

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS
JOVENES. ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL,
CHIMBOTE-2013.**

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

AUTOR

GUTIERREZ DIAZ, KIMBERLY

ASESORA

VÍLCHEZ REYES, MARIA ADRIANA

CHIMBOTE – PERÚ

2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. Julia Cantalicia Avelino Quiroz

Presidente

Mgtr. Leda María Guillen Salazar

Secretaria

Dra Sonia Avelina Girón Luciano

Miembro

DEDICATORIA

Dedico la presente investigación a mis padres, por haberme dado la vida y guiado a través del camino de la vida, con valores y fe cristiana.

A mis hermanas que están siempre a mi lado alentándome a seguir y recordándome la importancia de ser un profesional de calidad.

A la Dra. Adriana Vílchez, por bríndanos los conocimientos necesarios para poder culminar la tesis.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecer a Dios por hacer de mis días, días productivos, donde siempre hay algo que aprender y sobre todo porque me ayuda a mejorar día con día; y que con cada prueba que me presenta, adquiero fortaleza de espíritu y ganas de seguir sobresaliendo.

En segundo lugar, agradecer a mis padres, que siempre han estado caminando junto a mi lado, guiándome, brindándome su apoyo incondicional y esforzándose por lograr hacer de mí una persona con metas y dispuesta a enfrentar los retos que se presenten a lo largo de la vida.

Finalmente agradecer a la docente del curso la Dra. Adriana Vílchez, porque en cada clase aprendemos algo nuevo y valioso para nuestra vida profesional.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud en adultos jóvenes del Asentamiento Humano “San Miguel”, Chimbote. 2013. La muestra estuvo constituida de 168 adultos jóvenes, a quienes se aplicó un instrumento: cuestionario sobre los determinantes de la salud utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en 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. Donde se obtuvieron los siguientes resultados: En los determinantes biosocioeconómicos la mayoría tienen un ingreso económico menor de 750, más de la mitad son de sexo femenino y tienen grado de instrucción secundaria completa e incompleta.

En cuanto al determinante relacionado con la vivienda la mayoría tiene vivienda unifamiliar, tenencia propia, viviendas de material de piso tierra, menos de la mitad techo noble ladrillo y cemento; la mayoría tiene conexión domiciliaria, casi la totalidad baño propio, cocina gas o electricidad, un poco más de la mitad manifiestan que pasan recogiendo la basura por su casa al menos 2 veces por semana. En cuanto al determinante de estilo de vida menos de la mitad no realizan ninguna actividad física, la mayoría consume frutas diariamente y un poco más de la mitad consumen pan y cereales diariamente. En cuanto al determinante de redes sociales y comunitarias la mayoría no recibe apoyo social natural y organizado, si existe pandillaje y delincuencia y se atendieron en un puesto de salud en los últimos 12 meses.

Palabras claves: Adultos Jóvenes, determinantes de la salud.

ABSTRACT

This quantitative research, descriptive design with one box. It aimed to describe the determinants of health in young adults Human Settlement "San Miguel", Chimbote. 2013. The sample consisted of 168 young adults who answered a questionnaire was applied: questionnaire on health determinants using the interview technique and observation. The data were processed in a database of Microsoft Excel and then be exported to a database in SPSS version 18.0 for their respective processing software. For analysis of data distribution tables absolute and relative percentage frequencies were constructed. And their respective statistical graphics. Where the following results were obtained: In most biosocioeconómicos determinants have a lower income than 750, more than half are female and have degree of complete and incomplete secondary education.

As for the housing-related determinant most have a noble brick and cement detached house, own tenure, housing material flat land, less than half roof; most have household connection, almost all own bathroom, kitchen gas or electricity, a little more than half say they spend picking up trash on your house at least 2 times a week. As for the lifestyle determinant less than half do not perform any physical activity, most people consume daily fruits and little more than half consume bread and cereals daily. As for the determinant of social and community networks most do not receive natural and organized social support, if there gangsterism and crime and were treated in a health center in the last 12 months.

Keywords : Young Adults , determinants of health .

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	<i>Pág.</i>
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.2. Antecedentes.....	11
2.3. Bases teóricas y conceptuales de la investigación.....	13
III. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	22
3.2. Población y Muestra.....	22
3.3. Definición y Operacionalización de variables.....	23
3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	33
3.5. Plan de análisis.....	35
3.6. Consideraciones éticas.....	36
3.7. IV. RESULTADOS	
4.1. Resultados.....	38
4.2. Análisis de los resultados.....	47
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones.....	60
5.2. Recomendaciones.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
Anexos.....	80
ÍNDICE DE TABLAS	

	Pág.
TABLA 1	40
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013	40
TABLA 2	41
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013	41
TABLA 3	43
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013	43
TABLA 4	46
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICOS DE TABLA 1	100
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013	
GRÁFICOS DE TABLA 2	102

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN
ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL –
CHIMBOTE, 2013

GRÁFICOS DE TABLA 3.....109

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS JOVENES DEL
ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013

GRÁFICOS DE TABLA 4.....114

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADULTOS
JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE,
2013

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación se realizó con el propósito de identificar los Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes Asentamiento Humano San Miguel, Chimbote - 2013.

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).

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 (6).

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 del adulto ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud del adulto (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 éticopolítico. 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 (11).

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).

No escapa esta problemática de salud en el adulto joven, 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).

A esta realidad no escapan los jóvenes del A. H. San Miguel, que se ubica dentro de la jurisdicción del Centro de Salud Santa Ana, de Camino Real, del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Perú. Este sector limita por el Norte con el A. H. 2 de Mayo, por el Sur el A. H. Monte de Chimbote, por el Este con el A. H. Antenor Orrego y por el Oeste con el A. H. Monte de Chimbote (13).

El A.H. de San Miguel habitan aproximadamente 600 habitantes, dentro de las cuales residen 300 adultos jóvenes que se dedican a: ama de casa, choferes, negociantes, mototaxistas, obreros, y algunos son estudiantes. Además como es una comunidad en proceso de desarrollo su población goza de una situación económica de media a baja (13).

Esta comunidad tiene 25 años de fundación y presenta luz eléctrica y desagüe y agua potable, el carro recolector de basura pasa tres veces por semana. Además cuenta con un centro educativo llamado “San

Miguel” de nivel primaria, hay un polideportivo, Vaso de Leche, Cuna Más “Los Angelitos”, y un local comunal (13).

El Puesto de Salud Santa Ana les brinda atención de salud, pero solo una parte de ellos se encuentran asegurados por el Seguro Integral de Salud (SIS). Otros gozan del Essalud por el empleo estable que tienen. Las enfermedades más frecuentes en los adultos jóvenes de este sector son: Sobrepeso, obesidad, infecciones urinarias, etc (13).

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en adultos jóvenes del A.H. San Miguel, 2013?

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

- Describir los determinantes de salud del adulto joven en el A. H. San Miguel. Chimbote – 2013

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

Identificar los determinantes del entorno socioeconómico en Adultos jóvenes (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 jóvenes:
Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad.

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

Finalmente, la investigación se justifica en el campo de la salud de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote ya que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población de adultos jóvenes del Asentamiento Humano “San Miguel” y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación que se realizó es una función que todo sistema de salud requiere cumplir puesto que ello contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios. Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de la población de adultos jóvenes del A. H. “San miguel” y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

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

También ayuda a entender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad en salud y mejorar la salud

de la población, en general, y promocionar su salud, en particular, implica el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

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

Además es conveniente para: Las autoridades regionales de la Dirección de salud Ancash y municipales en el campo de la salud, así como para los usuarios del Hospital Eleazar Guzmán Barrón y la población de Chimbote en general, porque los resultados de la investigación contribuyen 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 podrán disminuir el riesgo de padecer enfermedades y favorecer la salud y el bienestar de los mismos.

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

Tovar C y García C (15), 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 (16), 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 los 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 (17), 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 investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (18).

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 (19).



Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama.

A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas

desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (20).

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 (20).

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 (20).

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 (20).



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 (20).

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 Determinantes Sociales de la Salud es una herramienta útil para estudiarlos 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 (18).

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

Cuantitativo, descriptivo (22,23).

Diseño de una sola casilla (24,25).

3.2. Población y Muestra:

3.2.1. Población:

La población estuvo constituido por 300 adultos jóvenes del A. H. San Miguel.

3.2.2. Muestra:

La muestra fue de 168 adultos jóvenes del A.H. San Miguel.
(Anexo 1)

3.2.3. Unidad de análisis

Cada adulto joven del Asentamiento Humano San Miguel, Chimbote, 2013, forma parte de la muestra y responde a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adultos jóvenes que vivieron más de 3 a años en el A. H. San Miguel, Chimbote, Ancash.
- Adultos jóvenes del A.H. San Miguel, que aceptaron participar en el estudio.
- Adulos jóvenes del A.H. San Miguel, que tuvieron la disponibilidad de participar en el cuestionario como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Adultos jóvenes. A. H. “San Miguel”, que tengan algún trastorno mental.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIO SOCIOECONOMICO:

Sexo

Definición Conceptual.

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (26).

Definición Operacional

Se utilizó Escala nominal

- Masculino
- Femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (28).

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin nivel instrucción

- Inicial/Primaria
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta

- Superior Universitaria
- 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).

Definición Operacional

Escala de razón

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

Ocupación

Definición Conceptual.

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (30)

Definición Operacional

Escala Nominal

- Trabajador estable

□

-
-
-
- Eventual
- Sin ocupación
- Jubilado
- Estudiante

II. DETERMINANTES DEL ENTORNO FISICO.

Vivienda

Definición conceptual

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

Definición operacional

Escala nominal

Tipo

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

Tenencia

- Alquiler
- Cuidados/alojado
- Plan social (dan casa para vivir)
- Alquiler vente □ Propia

□

□

Material del piso:

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

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

- A más miembros
- 2 a 3 miembros
- Individual

Abastecimiento de agua

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

□

□

□

□

Eliminación de excretas

- Aire libre
 - Acequia, canal
- Letrina

□

Baño público

Baño propio

Otros

Combustible para cocinar

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

Tipo de alumbrado de la vivienda

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

Disposición de basura

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

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

Eliminación de basura

- Carro recolector
- Montículo o campo limpio
Contenedor específicos de recogida

-
-
-
- Vertido por el fregadero o desagüe
- Otros

III. 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

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

Consumo de bebidas alcohólica

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

Horas que duerme:

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

Frecuencia que se baña

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

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

- Si () No ()

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

- Si () No ()

Tipo de actividad física que realiza:

Caminar () Deporte () Gimnasia () No realizó ()

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 ()
Ninguna()

ALIMENTACION

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

IV. 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).

Apoyo social natural

Definición Operacional Escala ordinal

- Familia
- Amigo
- Vecino
- Compañeros espirituales

- Compañeros de trabajo
- No recibo

Apoyo social organizado

Escala ordinal

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

Apoyo de organizaciones del estado

- 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:

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

Espero en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

Si () No ()

3.4. Técnicas e Instrumentos de la recolección de datos:

Técnicas

En la presente investigación se usó la entrevista y la observación para la aplicación del instrumento. **Instrumento**

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

Instrumento No 01

El instrumento fue elaborado en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en las personas del Perú. Elaborado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO 02)

- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno socioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), Alimentos que consumen las personas, morbilidad.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

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

3.5. Plan de Análisis:

3.5.1 Procedimientos de recolección de datos:

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

- Se informó y se pidió el consentimiento a los adultos jóvenes del Asentamiento Humano San Miguel, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con los adultos jóvenes sobre 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 jóvenes.
- Se realizó la lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos en los adultos jóvenes.

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

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 construirán tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos.

3.6. Principios Éticos:

En toda investigación que se llevó a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (38).

Anonimato

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

Privacidad

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

Honestidad

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

Consentimiento

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

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 1

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO. SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013

Sexo	N	%
Masculino	71	42,0
Femenino	97	58,0
Total	68	100,0
Grado de instrucción	N	%
Sin instrucción	8	5,0
Inicial/Primaria	44	26,0
Secundaria: Incompleta/ Completa	94	56,0
Superior: Incompleta/ Completa	22	13,0
Total	168	100,0
Ingreso económico (soles)	N	%
Menor de S/. 750.00	141	84,0
De S/. 751.00 a S/. 1000.00	24	14,0
De S/. 1001.00 a S/. 1400.00	3	2,0
De S/. 1401.00 a S/. 1800.00	0	0,0
De S/. 1801.00 a más	0	0,0
Total	168	100,0
Ocupación	N	%
Trabajador estable	56	34,0
Eventual	64	38,0
Sin ocupación	29	17,0
Jubilado	0	0,0
Estudiante	19	11,0
Total	168	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes del Asentamiento Humano San Miguel – Chimbote, 2013, elaborado por Mg. Vílchez Reyes Adriana.

4.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON

LA VIVIENDA

TABLA 2

***DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN
ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL –
CHIMBOTE, 2013***

Tipo	N	%
Vivienda unifamiliar	127	76,0
Vivienda multifamiliar	41	24,0
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	168	100,0

Tenencia	N	%
Alquiler	11	7,0
Cuidador/alojado	21	12,0
Plan social (dan casa para vivir)	1	1,0
Alquiler venta	5	3,0
Propia	130	77,0
Total	168	100,0

Material del piso	N	%
Tierra	117	70,0
Entablado	51	30,0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	0	0,0
Láminas asfálticas	0	0,0
Parquet	0	0,0
Total	168	100,0

Material del techo	N	%
Madera, estera	9	5,0
Adobe	3	2,0
Estera y adobe	70	42,0
Material noble, ladrillo y cemento	65	39,0
Eternit	21	12,0
Total	168	100,0

Material de las paredes	N	%
Madera, estera	8	5,0
Adobe	21	12,0
Estera y adobe	30	18,0
Material noble ladrillo y cemento	109	65,0
Total	168	100,0

N° de personas que duermen en una habitación	N	%
---	----------	----------

4 a más miembros	13	8,0
2 a 3 miembros	63	37,0
Independiente	92	55,0
Total	168	100,0

Continúa...

TABLA 2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	0	0,0
Pozo	0	0,0
Red pública	20	12,0
Conexión domiciliaria	148	88,0
Total	168	168,0
Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	0	0,0
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	0	0,0
Baño público	0	0,0
Baño propio	167	99,0
Otros	1	1,0
Total	168	100,0
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	163	97,0
Leña, carbón	5	3,0
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	168	100,0
Energía eléctrica	N	%
Sin energía	6	3,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	3	2,0
Energía eléctrica permanente	159	95,0
Vela	0	0,0
Total	168	100,0
Disposición de basura	N	%
A campo abierto	2	1,0
Al río	0	0,0
En un pozo	3	2,0
Se entierra, quema, carro recolector	163	97,0
Total	168	100,0
Frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa	N	%
Diariamente	9	6,0
Todas las semana pero no diariamente	56	33,0
Al menos 2 veces por semana	89	53,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	14	8,0
Total	168	100,0

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	N	%
Carro recolector	156	93,0
Montículo o campo limpio	0	0,0
Contenedor específico de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	12	7,0
Total	168	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes del Asentamiento Humano San Miguel – Chimbote, 2013, elaborado por Mg. Vílchez Reyes Adriana.

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 3

***DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS JOVENES DEL
ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013***

Fuma actualmente:	N	%
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	17	10,0
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	26	16,0
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	125	74,0
Total	168	100,0
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	N	%
Diario	1	1,0
Dos a tres veces por semana	2	1,0
Una vez a la semana	12	7,0
Una vez al mes	8	5,0
Ocasionalmente	66	39,0
No consumo	79	45,0
Total	168	100,0
Nº de horas que duerme	N	%
[06 a 08)	126	75,0
[08 a 10)	38	23,0
[10 a 12)	4	2,0
Total	168	100,0
Frecuencia con que se baña	N	%
Diariamente	127	76,0
4 veces a la semana	40	24,0
No se baña	1	0,0
Total	168	100,0
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	N	%
Si	72	43,0
No	96	57,0
Total	168	100,0
Actividad física que realiza en su tiempo libre	N	%

Caminar	52	31,0
Deporte	54	31,0
Gimnasia	0	0,0
No realizo	62	37,0
Total	168	100,0
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	N	%
Caminar	52	31,0
Gimnasia suave	0	0,0
Juegos con poco esfuerzo	0	0,0
Correr	11	7,0
Deporte	37	22,0
Ninguna	68	40,0
Total	168	100,0

Continúa...

**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS JOVENES DEL
ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013**

Conclusión

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	118	70,0	33	20,0	15	9,0	0	0,0	2	1,0
Carne	66	39,0	51	31,0	34	20,0	14	8,0	3	2,0
Huevos	84	50,0	44	26,0	29	18,0	7	4,0	4	2,0
Pescado	35	21,0	38	23,0	31	18,0	53	31,0	11	7,0
Fideos	93	55,0	44	26,0	24	14,0	3	2,0	4	3,0
Pan, cereales	86	51,0	45	27,0	29	17,0	3	2,0	5	3,0
Verduras, hortalizas	80	53,0	32	19,0	36	22,0	9	5,0	2	1,0
Otros	25	15,0	45	27,0	77	46,0	18	10,0	3	2,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes del Asentamiento Humano San Miguel – Chimbote, 2013, elaborado por Mg. Vílchez Reyes Adriana.

TABLA

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 4
DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N	%
Hospital	26	15,0
Centro de salud	16	10,0
Puesto de salud	112	67,0
Clínicas particulares	9	5,0
Otras	5	3,0
Total	168	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	N	%
Muy cerca de su casa	108	64,0
Regular	26	16,0
Lejos	24	14,0
Muy lejos de su casa	8	5,0
No sabe	2	1,0
Total	168	100,0
Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	26	16,0
SIS – MINSA	106	63,0
SANIDAD	0	0,0
Otros	36	21,0
Total	168	100,0
El tiempo que esperó para que lo(la) atendieran ¿le pareció?	N	%
Muy largo	15	9,0
Largo	51	30,0
Regular	64	38,0
Corto	30	18,0
Muy corto	4	3,0
No sabe	4	2,0
Total	168	100,0

Continua...

**DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS
JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL –
CHIMBOTE, 2013**

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N	%
Muy buena	12	7,0
Buena	99	59,0
Regular	53	31,0
Mala	1	1,0
Muy mala	0	0,0
No sabe	3	0,0
Total	168	100,0
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N	%
Si	152	90,0
No	16	10,0
Total	168	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes del Asentamiento Humano San Miguel – Chimbote, 2013, elaborado por Mg. Vílchez Reyes Adriana.

TABLA

TABLA

5

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013

Recibe algún apoyo social natural:	N	%
Familiares	17	10,0
Amigos	0	0,0
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	1	1,0
Compañeros de trabajo	0	0,0
No recibo	150	89,0
Total	168	100,0

Recibe algún apoyo social organizado:	N	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	1	1,0
Seguridad social	53	31,0
Empresa para la que trabaja	0	0,0
Instituciones de acogida	0	0,0
Organizaciones de voluntariado	0	0,0
No recibo	114	68,0
Total	168	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes del Asentamiento Humano San Miguel – Chimbote, 2013, elaborado por Mg. Vílchez Reyes Adriana.

TABLA

6

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN ADULTOS JOVENES DEL A. H. SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013

Apoyo social de las organizaciones	Si		No	
	N	%	N	%
Pensión 65	0	0,0	0	0,0
Comedor popular	0	0,0	0	0,0
Vaso de leche	0	0,0	0	0,0
Otros	0	0,0	0	0,0
Total	0	0,0	168	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud del adulto joven del Asentamiento Humano San Miguel – Chimbote, 2013.

4.2. Análisis de los resultados:

En tabla 1: Del 100% (168) adultos jóvenes del Asentamiento Humano San Miguel, el 58% (97) son del sexo femenino; el 56% (94) secundaria completa/secundaria incompleta; el 84 % (141) tiene un ingreso económico menor de 750 soles y el 38% (64) trabajan eventual.

Los resultados de la presente investigación se asemejan con lo encontrado por Rosales, C (39). En su estudio Determinantes en la salud en adultas jóvenes del P. J “La Victoria” – Chimbote, 2013. Donde se muestra que de los 142 adultas jóvenes encuestados, el 86% (122) son de sexo femenino y 14% (20) son de sexo masculino; El 100% de la población encuestada es adulta joven; el 3% (4) no tiene nivel de instrucción, el 14% (20) inicial/primaria y el 9% (13) superior universitaria, 6% (8) superior no universitaria; el ingreso económico el 65% (92) no tiene ingreso. El 75% (106) realiza actividad de al menos una hora para generar ingresos,.

Así mismo los resultados son casi similares a lo obtenido por Jiménez, L (40), en su estudio determinantes de la salud en adultos jóvenes sanos en el A.H Los Paisajes, Chimbote, 2012. Donde se observa que en los determinantes de la salud biosocioeconómico el 78.75% (63) son de sexo femenino el 71,25% (57) tiene grado de instrucción secundaria, entre completa incompleta. En lo referente a ingreso económico y ocupación difieren encontrándose que más de la mitad que es el 58,75 (47) tiene ingreso económico de 1001 a 1400, respecto al empleo el 55%(44) trabajan eventualmente.

Del mismo modo los resultados se asemejan a lo presentado por Justino, K (41). En su estudio Determinantes de la Salud del Adulto Joven en la Comunidad de Paria Huaraz, 2011. En su estudio encontraron que en el

TABLA

factor biológico se observa que más de la mitad que es el 57,1% (128) son del sexo femenino, en lo referente a los

factores sociales, en ocupación el 30,8% (69) son amas de casa, el 67,0% (150) tienen un ingreso económico de 100 a 599 nuevos soles. En relación al grado de instrucción difieren, encontrándose que el 29,9% (67) de los adultos jóvenes tienen primaria completa.

Así mismo se asemejan a los obtenidos por Unai M y Bacigalupe A (42), en su investigación sobre estructura social y salud: Clase social, nivel educativo y lugar de nacimiento como determinantes de la salud en Euskadi - 2007. Cuyos resultados muestran que por clase social, en el caso de los hombres la prevalencia de mala salud fue un 76% mayor en la clase V (más pobre) respecto a la clase I (más rica). En las mujeres, esta diferencia fue del 49%. La autovaloración de la salud también guardó una estrecha relación con el nivel de estudios, la prevalencia de mala salud fue del 29.4%, en el caso de los de estudios secundarios fue del 31,6% y la de aquéllos con estudios primarios y sin estudios, del 35% y el 39,1%. Los resultados revelan que la salud se encuentra muy condicionada por sus características socioeconómicas.

Estos resultados reflejan el impacto de la educación ya que constituye uno de los mecanismos privilegiados para la superación de la pobreza. Primero, porque los mayores logros educativos tienen mayores retornos intergeneracionales, dada la alta incidencia del nivel educacional de los padres y sobre todo de las madres en el rendimiento educativo de los hijos. Mejorar por esta vía el clima educacional de los hogares cuyos jefes futuros serán los actuales educandos produce un efecto favorable en el desempeño educacional de los niños y jóvenes de la próxima generación, reduce los niveles de deserción y repetición, y aumenta el número de años de estudio completados, junto con permitir que éstos se cursen en forma más oportuna (43).

Por lo tanto es clara la correlación entre el aumento de la educación de las mujeres pobres y las mejores condiciones de salud de sus familias en el futuro, pues la mayor escolaridad de las mujeres es un factor determinante de la reducción de la mortalidad y morbilidad infantiles,

el mejoramiento de la salud y nutrición familiares, la disminución de la fecundidad no deseada y los descensos de los niveles de violencia familiar (43).

En la presente investigación realizada de los determinantes biosocioeconómicos a los adultos jóvenes del A.H. San Miguel están constituido mayoritariamente de sexo femenino, y cuentan con un ingreso económico menor a 750 nuevos soles. Más de la mitad de la población tiene secundaria incompleta.

Se concluye que el adulto joven presenta indicadores que afectan de manera negativa a su salud, como el bajo ingreso económico no permite satisfacer todas sus necesidades básicas de los adultos jóvenes quedando expuestas a sufrir de diversas enfermedades, una de ellas es la mala alimentación y la desnutrición que le perjudica enormemente en su salud, el grado de instrucción no es acorde a la edad, la mayoría de personas son amas de casa el cual no les permite tener un desarrollo tanto personal como profesional, es por ello que este grupo de personas están expuestos a infinidad de problemas o enfermedades, además los adultos jóvenes son personas que no tienen experiencias o la capacidad de poder asumir con responsabilidad sus actos y no van a estar preparados para priorizar la salud no solo de ellos mismos sino de sus hijos ya que estas solo van a estar pendientes de la moda de las fiestas o cualquier otra actividad, es por ello necesario identificar los determinantes de salud biosocioeconómico, para que el personal de salud de la jurisdicción pueda intervenir y tener un impacto positivo, tratando de incentivar un estilo de vida saludable y por ende mejorar la calidad de vida de los adultos jóvenes.

En la tabla 2: El 76% (127) cuentan con una vivienda unifamiliar; 77% (130) tiene casa propia; el 70% (117) tiene piso de tierra; el 42% (70) tiene un techo construido de estera; el 65% (109) tiene paredes de material noble; el 55% (92) duermen en una sola habitación independiente; el 88% (148) tiene conexión domiciliaria; el 99% (167)

tiene baño propio; el 97% (163) cocina a gas; el 95% (159) tiene energía eléctrica permanente; el 97% (163) lo entierra, quema, carro recolector; el 53% (89) refiere que pasan recogiendo la basura por su casa al menos 2 veces por semana; el 93% (156) elimina su basura a través del carro recolector.

El presente estudio se asemeja a lo encontrado por García, P (44). En su estudio determinantes de la salud en adultos jóvenes del. A.H Sr. de los Milagros. Chimbote-2012.en el cual se observa que el 75 % (75) de los adultos jóvenes 68 % tienen vivienda de tipo unifamiliar; el 79% (79) tienen un material de piso asfaltado; el 73% (73) tiene un techo de material noble; el 88% (88) tiene paredes de material noble; el 72% (72) tiene una habitación independiente; el 99% (99) tienen abastecimiento de agua potable con conexión en casa; el 99% (99) tienen desagüe con baño propio en casa; el 99% (99) utilizan gas y electricidad para cocinar los alimentos; el 99% (99) tiene energía eléctrica permanente; el 100% (100) disponen su basura en el carro recolector; el 76% (76) refieren que la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa es todas las semanas pero no diariamente; el 100% (100) eliminan su basura en el carro recolector.

Así mismo los resultados de la presente investigación se asemejan a lo encontrado por la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana pro familia, con el apoyo del Gobierno de los Estados Unidos, a través de su agencia para el desarrollo internacional (USAID) (45), puesto que en relación al abastecimiento de agua el 99.4 % cuenta con red pública pública dentro de la vivienda, así mismo el 90.8% tiene alumbrado público, con respecto a la eliminación de excretas 91.8 cuenta con red pública dentro de la vivienda; por lo concerniente a la eliminación de basuras el 97,1%.eliminan su basura en el carro recolector de basura.

Los resultados de la presente investigación se asemejan a lo obtenido por Jara, M. (46), quien realizó una investigación sobre determinantes

de la salud en adultos jóvenes. A.H. Villa María de Nvo Chimbote – 2012. Donde se observa que el mayor porcentaje al evaluar el entorno de la vivienda, se evidenció que, el tipo de viviendas de los escolares, el 93,18% tienen una vivienda propia; según el material de piso el 76,14% son de láminas asfálticas; según el material de techo se presenta que el 52,27% son de material noble, ladrilló y cemento; de acuerdo al material de las paredes él 96,5% son de material noble, ladrilló y cemento, sin embargo difieren a de acuerdo con el número de personas que duermen dentro de una habitación el 67% son independientes.

Así mismo la presente investigación se aproxima a lo encontrado por la INEI de Instituto Nacional de Estadística e Informática, (47). En su estudio del perfil sociodemográfico del Perú, con respecto a la vivienda el 83.4% tienen vivienda propia, Así mismo en el material de las paredes 90% sus viviendas son de ladrillos o bloques de cemento, el material de piso el 76% son de cemento. Así mismo el 83,5% cuenta con república publica dentro de la vivienda, con respecto a la eliminación de excretas 94,5% cuenta con red pública dentro de la vivienda, por otro lado el 95% tienen alumbrado eléctrico dentro de la vivienda; por lo concerniente a la eliminación de basuras el 97.1%.eliminan su basura en el carro recolector de basura, el 71,4 % usan gas para cocinar.

La vivienda es un lugar indispensable para la vida de una persona, necesaria para el desarrollo de las personas y la familia. Debe brindar seguridad, protección, intimidad y contribuir al bienestar de todas las personas que la habitan. La vivienda saludable es el espacio físico donde seres humanos transcurren la mayor parte de su vida; este espacio, por sus características y especificaciones, brinda condiciones para prácticas saludables, previniendo o reduciendo los riesgos que generan problemas de salud (48).

Se entiende por tipo de vivienda, al conjunto de viviendas que tienen una o más características comunes que las hacen semejantes entre si y diferentes de otras. Además, en atención a las normas que determinan las relaciones de convivencia de las personas que residen en ellas, pueden ser clasificadas en viviendas particulares o viviendas colectivas (49).

Una vivienda particular, es aquella destinada para ser habitada por una o más personas con vínculo consanguíneo o sin él, que viven bajo normas de convivencia familiar. Las mismas que por su ubicación, el tipo de servicios básicos que tiene o el material predominante en su construcción (49).

Una vivienda colectiva, es aquella destinada para ser habitada por personas usualmente sin vínculos familiares, sujetos a normas administrativas y que hacen vida en común por razones de estudio, salud, trabajo, entre otras. La vivienda unifamiliar o nuclear se describe como un agrupamiento compuesto por el padre, la madre y los hijos tenidos en común, todos bajo el mismo techo que ocupan la misma casa, en cambio la familia extensa incluye al resto de parientes y a varias generaciones en estrecha relación afectiva y de convivencia (50).

La vivienda en alquiler o en renta es una forma de acceso a la vivienda que soluciona las necesidades cuando se trata de una vivienda adecuada y cuenta con seguridad en la tenencia, a través de un contrato de arrendamiento. El derecho a vivienda adecuada no se refiere únicamente a vivienda propia, por lo que el alquiler es la forma de acceso más idónea para ciertos grupos de población. Tenencia de vivienda se refiere a la forma de posesión del espacio de la vivienda que ocupa el hogar, son los casos en que uno o más miembros del hogar pagan en forma periódica (semanal, mensual, anual, etc.) al propietario o a un tercero, cierta suma de dinero, por el derecho de habitar en esa

vivienda o cuando la vivienda pertenece a alguno(s) de los miembros del hogar (51).

El piso es un concepto con múltiples usos. Puede tratarse del suelo o pavimento, que supone la base de una estructura (como una casa u otro tipo de construcción). El piso construida o adaptada para caminar encima de ella, particularmente dentro de las casas y los edificios: piso de tierra, piso de madera y piso de material solido o cemento. (52)

Se define el piso como las estructuras en los cuales esta recubiertos los pisos de la vivienda. Alfombra, mármol, parqué, madera pulida y lacada: tapetes tejidos de lana natural o fibra sintética que se colocan pegados sobre los pisos y cubren de pared a pared. Pisos elaborados con lis tones de madera, que han pasado por un proceso de pulimento, que se ensamblan uno junto al otro, pisos de parquet.

El piso es la unidad estratigráfica básica cuyos materiales se conformaron en una misma edad geológica. Por otra parte, a cada una de las viviendas en una casa de varias plantas se la denomina popularmente como piso. La superficie de desgaste puede ser horizontal, inclinada, escalonada o curva (52).

Cualquiera sea el material que se emplea para la construcción, la vivienda debe contar con estructuras firmes y seguras. Las paredes de las habitaciones deben ser lisas, sin grietas. Las paredes de las habitaciones deben ser lisas, sin grietas para evitar la como ratas, pulgas, garrapatas y otros que pueden transmitir enfermedades. Los pisos deben ser compactos, impermeables y de fácil limpieza. Los techos deben proporcionar protección y seguridad para evitar el ingreso del agua de lluvia y de animales que generan enfermedades (53).

La distribución del espacio en la vivienda debe garantizar la intimidad, independencia y convivencia sana. Debe tener los espacios separados según la actividad que se realiza en cada uno de los ambientes (53).

El saneamiento ambiental básico es el conjunto de acciones técnicas y socioeconómicas de salud pública que tienen por objetivo alcanzar niveles crecientes de salubridad ambiental. Comprende el manejo sanitario del agua potable, las aguas residuales, los residuos orgánicos tales como las excretas y residuos alimenticios, los residuos sólidos y el comportamiento higiénico que reduce los riesgos para la salud y previene la contaminación. Tiene por finalidad la promoción y el mejoramiento de condiciones de vida urbana y rural (54).

Se denomina agua potable o agua para consumo humano, al agua que puede ser consumida sin restricción debido a que, gracias a un proceso de purificación, no representa un riesgo para la salud. El término se aplica al agua que cumple con las normas de calidad promulgadas por las autoridades locales e internacionales garantizando la trazabilidad de los procesos y la consecución de la exactitud requerida en cada caso; empleando para ello instrumentos, métodos y medios apropiados (55).

El agua y el saneamiento son uno de los principales motores de la salud pública, lo que significa que en cuanto se pueda garantizar el acceso al agua salubre y a instalaciones sanitarias adecuadas para todos, independientemente de la diferencia de sus condiciones de vida, se habrá ganado una importante batalla contra todo tipo de enfermedades (56).

Las aguas subterráneas, la mayor parte se origina del agua de lluvia infiltrada hasta los acuíferos después de fluir a través del subsuelo. Durante la infiltración, el agua puede cargar muchas impurezas; tales como, partículas orgánicas e inorgánicas, detritus de plantas y animales, microorganismos, pesticidas, fertilizantes, etc. Sin embargo, durante su recorrido por el subsuelo mejora significativamente su calidad: las partículas suspendidas y microorganismos se retienen por filtración natural y las sustancias orgánicas se degradan por oxidación. Por otro lado, las sales disueltas, causantes de problemas como dureza y salinidad (57).

La energía eléctrica permanente. Está referido a la disponibilidad o no de alumbrado eléctrico por red pública en la vivienda (58).

Residuos sólidos. Los residuos sólidos son todas aquellas sustancias o productos en estado sólido que ya no se necesita, pero que pueden ser reaprovechados (59).

En la presente investigación realizada de los determinantes relacionados con la vivienda a los adultos jóvenes del A.H. “San Miguel” se halló que la mayoría cuenta con vivienda unifamiliar, casa propia, material del piso de tierra, material del techo de estera y adobe, material de paredes de material noble y duermen en una sola habitación independientemente, probablemente estos resultados signifiquen un enfoque de riesgo para la población, ello puede deberse al hecho de que muchas familias no cuenten con los recursos económicos deseados para edificar y sostener una vivienda sanitariamente segura, lo cual puede ser un determinante de la calidad de vida precaria en la vivienda, también puede estar asociado a factores culturales, sociales, políticas, o de otro tipo.

Los riesgos que puedan presentar los adultos jóvenes son enfermedades debido a una vivienda poco segura que puede generar una alta exposición a infecciones por parásitos intestinales transmitidos por el contacto con la tierra (geohelminthos), cuya gravedad no solo reside en su efecto inmediato sobre su salud y nutrición, sino también sobre su desarrollo cognitivo. Por otro lado dicha población tiene poco acceso a servicios básicos lo cual esto va a exponer al riesgo de adquirir enfermedades respiratorias por ende va causar daño en su salud.

En la tabla 3: El 74% (125) de adultos jóvenes no fumo, ni a fumado nunca de manera habitual, el 45% (79) no consume bebidas alcohólicas; el 75% (126) duerme de 06 a 08 horas; el 76% (127) se baña diario; el 57% (96) no se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud; el 37% (62) no realiza ninguna actividad

física; durante dos últimas semanas el 40% (68) no ha realizado ninguna actividad física durante 20 minutos; el 70% (118) consumen frutas diario, el 39% (66) consume carne diario, 50% (84) consume huevos diario, el 31% (53) consume pescado menos de una vez a la semana; el 55% (93) consume fideo diario ; el 51% (86) consume pan y cereales a diario; el 53% (80) consume verduras y hortalizas a diario, 46% (77) otros alimentos 1 o 2 veces a la semana.

Los resultados obtenidos en el presente estudio se asemejan con Martínez E, Martínez L, Saldarriaga L. (60), estudiaron sobre el Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana en Medellín - Colombia 2011. Obteniendo que la proporción general del consumo de tabaco alcanza el 25,5%. El consumo es severo en el 9,6%, moderado en el 7,6% y leve en el 8.3%. El 17,2% fumaron alguna vez, pero abandonaron el hábito, y las personas que nunca han fumado representan el 57,3%. La edad y el nivel socioeconómico no se encontraron asociados al tabaquismo; en cambio, el sexo, la educación, el consumo de alcohol, el sedentarismo, la alimentación poco saludable se encontraron estadística y epidemiológicamente asociados con el hábito de fumar. Conclusiones: fumar se asocia a otros componentes desfavorables del estilo de vida.

Los resultados encontrados coinciden con Elizondo A, Guillén F, Aguinaga, I (61), en su estudio denominado Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona-2005. Encontrando que un 76,6% de las mujeres tienen un estilo de vida sedentario, mientras que en los varones este porcentaje se reduce hasta un 56,7%. El sedentarismo se incrementa con la edad, existiendo hasta un 80,3% de varones sedentarios en el grupo de mayor edad, y un 86,3% entre las mujeres. Conclusiones: Los factores sociodemográficos como sexo, edad, estudios, profesión y estado civil parecen ser determinantes del estilo de vida sedentario, mientras en consumo de tabaco y la existencia de sobrepeso y obesidad no lo son.

Los resultados son casi similares a los encontrados por Martínez E, Saldarriaga J, Sepúlveda F (62), quienes estudiaron sobre la Actividad física: Desafío para la promoción de la salud en Medellín-Colombia 2008. Se evalúan conocimientos, actitudes y prácticas de actividad física y sus factores asociados. Encontrando que solo una de cada cinco personas 21,1% realiza suficiente actividad física para proteger la salud.

La actividad física es mayor en los hombres, y aumenta con el nivel socioeconómico y con la educación. El sedentarismo se adopta tempranamente en la juventud y se mantiene a lo largo de la vida. La elevada proporción de sedentarismo en la población podría estar agravando la carga por las enfermedades crónicas y debería convertirse en prioridad para el diseño de estrategias de intervención en salud pública (62).

La actividad física comprende un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal. La actividad física que realiza el ser humano durante un determinado período mayor a 30 minutos y más de 3 veces por semana generalmente ocurre en el trabajo o vida laboral y en sus momentos de ocio. Ello aumenta el consumo de energía considerablemente y el metabolismo de reposo, es decir, la actividad física consume calorías (63).

Actividad física. Se define como “cualquier movimiento corporal asociado con la contracción muscular que incrementa el gasto de energía por encima de los niveles de reposo”. O también, como “todos los movimientos de la vida diaria, incluyendo el trabajo, la recreación, el ejercicio y las actividades deportivas”. En relación con la salud, como ya indicamos, la actividad física es fundamental en la adquisición y en el mantenimiento de la condición física aeróbica (64).

La actividad física, produce beneficios sobre la salud para personas mayores entre 18 y 65 años de edad, es una actividad que dura 20

minutos de intensidad elevada y practicada 3 veces por semana. Es necesario saber qué actividad física y actividad deportiva son dos cosas diferentes. Según la OMS, la actividad deportiva es "toda actividad física, especializadas y organizada". Según el INSERM, la actividad física es toda actividad en casa, en el trabajo, en los medios de transporte o en los ratos libres (625).

Un término que es frecuentemente utilizado en relación con la actividad física es la actividad física en tiempo libre o de ocio. Este término se aplica a aquellas actividades físicas que se caracterizan por la libre elección, ausencia de restricciones para su realización, compromiso y motivación personales, relajación y disfrute. La incorporación de la actividad física durante el tiempo libre o de ocio es una conducta que debería fomentarse, dado que esas actividades probablemente se constituyen en hábitos que duran toda la vida (65).

Los resultados obtenidos en el presente estudio se acercan con Rojas, D (66), quien investigo sobre el Consumo de energía y nutrientes, características socioeconómicas, pobreza y área de residencia de mujeres peruanas en edad fértil - 2004. La muestra fue de 2909 mujeres entre 15 a 49 años. Encontrando que el 67,6% de las mujeres vivía en hogares pobres. Más de 20% de mujeres presentan deficiencias en el consumo de energía y nutrientes. Conforme se incrementan las necesidades básicas insatisfechas las adecuaciones del consumo van disminuyendo, a excepción de carbohidratos y hierro. Conclusiones: Las condiciones de pobreza influyen sobre su consumo de energía y nutrientes disminuyéndolo, lo cual traería serias consecuencias sobre su estado de salud y nutrición.

Asimismo los resultados obtenidos se asemejan con lo elaborado por Calderón M, Moreno C, Rojas C, Barboza J (67), quienes realizaron un estudio titulado: Consumo de alimentos según condición de pobreza en mujeres en edad fértil y niños de 12 a 35 meses de edad en Perú-2005. La muestra fue de 2 909 mujeres y 2 907 niños. El grupo de alimentos

más consumido por las mujeres y niños pobres fue el de los tubérculos que corresponde al 80,9%. El porcentaje de mujeres no pobres que consumen los grupos de aceites y grasas, carnes y leche y derivados fue mayor que el porcentaje de mujeres pobres. El aceite vegetal, pollo, res, pan, plátano, leche evaporada y arveja fresca, fueron consumidos mayoritariamente por las mujeres y niños no pobres. Conclusiones: Las condiciones de pobreza influyen sobre su consumo de alimentos.

Los alimentos son todas sustancias naturales, de origen animal, vegetal o mineral, que contenga en su composición aportes energéticos y nutritivos para el organismo, y con cualidades sensoriales (color, aroma, sabor, etc.). Los nutrientes orgánicos que incluyen carbohidratos, grasas y proteínas, así como vitaminas (68).

Algunos componentes químicos inorgánicos como minerales, agua y oxígeno pueden también ser considerados como nutrientes. Un nutriente es esencial para un organismo cuando éste no puede sintetizarlo en cantidades suficientes y debe ser obtenido de una fuente externa. Hay dos tipos de nutrientes: los simples o micronutrientes, y los complejos o macro nutrientes. Los nutrientes requeridos en grandes cantidades son llamados macro nutrientes y los que son requeridos en cantidades más pequeñas se les conoce como micronutrientes (69).

Los carbohidratos o hidratos de carbono proporcionan hasta un 70% de la energía que nuestro cuerpo necesita es una fuente de energía que podemos encontrar en el pan, los cereales (trigo, maíz, arroz, avena), y verduras como, las patatas, así como a base de frutas. La mayoría de los carbohidratos que necesita el cuerpo provienen de los alimentos en los niveles dos y tres de la pirámide alimentaria. Si comes muchos los carbohidratos tu cuerpo no será capaz de producir energía con todos ellos por lo que el exceso se almacenará en el cuerpo como grasa (69).

Los carbohidratos y las proteínas son vitales para una buena salud. Cada uno de estos nutrientes juegan un papel único en la construcción y el mantenimiento de un cuerpo sano, por lo que cualquier dieta que te

prive de uno u otro durante un período prolongado de tiempo puede poner en riesgo tu salud (70).

Los carbohidratos se encuentran en una amplia variedad de alimentos entre los que se encuentran el pan, alubias, leche, palomitas de maíz, patatas, galletas, fideos, gaseosas, maíz o pastel de cereza. También vienen en una variedad de formas. Las formas más comunes y abundantes son los azúcares, fibras y almidones (70).

La proteína es esencial para el desarrollo de los músculos, huesos, piel, tendones y órganos del cuerpo. Son los componentes básicos del cuerpo para reparar y reemplazar los tejidos dañados. Las proteínas se pueden encontrar en huevos, pescados, carnes, aves, frutos secos, arvejas y lentejas (70).

Los determinantes del estilo de vida relacionado con la salud son diversos y su estudio puede abordarse desde dos perspectivas bien distintas. La primera, en la que se valoran factores que podríamos denominar individuales y en la que los objetos de estudio son fundamentalmente aspectos biológicos, factores genéticos y conductuales, así como características psicológicas individuales. La segunda perspectiva parte de aspectos sociodemográficos y culturales, y desde ella se estudia la influencia de factores como el contexto social, económico o el medio ambiente, es decir, diferentes elementos del entorno (71).

El estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales. Los estilos de vida de un grupo social comprenden una serie de pautas de conducta determinadas socialmente y de interpretaciones de situaciones sociales. Estas pautas son desarrolladas y utilizadas por el grupo como mecanismo para afrontar los problemas de la vida. El estilo de vida está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha

desarrollado durante sus procesos de socialización. Dichas pautas de comportamiento son puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, están sujetas a modificaciones (72).

En la presente investigación realizada a los adultos jóvenes del A.H. San Miguel sobre Determinantes de los estilos de vida se encontró que menos de la mitad no realizan ninguna actividad física, un poco más de la mitad consumen pan y cereales diariamente. Estos resultados nos estarían indicando que los adultos jóvenes en cuanto a la falta de actividad física pueden deberse a la desinformación, falta de valoración sobre la importancia para la salud, limitada motivación y organización en el tiempo, la carencia de actividad física puede conllevar a una pérdida gradual de su integridad funcional y estructural, con lo que se pueden ir acumulando daños degenerativos que se pueden evidenciar como enfermedades crónicas a futuro.

En la tabla 4, 5, 6: El 89% (150) de adultos jóvenes no reciben ningún apoyo social natural; el 68% (114) no recibe apoyo social organizado, el 100% (168) no reciben apoyo del comedor popular, ni del vaso de leche. El 67% (112) se atendió en un puesto de salud en los últimos 12 meses, el 64% (108) considera que el lugar donde se atendió está cerca de su casa; el 63% (106) tiene Seguro integral de Salud – Ministerio de Salud (SIS-MINSA); el 38% (64) le pareció regular el tiempo que esperó para que lo entendieran; el 59% (99) consideró que fue buena la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de salud; en cuanto al pandillaje y la delincuencia cerca de su casa si existe un 90% (152).

Los resultados difieren con Bedregal P, Zavala C, Atria J, Núñez G, Pinto M, Valdés S (73), en su investigación sobre Acceso a redes sociales y de salud de población en extrema pobreza en Santiago de Chile-2009. Se aplicó una encuesta a 361 personas que viven en barrios pobres de 15 a 77 años (83 % mujeres). Resultados: El diez por ciento de los sujetos eran analfabetos, 62 % estaba insatisfecho con su acceso a servicios de salud y el 32% no estaban registrados en las clínicas de

atención primaria de salud. Entre los niños de menos de 6 años de edad, el 22 % se retrasa en su calendario de vacunación y el 32 % no se retira la leche. El análisis reveló que la falta de acceso a servicios de salud se asocia con el sentimiento de exclusión, la desconfianza mutua y la falta de resolución de problemas de salud.

El presente resultado se asemeja a los encontrados por Matud P, Carballeira M, López M, Marrero R, Ibáñez I. (74), quienes investigaron sobre Apoyo social y salud: un análisis de lugareños. La muestra estuvo formada por 2 169 personas adultas de la población general. Las correlaciones con las variables sociodemográficas son bajas y significativas sólo en las mujeres. El apoyo social, correlaciona con el nivel de estudios y en un sentido negativo con el número de hijos y la edad. No hay diferencias de género entre los casados, pero los solteros perciben menos apoyo social que las solteras. Tanto las mujeres como los hombres profesionales tienen más apoyo social que las personas que desempeñan un empleo manual [F(3.1821)=9.76 p=0.000], y las amas de casa informan de menos apoyo social que aquellas que tienen un empleo no manual y las profesionales.

Similares resultados a Seclén J. (75), Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú -2005. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú - 2005. Determinar el nivel de satisfacción del usuario (SU) en centros de salud y hospitales del MINSA; analizar la relación entre SU y nivel socioeconómico (NSE); e identificar los factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Materiales y Métodos: Análisis secundario de los datos de Encuesta Nacional de Niveles de Vida 2005. Fueron entrevistados 376 y 327 usuarios de los CS y hospitales, respectivamente. Resultados: Los usuarios de los establecimientos muestran características diferenciadas. La SU fue 68,1% y 62,1% para los centros de salud y hospitales. La edad, educación, distancia al establecimiento y el tiempo de espera presentan asociaciones con la SU.

De igual manera los resultados encontrados en la presente investigación difieren a lo encontrado por Vilma, P. (76). Cuya investigación es titulada factores biosocioeconómicos del adolescente pandillero en la urb. San José – Piura, Se aprecia que el 75% adolescentes pandilleros son de sexo masculino pero hay que resaltar que un 25% de ellos son mujeres, lo que indica la presencia de las mujeres en las pandillas juveniles.

El apoyo social se definido en términos cognitivos, tomando en consideración la dimensión subjetiva del mismo apoyo percibido, ya que es esta percepción precisamente, la que se considera promotora de la salud. La importancia de esta distinción, radica en que algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, y en ausencia de percepción de un apoyo disponible, éste no podrá ser utilizado (77).

Desde la Salud Pública conceptos como la prevención, promoción y rehabilitación de la salud, sitúan en un lugar privilegiado a las personas, familias y a la propia comunidad como recursos naturales/informales disponibles que garantizan la continuidad de los servicios profesionales en salud. Paralelamente, en los últimos años se han implantado grupos organizados de personas como los grupos de autoayuda cuyo papel principal es el de facilitar estrategias adaptativas frente a la enfermedad (77).

Los servicios de salud en el Perú se agrupan en dos subsectores: el público y el privado. El primero está conformado por el MINSA, ESSALUD y los servicios de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional (78).

El Seguro Integral de Salud (SIS), como Organismo Público Ejecutor (OPE), del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. De esta forma, estamos orientados a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de

nuestra población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas (79).

El SIS también busca mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil. Existen gran cantidad de clases de seguros, que pueden ser clasificados de la siguiente forma: ESSALUD, SANIDAD. La finalidad del seguro consiste en proporcionar seguridad económica contra el riesgo, esta finalidad se consigue no por la supresión del acontecimiento temido (fuego, muerte, enfermedad, etc.) (80).

El MINSA tiene la mayor cobertura de servicios de salud a nivel nacional y administra el 84,7% del total de establecimientos entre hospitales, centros de salud y puestos de salud ubicados en zonas urbanas, urbano marginales y rurales dispersas. Atiende a la población predominantemente pobre que no cuenta con seguro social de salud. Por otra parte, EsSalud atiende a trabajadores del sector formal y a sus familias. Sus establecimientos están ubicados principalmente en áreas urbanas. Finalmente, los servicios de las Fuerzas Armadas y Policiales sólo atienden a sus trabajadores y familiares directos. El sub sector privado, conformado por clínicas, consultorios y organismos no gubernamentales, otorga sus servicios en las principales ciudades del país (81).

El tiempo de espera para la atención es el promedio de minutos que transcurren entre el momento en que el usuario solicita la atención en el servicio de urgencias y el inicio de esta por el médico, el sistema de salud debe responder con calidad y respeto a las necesidades y expectativas de la población, fomentando una cultura de servicio orientada a satisfacer sus demandas (82).

El tiempo de espera para la atención se refiere al número de minutos, horas que un usuario espera para ser atendido como sucede con los pacientes con cita previa que tienen que esperar para ser atendidos las

personas acuden al médico dependiendo las necesidades que tengan pero mayormente es por motivos de salud. Es una magnitud que mide la relación de lejanía o cercanía entre dos cuerpos, objetos o individuos va depender en que zona vive la persona de cualquiera de las instituciones de salud (83).

Así mismo podemos evidenciar que los adultos jóvenes manifestaron que existe un alto porcentaje de pandillaje o delincuencia cerca de su casa, la delincuencia suelen provenir de zonas económicamente desfavorecidas y de ámbitos urbanos y suburbanos de clase trabajadora con bajos ingresos, esto también se da por que no recibieren apoyo, protección, amor de parte de sus familiares y esto hace que se desencadene estas actitudes no deseadas en las personas.

Por otro lado no podemos dejar de mencionar que las pandillas nacen en la persona que desde niño no sintió afecto, amor cariño o protección de parte de sus padres o familia, también se da por el abuso de padres o maltratos de padres a temprana edad, es por ello que muchos jóvenes optan por el pandillaje, ya que lo ven como un medio para sobrevivir, de protección en la cual ellos pueden verse refugiados; esto causa problemas para la convivencia ya que las pandillas tienen sus propias leyes y su propio código moral distinto al del resto de la sociedad y que solo usan entre ellos. De manera que causan estragos a la sociedad como robos o violencia, lo que ocasiona que además de estar encerrados en su grupo, sean marginados por el resto de la población sus inadecuadas actitudes. (84)

El riesgo a las que están expuesto los adultos jóvenes que viven alrededor de las pandillas es que pueden sufrir daños de su integridad personal, corren el riesgo de ser asaltados, además el vivir con pandillas pues también están expuestos a juntarse con este grupo de personas y formar parte de ellos debido a que como son personas jóvenes están en busca de nuevos rumbos u horizontes y pues no miden las consecuencias de sus actos. (84)

Los pandilleros típicamente son jóvenes de entre 13 y 21 años de edad. A la mayoría no le ha ido bien en la escuela y muchos hasta han abandonado sus estudios antes de terminarlos. A menudo tienen familiares que han estado en las pandillas. Usualmente los jóvenes más involucrados en la pandilla tienen historial de estar sin supervisión adulta diariamente por largos periodos de tiempo desde una temprana edad. Estos jóvenes se unen a las pandillas en busca de aceptación, compañía, reconocimiento y el sentimiento de pertenecer

(84).

Una pandilla es una agrupación de adolescentes y jóvenes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. Se le puede definir al pandillaje como un conglomerado humano con fines propios, cuyo objetivo es la de propiciar la vida en común entre los miembros del grupo. El pandillaje juvenil es un problema que afecta a los derechos humanos de todos los seres que convivimos en una misma sociedad. Con el tiempo, estos grupos son sinónimos de violencia, robo, inseguridad ciudadana; esto afecta de manera directa a todos los pobladores de una misma sociedad pues no permite que la convivencia dentro de ella sea de la mejor manera posible (85).

En la presente investigación realizada a los adultos jóvenes del A.H. San Miguel, en relación a los Determinantes de las redes sociales y comunitarias se encontró que la mayoría no tiene ningún apoyo social, tienen acceso a los servicios de salud, ya que en la zona existe un Puesto de Salud, lo cual, la salud es lo más valioso que posee un ser humano, por ello, su cuidado y la prevención de cualquier enfermedad debe ser una prioridad, es por ello importante realizar un control y prevención de nuestra salud, para llevar una vida más saludable.

Las pandillas son un tema muy importante por el impacto que tienen en la sociedad y no precisamente de manera positiva, si no, negativa ya que cambian el carácter de una persona o inducen a la gente de distintas edades a participar en situaciones de máxima violencia delincuente, y

lo peor que a veces no existe alguna alternativa, o tienes que pertenecer a una o a otra porque no puedes tener una decisión neutral y a eso se le llama violencia.

Por otro lado se puede decir que si los adultos jóvenes siguen sin recibir apoyo de sus familiares o de alguna institución de apoyo pues en un futuro van a desencadenar una serie de enfermedades como la depresión, la tensión, además va alterar su estado de ánimo debido a que toda persona requiere de ayuda aunque sea de un familiar que le brinde apoyo no solo económico sino también moral o emocional para de esta manera disminuir el riesgo de presentar en un futuro situaciones estresantes en este grupo de personas.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

- En los determinantes biosocioeconómicos la mayoría de adultos jóvenes, tiene un ingreso económico de menor de 750 nuevo soles, más de la mitad son de sexo femenino y tiene un grado de instrucción secundaria incompleta / secundaria completa. La mayoría tiene vivienda unifamiliar, tenencia propia, viviendas de material de piso tierra, menos de la mitad techo noble ladrillo y cemento; la mayoría tiene conexión domiciliaria, casi la totalidad baño propio, cocina gas o electricidad, un poco más de la mitad manifiestan que pasan recogiendo la basura por su casa al menos 2 veces por semana.
- En los determinantes de estilos de vida la mayoría de personas no fumaron, ni a fumado nunca de manera habitual, menos de la mitad no consume bebidas alcohólicas; la mayoría duerme de 06 a 08 horas; se baña diariamente, más de la mitad no se realizan examen médico periódico en un establecimiento de salud; menos de la mitad no realiza actividad física en su tiempo libre la mayoría consume frutas diariamente y un poca más de la mitad consumen pan y cereales diariamente.

- En los determinantes de redes sociales y comunitarias la mayoría se han atendido en un puesto de salud en los últimos 12 meses; consideran que el lugar donde se atendieron está muy cerca de su casa, cuenta con el SIS – Minsa, y menos de la mitad considera que el tiempo de espera para la atención le pareció regular, con una calidad de atención la cual más de la mitad considera que es buena y casi la totalidad manifiestan que el pandillaje o la delincuencia cerca de sus casa si existe. La mayoría no recibe algún apoyo social natural ni recibe algún apoyo social organizado.

5.2. Recomendaciones:

- Sensibilizar y concientizar a las autoridades de la Provincia del Santa, para que por medio de los resultados encontrados coordinen, elaboren y ejecuten o realicen estrategias y/o actividades para mejorar la calidad de vida de la población, además para su respectiva socialización, análisis crítico y sensibilización de la realidad investigada; puesto que la salud del grupo de personas encuestadas están en riesgo a desencadenar un sin número de enfermedades en un futuro.
- Recomendar al personal de salud y autoridades que realicen actividades preventivas promocionales en relación a los determinantes identificados teniendo en cuenta los determinantes de la salud en los adultos jóvenes con menor grado de instrucción y menor ingreso económico para prevenir complicaciones de toda índole.
- Realizar nuevas investigaciones en diferentes campos de la provincia tales como A.H, Pueblos Jóvenes, Distritos; En base a los resultados obtenidos en el presente estudio, de manera que permitan mejorar los estilos de vida de las Adultos Jóvenes del Asentamiento Humano San Miguel - Chimbote y de igual manera

que sirva para concientizar a la población sobre la importancia de mantener un estilo de vida saludable y conocer los factores que determinan una vida productiva y saludable o problemas en la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista. 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: OPS; 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.
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 y senescente 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. Cintia C. Regional nosocomio referencial del cáncer en Ancash. Texto contexto Medic [Revista On-Line].2011 Dic25 [consultado 8 May 2012]. Disponible en: http://www.chimbotenlinea.com/index.php?option=com_content&view=article&id=4937:hospital-regional-sera-nosocomio-referencial-del-cancer-en-ancash-&catid=73:salud&Itemid=353
14. Gonçalves M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre.. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006
15. Tovar L, García G. “La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”. Colombia. Agosto 2006. Nro. 027. 2004.
16. Rodríguez Q. Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.
17. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. 2008. Universidad Nacional del Santa. Chimbote, Artículo científico.
18. Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial.

19. 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.
20. Dalhigren, G. Whitehead, M.. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006
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 . Mexico: 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/enderrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
25. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
26. Pérez Díaz Julio. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas. CSIC. 2009 disponible en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>
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#axzz2ZBVGztID.

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). Mexico; 2010. Disponible en:<http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
30. Definición de Base de datos online. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008. [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. Mexico. 2011. Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf
32. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001
33. Rafael M. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf
34. Martos Carrión Esther. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
35. Sánchez L, Satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
36. González, M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>

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]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm
39. Rosales C. Determinantes en la salud en adultas jóvenes del p. j “la victoria” – Chimbote, 2013 [Tesis] Chimbote: Biblioteca virtual universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2013. Disponible en URL: [file:///C:/Users/User/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(4).pdf)
40. Jiménez, L. Determinantes de la salud en adultos maduros sanos en el A.H Los Paisajes, Chimbote, 2012// Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Chimbote: Universidad Católica de Chimbote. 2012. Disponible en <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000033277>
41. Justino, K. Estilos de vida y factores biosocioculturales del Adulto Joven en la Comunidad de Paria Huaraz// tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Huaraz: Universidad Católica de Chimbote. 2011.
42. Unai M, Bacigalupe A. Estructura social y salud en Euskadi: Clase social, nivel educativo y lugar de nacimiento como determinantes de la salud. Dialnet [serie en internet]. 2009 [citada 2009]; 1134 (45): [Alrededor de 20 pantallas]. Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3021584.pdf
43. Moiso A. Determinantes de la salud en Fundamentos de Salud Pública. Argentina: Edulp; 2007.
44. García, P. Determinantes de la salud en adultos jóvenes del. A.H Sr. De los Milagros. Chimbote-2012// Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Chimbote: Universidad Católica de Chimbote. 212. disponible en <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000033258>.
45. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana pro familia, con el apoyo del Gobierno de los Estados Unidos, a través de su agencia para el desarrollo Internacional (USAID) Colombia: Editorial Mc Graw Hill; 2003.
46. Jara, M. Determinantes de la salud en Adultos jóvenes del. A.H Villa María de Nuevo Chimbote – 2012// Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería.

- Chimbote: Universidad Católica Los 91 Ángeles de Chimbote.2012. disponible en <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000033250>.
47. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda [Nota informativa en internet]. 2008 [Citado 2012 Abr. 10]. [3 páginas]. Disponible desde el URL: <http://ceirbera.blogdiario.com/1217257320/catolicos-disminuyen-y-evangelicosvan-enaumento-en-el-peru-informa-jefe-del-inei/>
 48. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludable. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
 49. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.
 50. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital 2009. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2009.
 51. Martínez, G. Conceptos Vivienda [artículo en internet] 2012. [Citado 2012, oct 8]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/conceptos vivienda](http://es.wikipedia.org/Wiki/conceptos_vivienda).
 52. Cardona, D. Tenencia de Vivienda [artículo en internet] 2012. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/tenencia de vivienda](http://es.wikipedia.org/Wiki/tenencia_de_vivienda).
 53. Sotelo, L. Características de la Vivienda Conceptos . Sobre conceptos. [Documento en internet]. [Citado el 8 de octubre del 2012] disponible desde el URL: [http://Conceptos.com/características de la vivienda](http://Conceptos.com/características_de_la_vivienda).
 54. Zeballos C. Estudio sobre saneamiento básico en la población de Maynas Loreto [trabajo para optar el título de Medicina]. Perú: Universidad Nacional de Loreto; 2012.
 55. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el mejoramiento de la calidad del agua a nivel casero 2005. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
 56. Organización Mundial de la salud. Términos de Salud pública. Washington: OMS; 2007.
 57. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas Mayabeque. Agua y Salud. [boletín] Cuba: CPICM Mayabeque; 2013.
 58. Organización Mundial de la Salud. Relación del agua, el saneamiento y la higiene con la salud 2004. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
 59. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el mejoramiento de la calidad del agua a nivel casero 2005. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2005.

60. Martínez E, Martínez L, Saldarriaga L. Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana en Medellín Colombia. *Redalyc* 2011; 29(2): 163-169.
61. Elizondo A, Guillén F, Aguinaga I. Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. *Revista Española de Salud Pública*. 2005; 79(5):559-567.
62. Martínez E, Saldarriaga J, Sepúlveda F. Actividad física desafío para la promoción de la salud en Medellín Colombia. *Redalyc* 2008; 26(2): 117-123.
63. Conceptos Actividad Física. [Artículo en internet] 2011. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ actividad física](http://es.wikipedia.org/Wiki/actividad_f%C3%ADsica).
64. Fundación Española del Corazón. Sedentarismo. [Serie internet]. [Citado 2013 Jun. 13]. [Alrededor de 4 pantallas]. Disponible desde la URL: http://www.Fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgocardiovascular/faltaejercicio_sedentarismo.html
65. Organización Mundial de Salud. Actividad Física. [Artículo en internet] 2011. Disponible en URL: es.hpptwww.org/actividadfisica/ actividad física.
66. Rojas D. Consumo de energía y nutrientes, características socioeconómicas, pobreza y área de residencia de mujeres peruanas en edad fértil. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [online]. 2004; 21 (4): 231-239.
67. Calderón M, Moreno C, Rojas C, Barboza J. Consumo de alimentos según condición de pobreza en mujeres en edad fértil y niños de 12 a 35 meses de edad. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [online]. 2005; 22(1): 19-25.
68. Organización de las Naciones Unidas Para la Alimentación. Guía de consumo para una Alimentación Saludable. [Documento en internet]. Peru 2011. [Citado 2013 May. 28]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde URL: <http://www.raeperu.org.pe/pdf/Iguia%20consumo%20saludable.pdf>.
69. Basulto, J. Definición y características de una Alimentación Saludable. [Documento en Internet]. España 2013. [Citado 2013 May. 28]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde URL: [http://www.grepedn.es/documentos/AlimentaCiación_saludable_.pdf](http://www.grepedn.es/documentos/AlimentaCi%C3%B3n_saludable_.pdf).
70. Basulto, J. Conceptos de Alimentos. . [Artículo en internet] 2011. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ alimentos](http://es.wikipedia.org/Wiki/alimentos).
71. Lalonde M. Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses. Ottawa: Ministerio de Suministros y Servicios de Canadá; 1974.

72. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Promoción de la Salud. [Conferencia Internacional] Santa Fe de Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 1922.
73. Bedregal P, Zavala C, Atria J, Núñez G, Pinto M, Valdés S. Acceso a redes sociales y de salud de población en extrema pobreza. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2013 Oct 19]; 137(6): 753-758. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872009000600004&lng=.
74. Matud P, Carballeira M, López M, Marrero R, Ibáñez I. Apoyo social y salud: un análisis de género. Salud Mental 2002; 2532-37. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222505>. Consultado el 19 de octubre de 2013.
75. Seclén-Palacin J. Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados Lima 2005. . [trabajo para optar el título de Licenciada en enfermería]. Perú: Peruana Cayetano Heredia; 2005.
76. Vilma, P. Factores biosocioeconómicos del adolescente pandillero en la urb. San José – Piura, 2010.
77. Fernández R. Redes sociales, apoyo social y salud. periférie. 2005; 149 (3): 1-16.
78. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud 2005. Perú: Ministerio de Salud; 2005.
79. Ministerio de salud. Seguro integral de salud.[Documento en internet]. Disponible desde: <http://www.sis.gob.pe/Portal/paginas/odsis.html>.
80. Ministerio de salud. Seguro integral de salud. [Documento en internet]. Disponible desde: <http://www.sis.gob.pe/Portal/paginas/odsis.html>
81. Dirección general de evaluación del desempeño. Tiempo de espera en consultorio externo. [Documento en internet]. Disponible desde: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/indicadores/indicador41.pdf>
82. Montalvo, N. Definición de tiempo. [Artículo en internet]. [citado 11 de Nov, 2013]. Disponible desde: <http://es.wikipedia.org/wiki/Tiempo>.
83. Tiempo de Espera - Accesibilidad [artículo en internet] 2011. Disponible en URL: <http://www.fundacionfundesalud.org/pdffiles/calidad-de-la-atencionensalud.Pdf>.Definiciones Pandillaje [artículo en internet] 2012. Disponible en

URL: <http://www.pandillaje.com>

84. Cárdenas, J. Pandillaje y violencia. “Pandillaje en nuestro entorno” [Blog en Internet] [Citado el 2013 Noviembre 25]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://blog.pucp.edu.pe/blog/omar>

85. Vilcapuma, O. El Pandillaje. [Publicado el martes, 5 de abril de 2011]

Disponible en : <http://urciaoscar.blogspot.com/2011/04/que-es-el-pandillaje.html>

ANEXO 01

CÁLCULO DE LA MUESTRA

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

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

Dónde:

n = Tamaño de muestra

N = Tamaño de la población = **300**

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:

$$\frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (300)}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (300-1)} = n$$

$$n = 168$$

ANEXO N°2



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA D

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS
JOVENES. ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL, CHIMBOTE - 2013

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

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

2. Edad:

- Adulto Joven (20 a 35 > años) ()
- Adulto Maduro (35 a 60 > años) ()
- Adulto Mayor (60 a más años) ()

3. Grado de instrucción:

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

4. Ingreso económico familiar en nuevos soles

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

5. Ocupación del jefe de familia:

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

6. Vivienda

6.1. Tipo:

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

6.2. Tenencia:

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

6.3. Material del piso:

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

6.4. Material del techo:

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

6.5. Material de las paredes:

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

6.6 Cuantos personas 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 excretas:

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

9. Combustible para cocinar:

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

10. Energía eléctrica:

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

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

- Ocasionalmente ()
- No consumo ()

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

17. Con que frecuencia se baña?

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

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

Si () NO ()

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

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

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

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

21. DIETA:

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

Alimentos:	Diario	3 o más veces a la semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
<input type="checkbox"/> Fruta					
<input type="checkbox"/> Carne (Pollo, res, cerdo, etc.)					
<input type="checkbox"/> Huevos					
<input type="checkbox"/> Pescado					
<input type="checkbox"/> Fideos, arroz, papas.....					
<input type="checkbox"/> Pan, cereales					
<input type="checkbox"/> Verduras y hortalizas					
<input type="checkbox"/> Legumbres					
<input type="checkbox"/> Embutidos, enlatados					
<input type="checkbox"/> Lácteos					

<input type="checkbox"/> Dulces, gaseosas					
<input type="checkbox"/> Refrescos con azúcar					
<input type="checkbox"/> Frituras					

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

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

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

- Pensión 65 si () no ()
- Comedor popular si () no ()
- Vaso de leche si () no ()
- Otros si () no ()

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

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

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

- Muy cerca de su casa ()
- Regular ()
- Lejos ()
- Muy lejos de su casa ()

- No sabe ()

27. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

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

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

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 a su casa?

Si () No ()

Muchas gracias, por su colaboración

ANEXO 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 de la persona adulta en las Regiones del Perú** desarrollada por Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

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

y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 9 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada una de la expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA EN LAS REGIONES DEL PERÚ”. (Ver anexo--).
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 (Ver anexo)

5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 9 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla --)

Tabla

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

N°	V de Aiken	N°	V de Aiken
1	1,000	14	1,000
2	1,000	15	1,000
3	1,000	16	1,000
4	1,000	17	1,000
5	0,944	18	1,000
6.1	1,000	19	1,000
6.2	1,000	20	1,000
6.3	1,000	21	1,000
6.4	1,000	22	1,000
6.5	1,000	23	1,000
6.6	1,000	24	1,000
7	1,000	25	1,000
8	1,000	26	1,000

9	1,000	27	1,000
10	1,000	28	1,000
11	1,000	29	1,000
12	1,000	30	1,000
13	1,000		
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 de la persona adulta en las regiones del Perú.

ANEXO 04

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

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

Nº	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (nº de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
Coefficiente de validez del instrumento														0,998

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

Comentario:									
P5									
Comentario:									
P6									
Comentario:									
P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
Comentario:									
P7									

Comentario:									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P8									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comentario:									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P9									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comentario:									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P10									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comentario:									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P11									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comentario:									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P12									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comentario:									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P13									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comentario:									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P14									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comentario:									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P15									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentarios									

P18									
Comentario									
P19									
Comentario									
P20									
Comentario									
P21									
Comentario									
6 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:	1	2	3	4	5
¿El cuestionario está adecuadamente formulado para los destinatarios a encuestar?					
Comentario:					

Gracias por su colaboración.

ANEXO N°05



UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS ADULTOS

JOVENES. A.H. "SAN MIGUEL" 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.

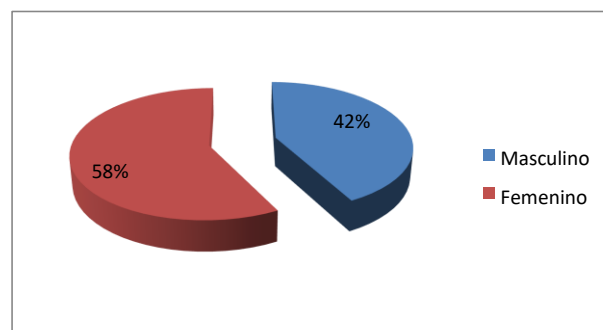
La investigadora se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informaran de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

.....
FIRMA

***DETERMINANTES DE LA SALUD
BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS JOVENES
ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE,
2013***

GRÁFICO 1

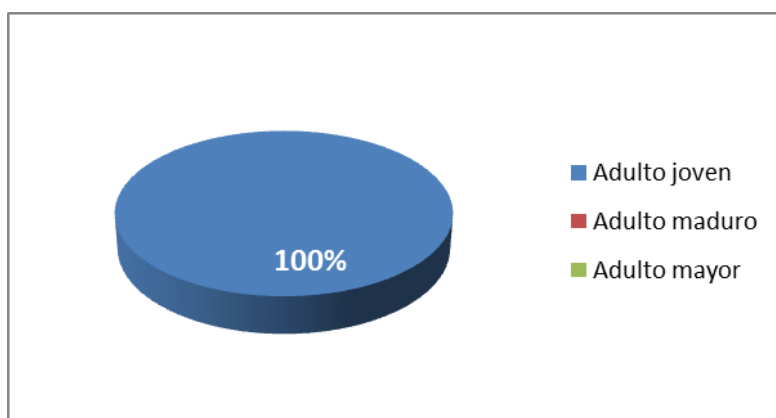
***SEXO DE LOS ADULTOS JOVENES DEL
ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE,
2013***



Fuente: Tabla 1

GRÁFICO 2

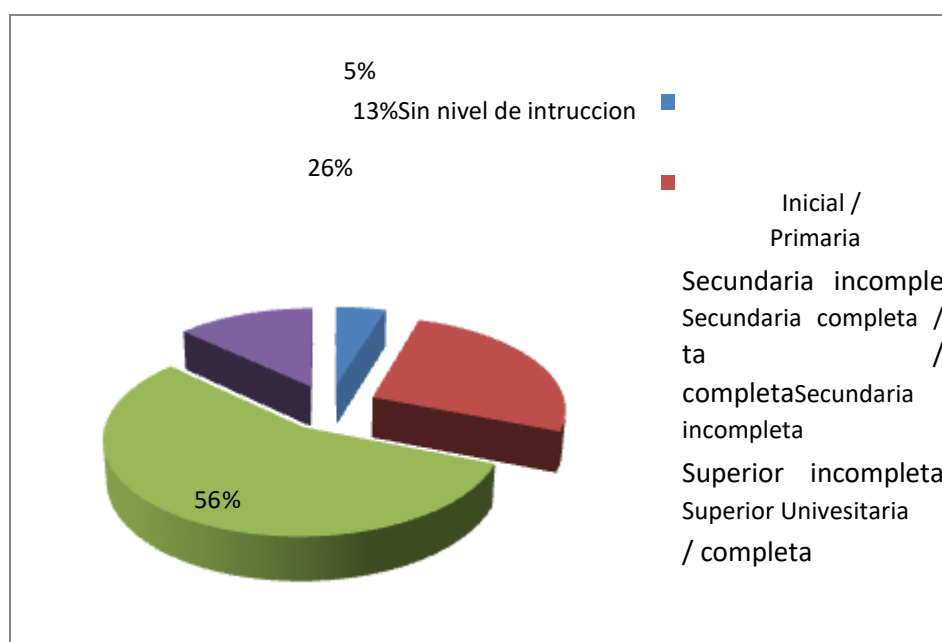
EDAD DE LOS ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 1

GRÁFICO 3

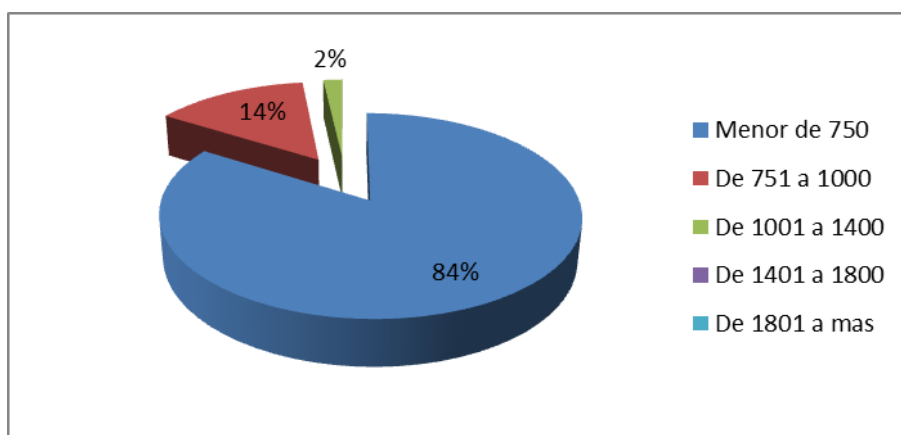
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 1

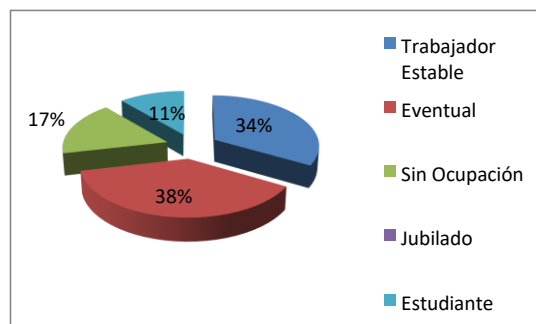
GRÁFICO 4

**INGRESOS ECONÓMICOS DE LOS ADULTOS JOVENES DEL
ASENTAMIENTO HUMA SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013**



Fuente: Tabla 1

***OCUPACIÓN DE LOS ADULTOS JOVENES DEL
ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013***



Fuente: Tabla 1

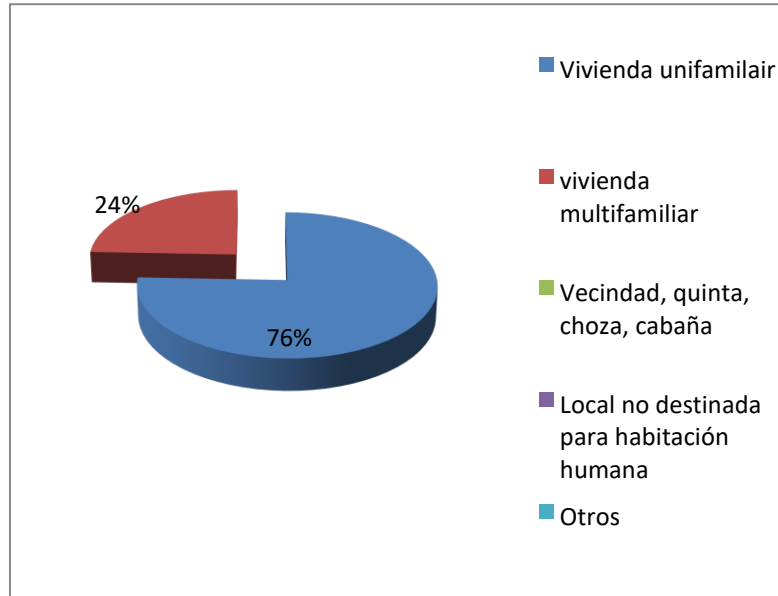
**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA
VIVIENDA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL
ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL –
CHIMBOTE,**

2013

GRÁFICO 6

***TIPO DE VIVIENDA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL
ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE,
2013***

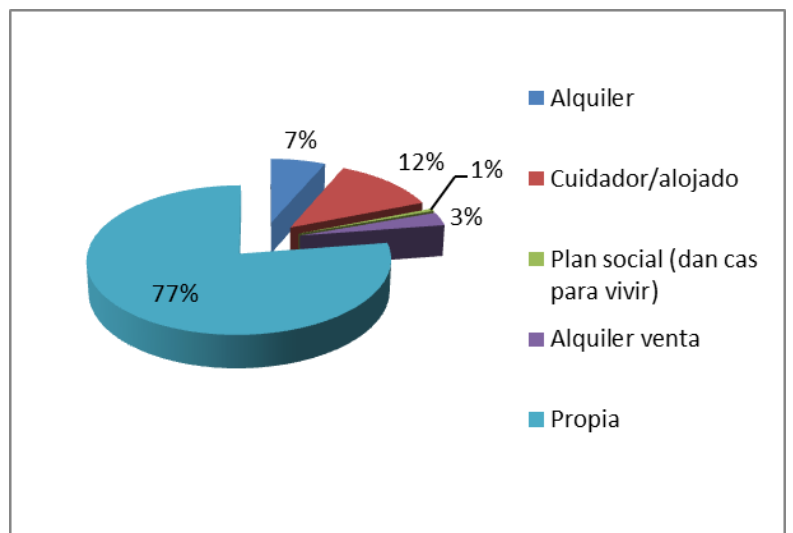
GRÁFICO



Fuente: Tabla 2

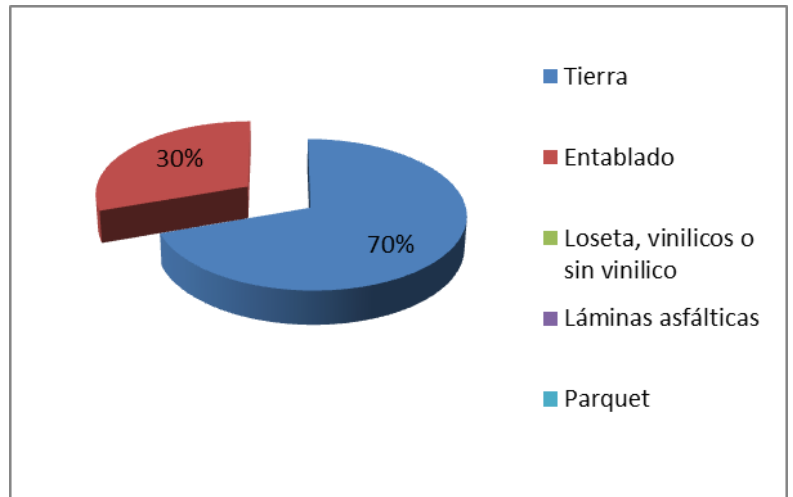
GRÁFICO 7

TENENCIA DE VIVIENDA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 2

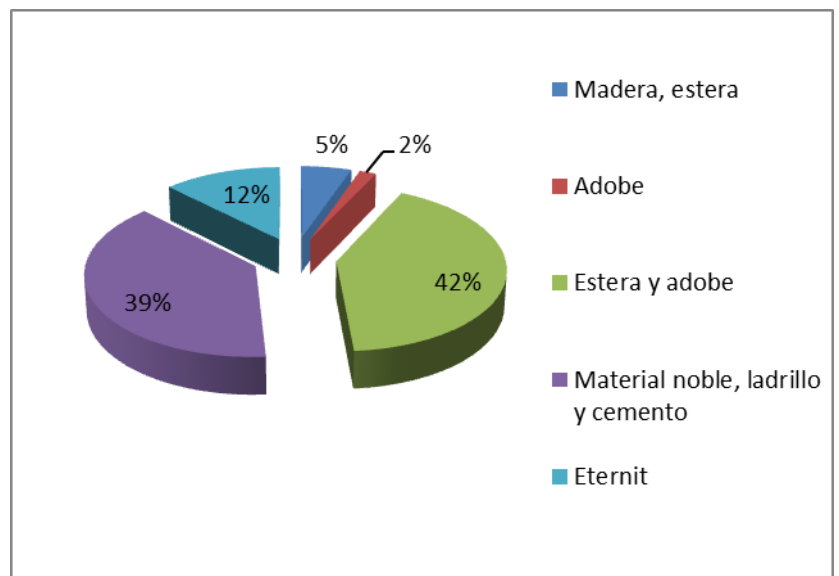
**MATERIAL DE PISO DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS
JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL –
CHIMBOTE, 2013**



Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 9

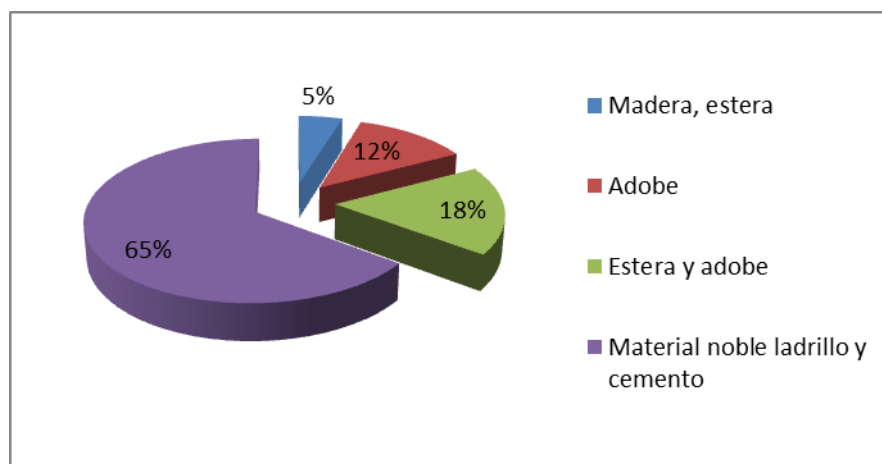
**MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS
JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL –
CHIMBOTE, 2013**



Fuente: Tabla 2

**GRÁFICO
10**

***MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS
JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE,
2013***



Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 11

***N° DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN DE LA
VIVIENDA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO
SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013***

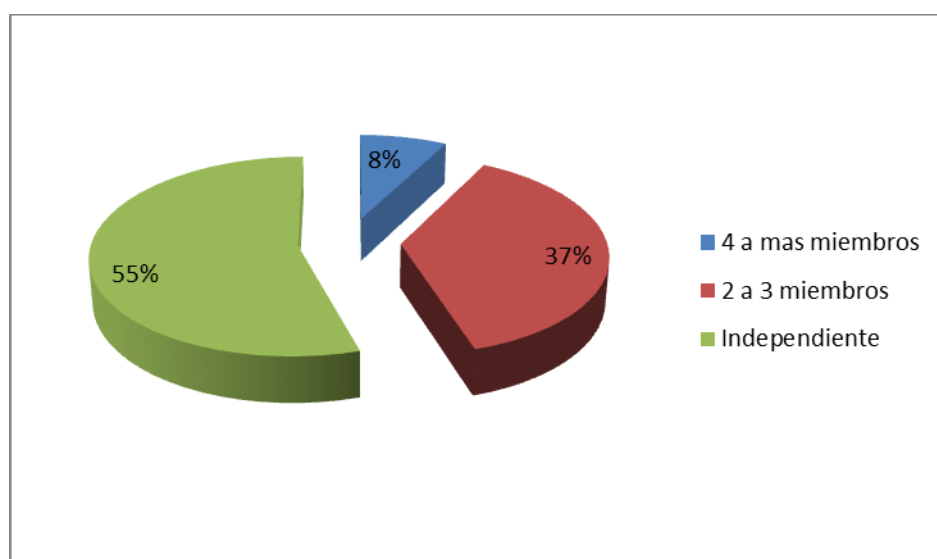
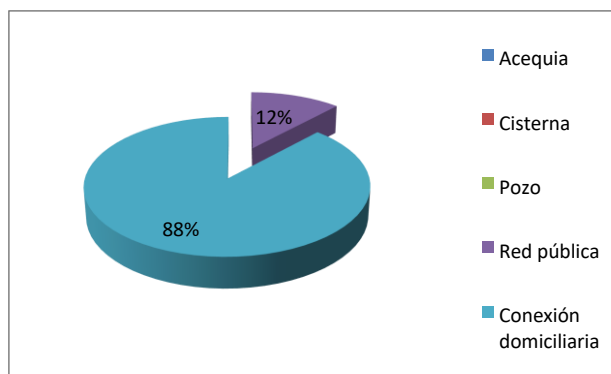


GRÁFICO
Fuente: Tabla 2

12

***ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LA VIVIENDA DE LOS
ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN
MIGUEL – CHIMBOTE, 2013***

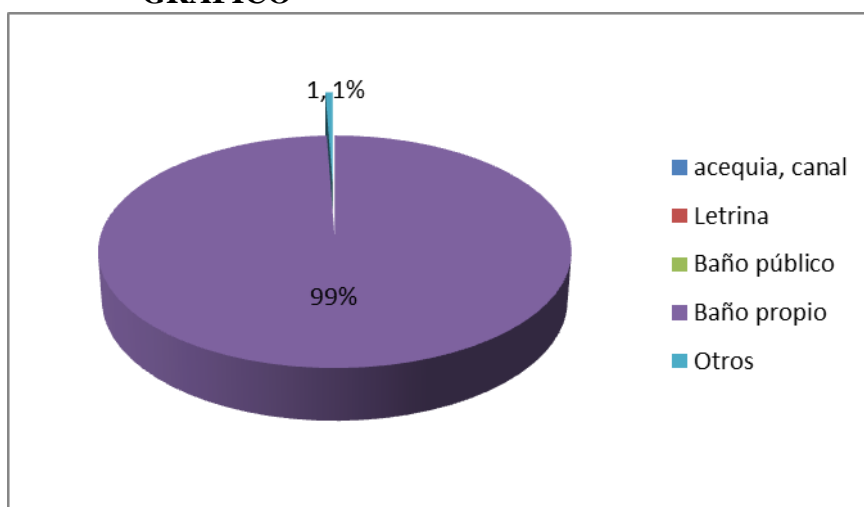


Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 13

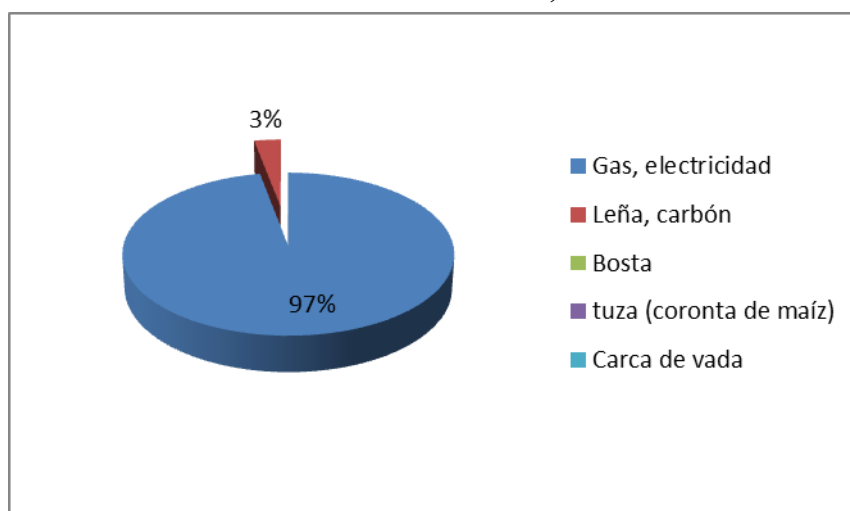
***ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LAS VIVIENDAS DE LOS
ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN
MIGUEL – CHIMBOTE, 2013***

GRÁFICO



Fuente: Tabla 2
14

COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013

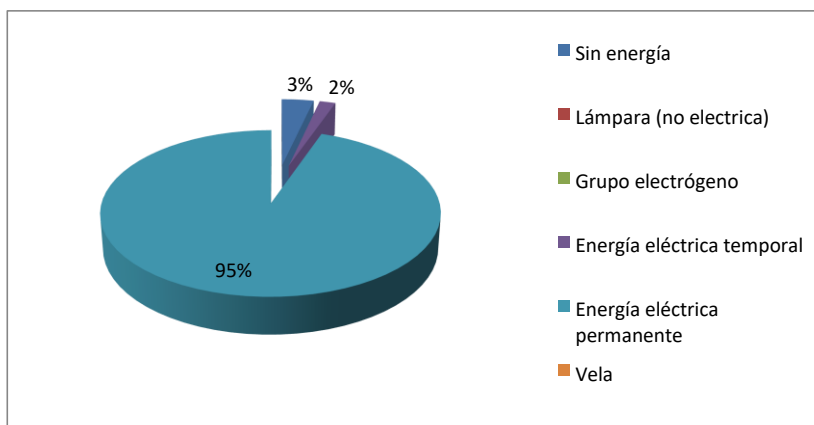


Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 15

ENERGÍA ELÉCTRICA EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS JOVENES DEL

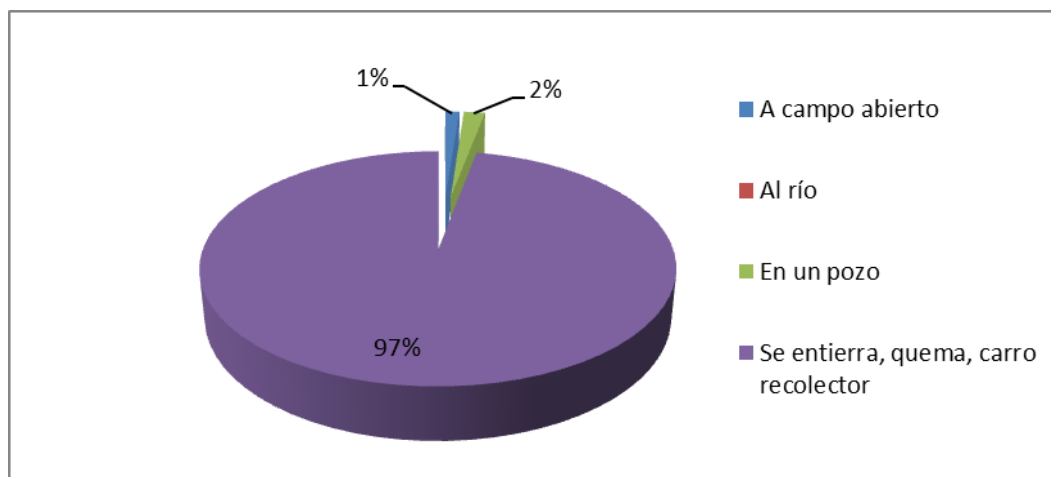
GRÁFICO
ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 2

16

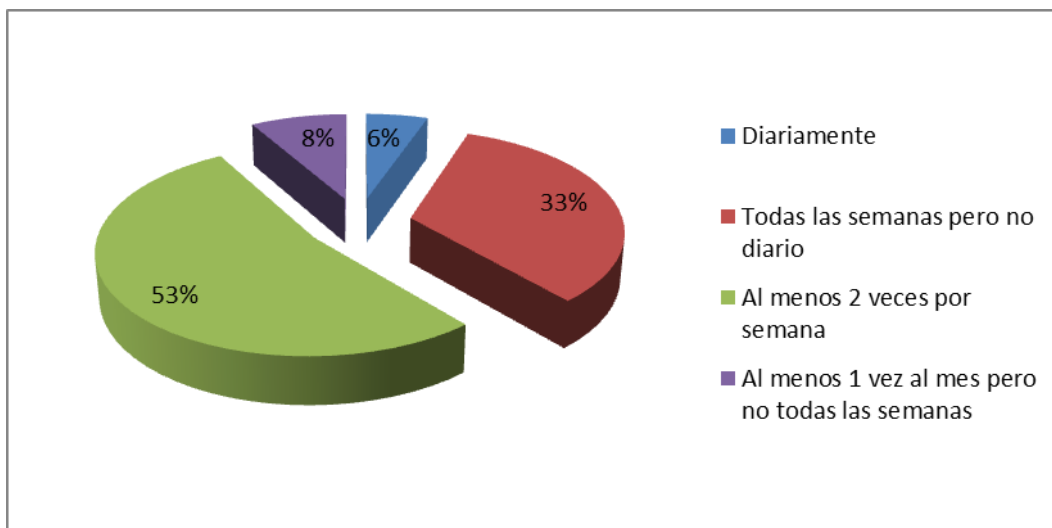
DISPOSICIÓN DE BASURA EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS JOVENES DEL
ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 2

GRÁFICO 17

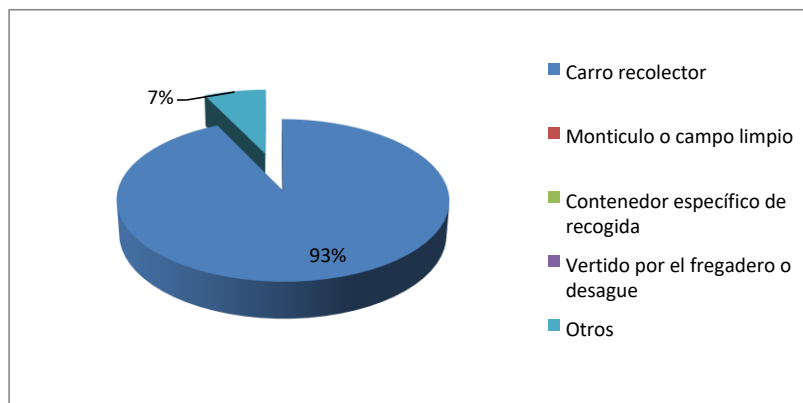
GRÁFICO
FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR LAS
VIVIENDAS DE LOS ADULTOS JOVENES. DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN
MIGUEL – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 2

18

COMO SUELEN ELIMINAR SU BASURA DE LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS
JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013

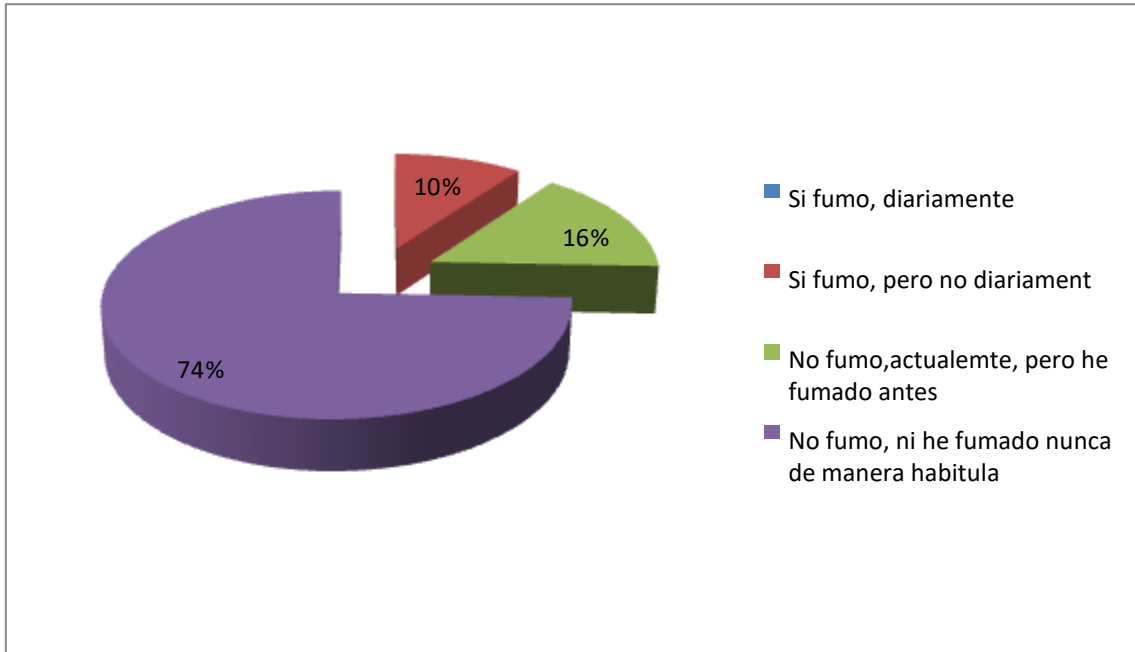


Fuente: Tabla 2

GRÁFICO
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS
ADULTOS JOVENES. DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN
MIGUEL – CHIMBOTE, 2013

GRÁFICO 19

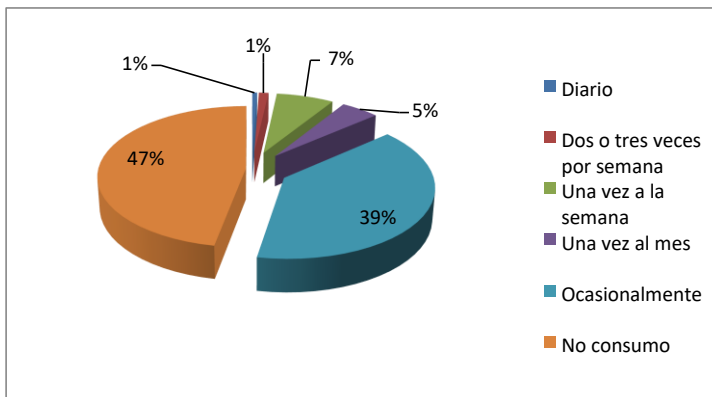
TIENE HABITO DE FUMAR ACTUALMENTE DE LOS ADULTOS JOVENES DEL
ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 3

GRÁFICO 20

FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS DE LOS ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013

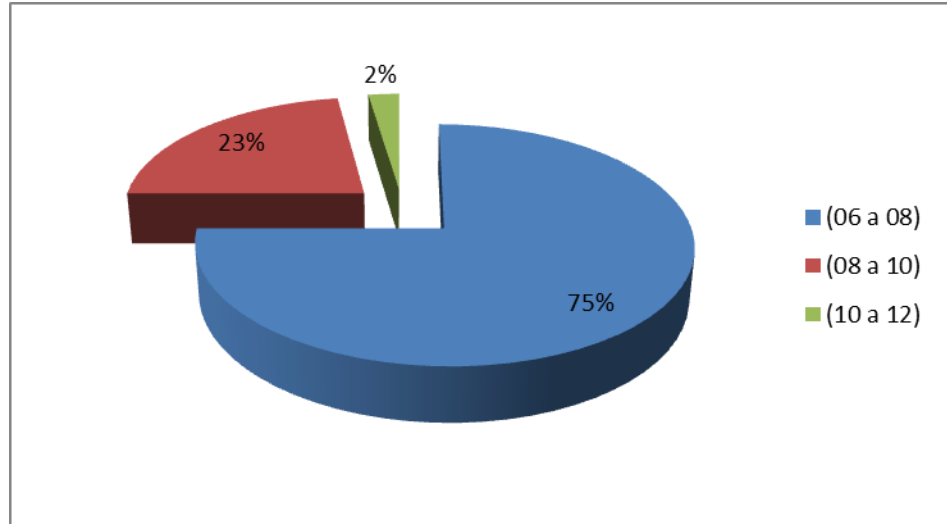


Fuente: Tabla 3

GRÁFICO

21

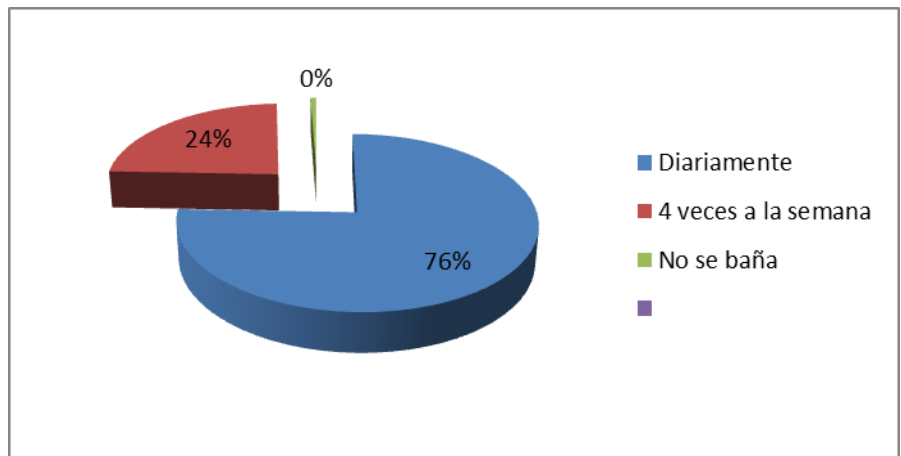
NUMERO DE HORAS QUE DUERME DE LOS ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 3

GRÁFICO 22

FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013

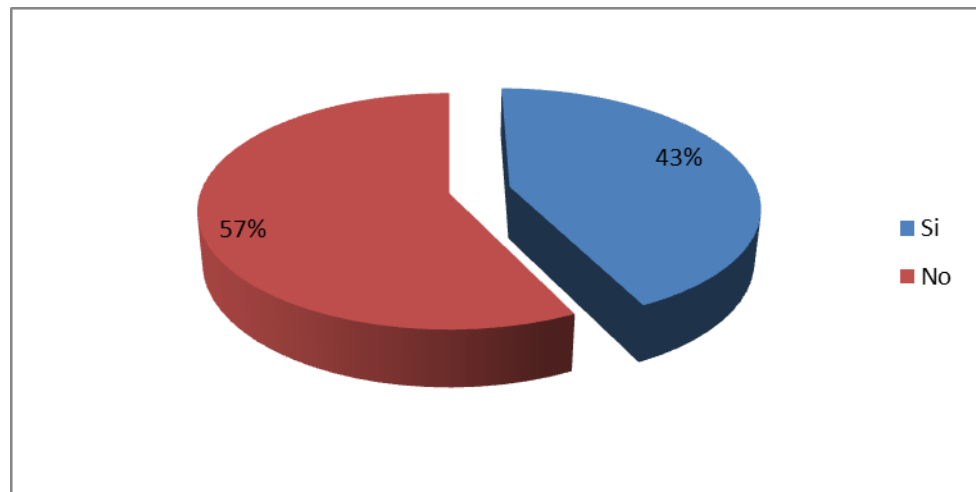


Fuente: Tabla 3

GRÁFICO

23

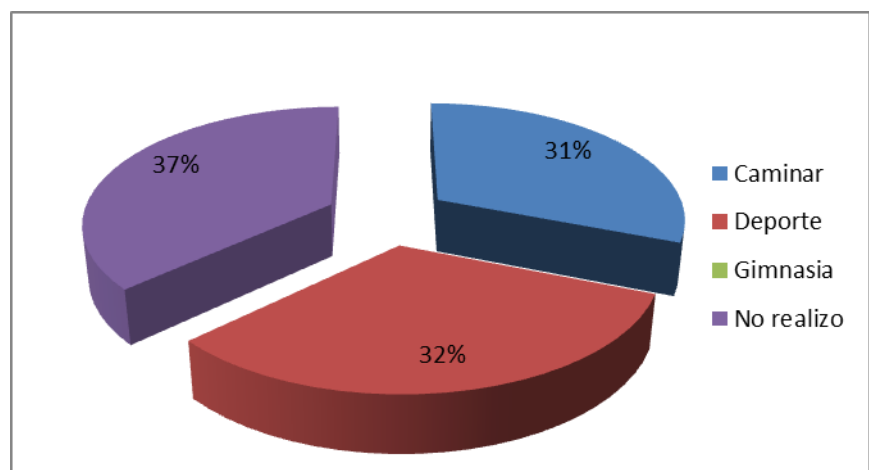
*EXÁMEN MÉDICO PERIÓDICO EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD
DE LOS ADULTOS JOVENES. DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN
MIGUEL – CHIMBOTE, 2013*



Fuente: Tabla 3

GRÁFICO 24

*TIEMPO LIBRE QUE REALIZAN ALGUNA ACTIVIDAD FISICA
LOS ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN
MIGUEL – CHIMBOTE, 2013*

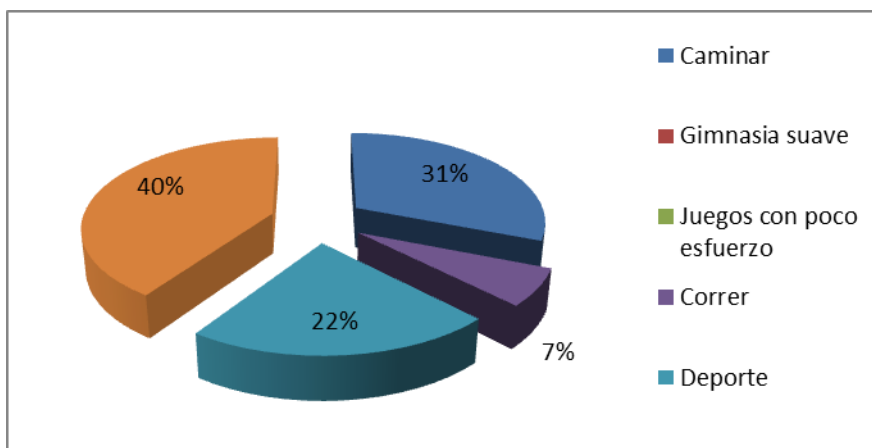


Fuente: Tabla 3

GRÁFICO

25

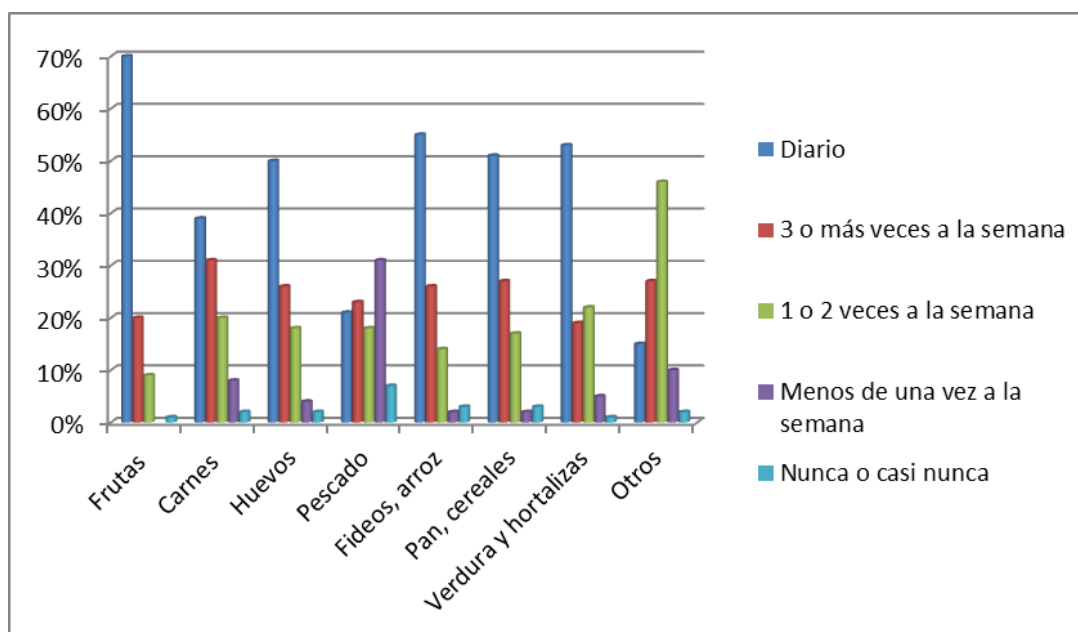
ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZÓ DURANTE 20 MINUTOS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS DE LOS ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 3

GRÁFICO 26

CONSUMO DE ALIMENTOS EN LOS ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013

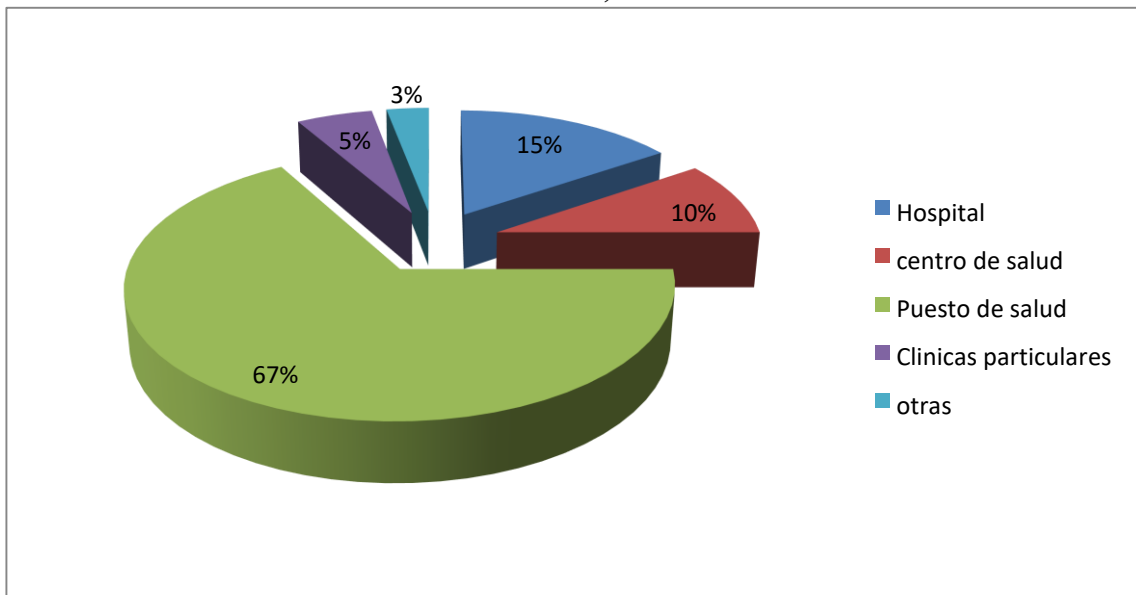


Fuente: Tabla 3

**DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO DE LOS
ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO
SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013**

GRÁFICO 27

***INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ EN LOS ULTIMOS 12
MESES
LOS ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL –
CHIMBOTE, 2013***

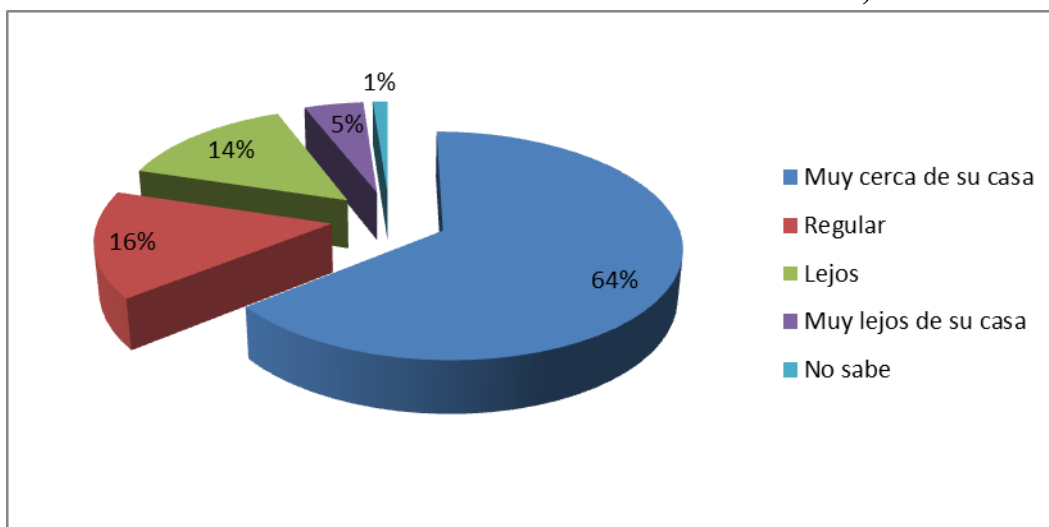


Fuente: Tabla 4

GRÁFICO 28

***UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE SE ATENDIERON EN
RELACION A LA UBIACION DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL***

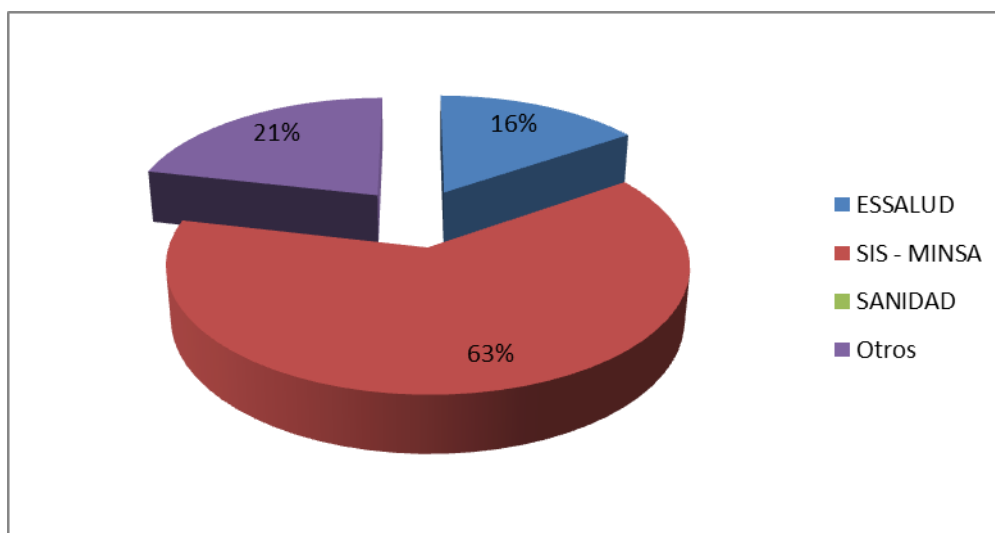
ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 4

GRÁFICO 29

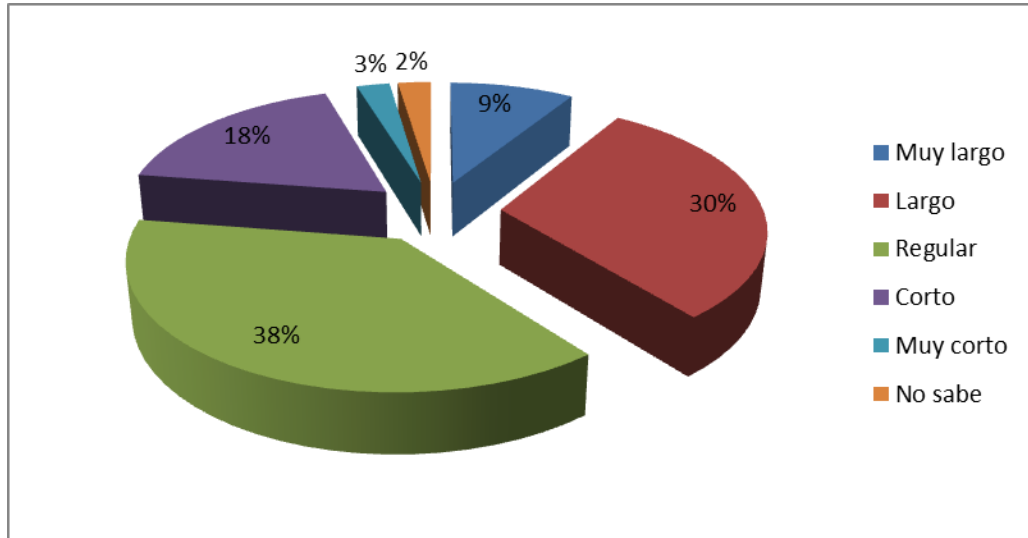
TIPO DE SEGURO DE LOS ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 4

GRÁFICO 30

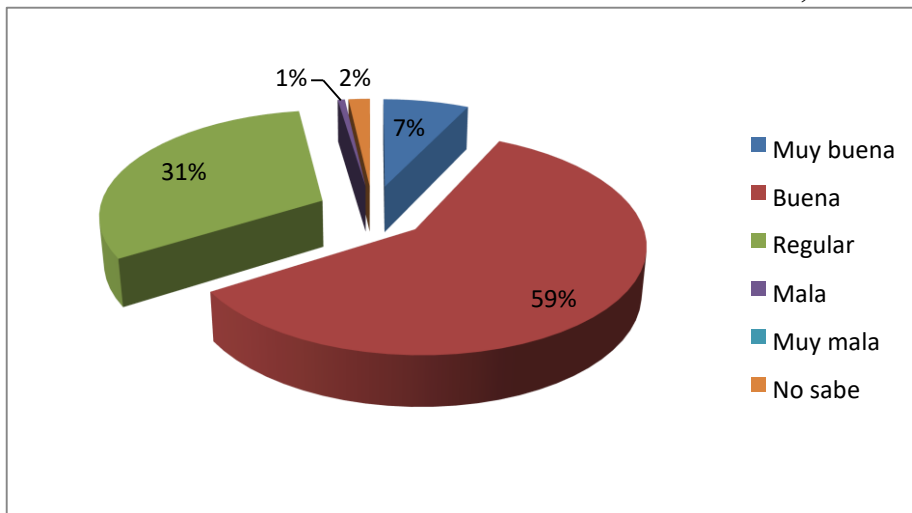
PERCEPCION DEL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCION EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR LOS ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 4

GRÁFICO 31

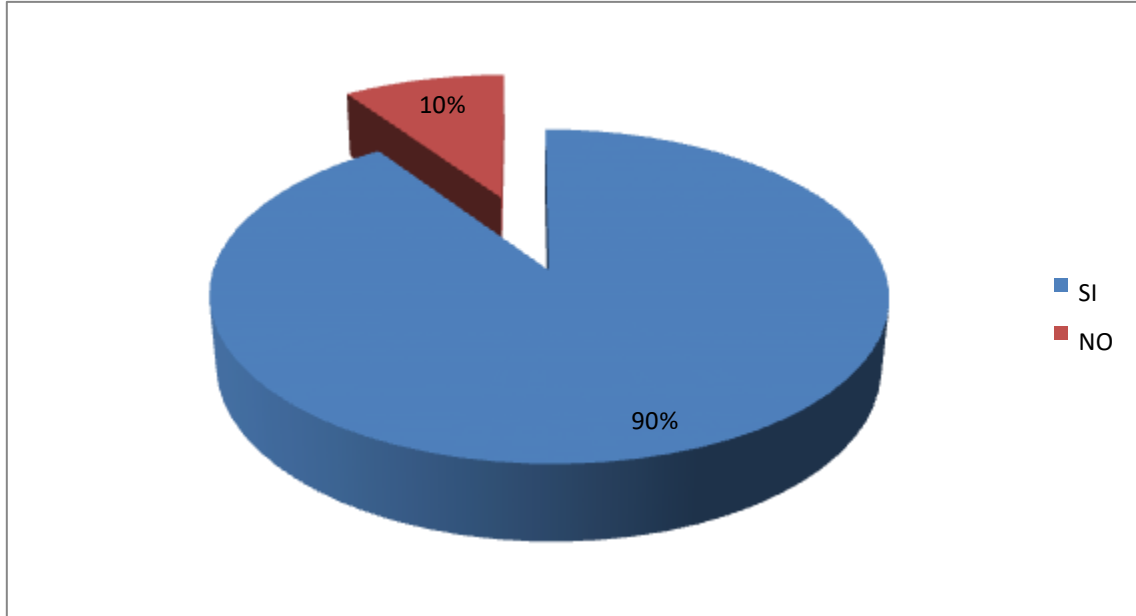
CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 4

GRÁFICO 32

***PRECENCIA DE PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE LA VIVIENDA DE
LOS ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL –
CHIMBOTE, 2013***



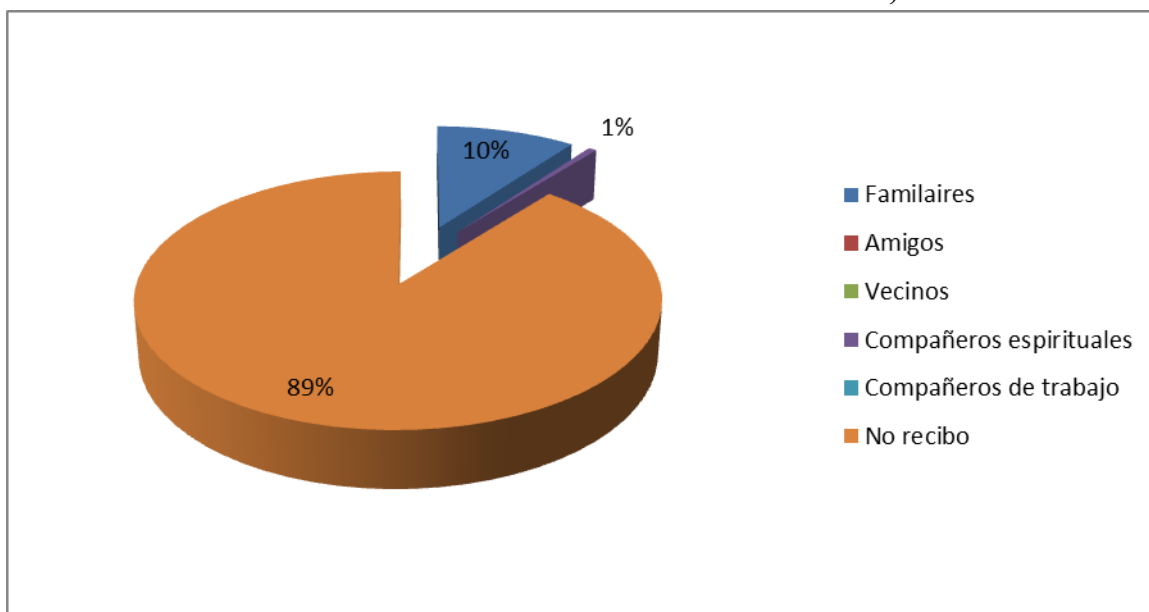
Fuente: Tabla 4

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO
SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO DE LOS ADULTOS
JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE,
2013**

GRÁFICO N° 33

RECIBEN ALGUN APOYO SOCIAL NATURAL DE LOS ADULTOS JOVENES DEL

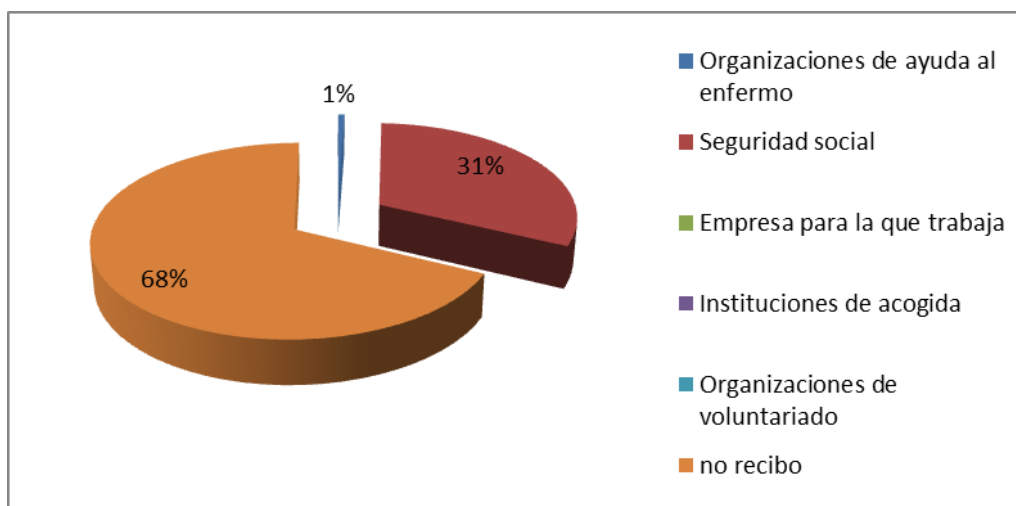
ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 5

GRÁFICO 34

**RECIBEN ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO LOS ADULTOS JOVENES DEL
ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013**

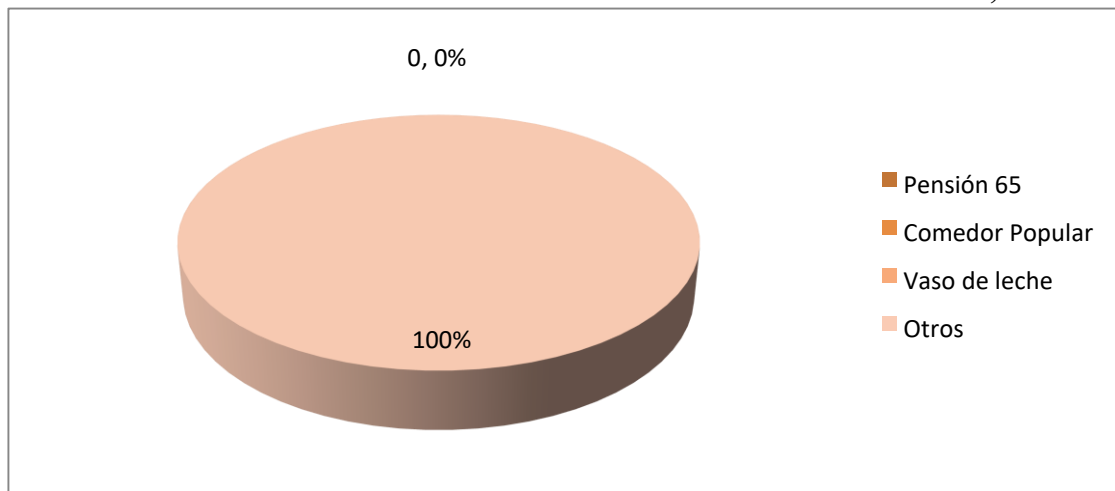


Fuente: Tabla 5

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO DE LOS ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013

GRÁFICO 35

APOYO QUE RECIBEN EN ALGUNAS ORGANIZACIONES LOS ADULTOS JOVENES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN MIGUEL – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 6