareció?

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

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

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

30. ¿Existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa?

- ◆ Si ()
- ◆ No ()

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. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de investigación.

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 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?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla 1)
6. 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.

Nº	V de Aiken	Nº	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		
Coefficiente 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**

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	N(n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	26	2,889	9	3	0,944

6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
Coficiente de validez del instrumento															0,998

ANEXO N° 4

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.

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA			ADECUACIÓN (*)				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
II. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO								
P1								
Comentario:								

Comentario:									
P2									
Comentario:									
P3									
Comentario:									
P4									
Comentario:									
P5									
Comentario:									
P6									
Comentario:									
P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									

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

P14									
Comentario:									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentarios									
P18									
Comentario									
P19									
Comentario									
P20									
Comentario									
P21									
Comentario									
III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									

Comentario:									
P25									
Comentario:									
P26									
Comentario:									
P27									
Comentario:									
P28									
Comentario									
P29									
Comentario									
P30									
Comentario									

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

Gracias por su colaboración.

ANEXO N° 5



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO:

**DETERMINANTES DE LA SALUD DEL ADULTO. ASENTAMIENTO
HUMANO GOLFO PÉRSICO - NUEVO 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