



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN GESTANTES
ADULTAS. PUEBLO JOVEN LA UNIÓN, CHIMBOTE-
PERU, 2015**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO

PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

AUTORA:

MARITA GIULIANA VERGARAY VIVAR.

ASESORA:

DRA. MARÍA ADRIANA VÍLCHEZ REYES

CHIMBOTE-PERU

2017

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. Julia Cantalicia Avelino Quiroz

PRESIDENTA

Mgtr. Leda María Guillén Salazar

SECRETARÍA

Dra. Sonia Avelina Girón Luciano

MIEMBRO

DEDICATORIA

A DIOS:

Por ser luz en mí camino, por bendecirme con todo lo que tengo a mí alrededor, buena salud, una familia maravillosa y entre ellos en especial a mi madre que por ella estoy logrando mis sueños.

A MIS PADRES:

Que con su esfuerzo y dedicación me apoyaron constantemente en todos mis logros obtenidos, por sus consejos, y la actitud que sembraron en mí para ser una persona de bien.

A la Dra. Adriana Vílchez, por ser mi guía durante todo el camino recorrido en mi formación y por brindarme los conocimientos necesarios para poder culminar la tesis.

AGRADECIMIENTO

A mi alma mater La Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote: por haber sido guías y pilares durante nuestra formación profesional.

A mis docentes por haberme brindado todos sus conocimientos y experiencia, por haberme guiado en el proceso de formación profesional, por su comprensión y paciencia.

A mis infinitamente a mi madre y familiares que me apoyo en todo momento para poder lograr mis objetivos planteados ya que sin el apoyo de cada uno de ellos no hubiera sido posible lograrlo.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud de las gestantes adultas jóvenes del pueblo joven la Unión - Chimbote; 2015. La muestra estuvo constituida por 170 gestantes adultas quienes se les aplico un instrumento: Cuestionario sobre los determinantes de salud utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en el software PASW Statistics versión 18.0. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos, obteniéndose los siguientes resultados: En los determinantes del entorno socioeconómico encontramos que la mayoría de gestantes adultas tienen un ingreso económico menor de 750 soles, cuyas ocupación es de trabajos eventuales, sus viviendas son propias, con piso de tierra, los techo son de madera, estera, su abastecimiento de agua por conexión domiciliaria, eliminación de excretas en baño propio. En los determinantes de estilos de vida encontramos que la mayoría de gestantes adultas consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, no realizan actividad física en sus tiempos libres, en los dos últimos semanas no realizan ningún tipo de actividad física con duración de más de 20 minutos. En los determinantes de redes sociales y comunitarias en su totalidad de gestantes adultas no recibe apoyo social de pensión 65, casi la totalidad tienen SIS-MINSA, no reciben algún apoyo social organizado, si existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

Palabras clave: adultas, determinantes de la salud, gestantes

ABSTRACT

The present quantitative, descriptive research work with a single box design. The objective was to describe the determinants of the health of the young adult pregnant women of the Union - Chimbote; 2015. The sample consisted of 170 adult pregnant women who were given an instrument: Questionnaire on health determinants using the technique of interview and observation. The data were processed in PASW Statistics software version 18.0. For the analysis of the data, absolute and relative frequency distribution tables were constructed. As well as their respective statistical graphs, the following results are obtained: In the determinants of the socioeconomic environment we find that the majority of adult pregnant women have an economic income of less than 750 soles, whose occupation is of eventual works, their own dwellings, with earth floor , Ceilings are made of wood, mat, water supply by home connection, removal of excreta in own bathroom. In the determinants of life styles we find that most adult pregnant women occasionally consume alcoholic beverages, do not engage in physical activity during their free time, in the last two weeks do not perform any type of physical activity with a duration of more than 20 minutes. In the determinants of social and community networks in their totality of adult pregnant women does not receive social support of pension 65, almost all have SIS-MINSA, do not receive some organized social support, if there is pandillaje or delinquency near their house.

Keywords: adults, health determinants, pregnant wome

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCION	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1 Antecedentes.....	12
2.2 Bases Teóricas y conceptuales de la investigación.....	16
III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y diseño de la Investigación.....	26
3.2 Población y muestra.....	26
3.3 Definición y Operacionalización de las variables.....	27
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	39
3.5 Plan de análisis.....	42
3.6 Principios éticos.....	43
IV. RESULTADOS	
4.1 Resultados.....	45
4.2 Análisis de resultados.....	54
V. CONCLUSIONES	
5.1 Conclusiones.....	111
5.2 Recomendaciones.....	113
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
ANEXOS	140

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1	45
DETERMINANTES DE LA SALUD SOCIOECONÓMICOS EN GESTANTES ADULTAS PUEBLO JOVEN LA UNION-CHIMBOTE, 2015.	
TABLA 2	46
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN GESTANTES ADULTAS PUEBLO JOVEN LA UNION-CHIMBOTE, 2015.	
TABLA 3	49
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN GESTANTES ADULTAS PUEBLO JOVEN LA UNION-CHIMBOTE, 2015.	
TABLA 4, 5, 6	51
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN GESTANTES ADULTAS PUEBLO JOVEN LA UNION-CHIMBOTE, 2015.	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

GRÁFICOS DE TABLA 1.....	159
DETERMINANTES DE LA SALUD SOCIOECONÓMICOS EN GESTANTES ADULTAS PUEBLO JOVEN LA UNION-CHIMBOTE, 2015.	
GRÁFICO DE TABLA 2.....	160
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN GESTANTES ADULTAS PUEBLO JOVEN LA UNION-CHIMBOTE, 2015.	
GRÁFICO DE TABLA 3.....	167
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN GESTANTES ADULTAS PUEBLO JOVEN LA UNION-CHIMBOTE, 2015.	
GRÁFICO DE TABLA 4, 5, 6.....	171
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN GESTANTES ADULTAS PUEBLO JOVEN LA UNION-CHIMBOTE, 2015.	

I. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas del siglo xx, el mundo experimentó grandes avances científicos en el campo de la biomedicina que han tenido gran repercusión en la mejora de la salud de la humanidad. Sin embargo, al inicio del siglo XXI, no podemos mostrarnos tan optimistas y resulta sumamente preocupante constatar que existen muchos problemas de salud no resueltos y que las desigualdades en este ámbito se están acentuando de forma alarmante entre el mundo desarrollado y los países de renta más baja. Los principales retos de la salud en el mundo para los próximos años se concretan en la erradicación de la pobreza, la reducción de la mortalidad infantil, la mejora de la salud materna y la lucha contra enfermedades con el sida y enfermedades metabólicas (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).

Desde la antigüedad han preocupado las causas, condiciones o circunstancias que determinan la salud, lo que se conoce a partir de los años 70 como “determinantes”. Los determinantes del estado de salud han estado sometidos a las contingencias históricas de la especie humana. Dichos determinantes abarcan desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y, por supuesto los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud (4).

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla”. De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (5).

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (5).

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (5).

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo. El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (6).

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

enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (7).

El concepto de equidad en salud se basa en la premisa de que “idealmente todos deben tener una oportunidad justa de lograr su pleno potencial de salud y, de forma más pragmática, que nadie debe estar en desventaja para alcanzar ese potencial, si esto puede evitarse”. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad del usuario (8).

Las inequidades tienen dimensiones morales y éticas refiriéndose a diferencias que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran arbitrarias e injustas. Así, para calificar una situación dada como inequitativa es necesario examinar la causa que lo ha creado y juzgarla como injusticia en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad (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 únicamente reconocidos y actuablemente son la base de estudio y tratamiento a nivel mundial; así la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó la conferencia mundial sobre los determinantes sociales de la salud, que tuvo lugar del 19 al 21 de octubre del 2011 en Río de Janeiro (Brasil). El objetivo principal fue extraer las enseñanzas e impulsar la acción mundial coordinada en torno a cinco esferas clave, a saber: a) la gobernanza para abordar las causas fundamentales de las inequidades en materia de salud; b) la promoción de la participación: liderazgo de las comunidades para actuar sobre los determinantes sociales de la salud; c) la función del sector de la salud, incluidos los programas de salud pública, en la reducción de las inequidades en materia de salud; d) la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud: alineamiento de las prioridades y de los actores; y e) la vigilancia del progreso (10).

El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, sino que supone necesariamente un imperativo ético-político. Las desigualdades en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas. Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tales inequidades, carecen de justificación. En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado (11).

En nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Por un lado, existen inequidades de acceso a los servicios. Por otro, hay inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (11).

Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (11).

No escapo esta problemática de salud en el país, viéndolo en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores (12).

El ministerio de salud refiere que la mortalidad materna en el Perú pasó de 457 defunciones en el año 2012 a 411 en el 2015, según cifras de la dirección de epidemiología del ministerio de salud (Minsa), lo que representa un descenso de 10% en éste índice. De acuerdo con misma encuesta, el parto institucional también se incrementó de 81,3% en 2012 a 89,2% en el 2015, y notoriamente en la zona rural de 57,6% a 72% en el mismo periodo. Asimismo, la tasa de mortalidad en menores de 5 años ha descendido de 26 x mil nacidos vivos en el 2012 a 20 x mil nacidos en el 2015. En tanto, la tasa de mortalidad perinatal disminuyó de 16 a 15 x mil nacidos vivos en el mismo periodo (13).

A esta realidad problemática no escapan las gestantes adultas que habitan en el pueblo joven La Unión-Chimbote; que se ubica en un sector que limita por el norte con Cesar Vallejo por el sur con la Campiña km 4.5, por el este por un cerro invadido y por el oeste con el Porvenir, La campiña km.3. La Unión se creó en el año de 1970 .Entre las características podemos decir que cuentan con luz de Hidrandina en un 90% agua y desagüe , sus viviendas son de esteras, prefabricadas, material noble y triplay, se observa que en la comunidad transitan una buena cantidad de carros, moto taxis y triciclos, cuenta con una posta médica, un puesto de auxilios rápidos, un local comunal además de una iglesia católica y cinco evangélicas , una plaza de armas, se observa que existen gran cantidad de ambulantes que están vendiendo alimentos inadecuados para la salud de los población , la comunidad cuenta con un total de 8,591 habitantes de los cuales encontramos que hombres son 4,368, mujeres hay 4,223 de las cuales nos refiere el puesto de salud La Unión que hay 170 gestantes adultas (14).

La mayoría de gestantes adultas trabajan como madres cuidadoras, al comercio de comidas y reciclaje. En base a la morbilidad se ha registrado que las enfermedades más comunes que enferman las gestantes adultas del pueblo joven La Unión son las diarreas debido a la inadecuada higiene al momento de consumir los alimentos; fruto del descuido y desconocimiento del tema al igual que no se realizan una adecuada higiene después de ir a los servicios higiénicos, además existe mucha contaminación en las calles donde se observa acumulación de basuras y presencia de animales callejero como los perros y gatos. Gripes y resfríos que muchas veces se les vuelve crónico debido a que por ser una zona despojada corre mucho viento y las viviendas no ayudan en el abrigo y confort de la persona (esteras, triplay), el personal de salud refiere que en un 60% de mujeres gestantes tienen parto normal y un 40% de mujeres le transfieren a la Caleta (14).

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en gestantes adultas. Pueblo joven La Unión, Chimbote-Perú, 2015?

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

Describir los determinantes de la salud en gestantes adultas. Pueblo joven La Unión, Chimbote-Perú, 2015.

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

Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico y ambientales en las gestantes adultas: (Grado de instrucción, ingreso económico, condición de trabajo), entorno físico; (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).

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

Identificar los determinantes de redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las gestantes adultas y su impacto en la salud, autopercepción del estado de salud en las gestantes adultas.

Finalmente la Investigación se justifica en el campo de la salud ya que genera conocimientos fundamentales para accionar frente la problemática que presentan las gestantes adultas del pueblo joven La Union; a partir de los resultados de la investigación se lograra proponer estrategias y presentar soluciones para elevar el nivel de salud y el bienestar de las gestantes ; teniendo como propósito reducir las desigualdades sociales , mejorar los estilos de vida de las gestantes adultas y mejorar el desarrollo socioeconómico de los países.

El presente estudio permite instar a los estudiantes de la salud, de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 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 las gestantes adultas del pueblo joven la Unión, 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 puesto de salud La Union porque las conclusiones y recomendaciones van a contribuir a elevar la eficiencia del programa preventivo promocional de la salud principalmente en la etapa de vida de las gestantes adultas y reducir los factores de riesgo, así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la salud pública.

Además es conveniente para: Las autoridades regionales de la direcciones de salud Ancash y municipios en el campo de la salud, así como para los usuarios del pueblo joven La Unión y la población a nivel nacional; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que con los resultados de la investigación podrán proponer estrategias para mejorar y superar la problemática de salud a nivel nacional y logrando el bienestar de la sociedad.

Para la profesión de enfermería es útil porque pueden posibilitar programas estratégicos que promuevan conductas saludables en las gestantes adultas, de este modo desde una perspectiva educativa preventiva fortalecerá su rol de liderazgo dentro del equipo de salud.

II REVISIÓN DE LITERATURA:

2.1. Antecedentes de la investigación:

2.1.1 Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

Martin M ;(15). En su investigación “Determinantes que afectan la salud de las mujeres embarazadas de la jurisdicción de Chisec central durante el mes de Setiembre-2014”.Concluye que la edad media de las pacientes entrevistadas es de 24 años, de ellas el 47% sabe leer y escribir, el 43% no tiene ninguna escolaridad, el 37% tiene un ingreso familiar de menos de 600 soles , la edad promedio en que se casaron es del rango de 16 a 19 años, la edad media en quedaron embarazadas es de 18 años, la edad media del primer embarazo corresponde a los 18 años, el 30% de embarazadas es primigesta y de ellas el 50% asistió a su primer control, del total de embarazadas, el 67% espero menos de una hora para ser atendida.

Mejía M, Laureano J, Gil E, Ortiz R; (16). En su investigación titulada “Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco, México 2015”.Concluyen identificando 48 adolescentes, de las cuales solo 42 reunieron criterios de selección. La mediana de edad fue de 18 (rango de 13 a 19 años); solo 19% continuaron estudiando; 59,5% eran amas de casa, 21,4% tenían

ingresos económicos propios y 78,6% no utilizaron método de planificación familiar previo al embarazo. Cualitativamente, el embarazo les significó “madurar” y ser “más felices”. Se presentó una alta deserción escolar por sintomatología clínica y alteraciones en la imagen corporal. Aludieron falta de privacidad en los servicios de salud.

Luparello R;(17).En su investigación titulada “Embarazo adolescente no planificado y determinantes de la salud presentes en adolescentes embarazadas registrados en el hospital municipal Dr. Pascual A. Tirro de la comunidad de Hernando, durante el año 2010”.Concluye que el 80 % de los embarazos no fueron planificados, 90% ocurrió en la adolescencia tardía, 56 % inició sus relaciones sexuales precozmente. Nivel de instrucción: 7% analfabetas funcionales, 76% escolaridad incompleta y 88% abandonó la escolaridad. El 96%, expresó que el motivo del embarazo fue la falla o no utilización de método anticonceptivo. Respecto a las madres de las adolescentes 73 % no planificó su primer embarazo y 61 % quedaron embarazadas entre los 17 y 23 años.

A nivel Nacional:

Hinostroza R, Gamonal D. (18); en su investigación titulada “Nivel de conocimiento sobre estimulación prenatal en gestantes

atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba. Julio - diciembre 2011”.Concluye que el nivel de conocimiento que tienen las gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba sobre la estimulación prenatal, es bajo; que, el 75.94% pertenecen al grupo de edad de mujeres mayores de 20 años, 66.92% de gestantes son de estado civil casadas, el 56.93% de gestantes tienen estudios secundarios y el 90.23% viven en zona urbana; el 77.44% no conocen el concepto de estimulación prenatal, el 40% saben el inicio de la estimulación prenatal.

Fassio I, Medina A; (19). En su investigación titulada “Consecuencias psicosociales del embarazo en mujeres añosas de 35 años a más. Hospital regional docente de Trujillo. Enero-diciembre 2013”. Se realizó con una muestra de 208 gestantes añosas obteniendo los siguientes resultados: El porcentaje de embarazos en mujeres menores de 35 años alcanzó el 91,29%, y las gestantes mayores de 35 años a más alcanzo el 8,71%; la separación de la pareja como consecuencia social en el embarazo fue de 60,09% de mujeres que si presentaron separación y el 39,90% no lo presentó; la depresión como consecuencia psicológica del embarazo se encontró un 61,06% de mujeres que si presentaron depresión, mientras que el 38,94% no presento síntomas depresivos.

A nivel local:

Ruiz J; (20). En su investigación titulada “Determinantes de la salud en adolescentes gestantes que acuden al puesto de salud Nicolás Garatea, 2014”. Concluye que en la mitad de ingreso económico familiar es de S/ 751.00 a S/ 1000.00, ocupación del jefe de familia es eventual; en menos de la mitad el grado de instrucción de las madres de adolescentes pertenecen a inicial / primaria. Además en casi la totalidad, actividad física que realizan en su tiempo libre es caminar, en tiempo que acude a un establecimiento es de varias veces durante el año, en alimentos que consumen 1 ó 2 veces a la semana son embutidos, en casi la totalidad en mayoría el motivo de consulta por la que acude a un establecimiento de salud es por infecciones, trastornos respiratorios o digestivos, no cuentan con apoyo social de las organizaciones.

Neira S; (21). En su investigación titulada “Determinantes de la salud en gestantes adultas con desnutrición del puesto de salud La Union. Chimbote -2012”. De acuerdo a la investigación realizada concluye que la mayoría tienen un ingreso económico menor de 750 nuevos soles; más de la mitad se encuentran en una edad de adulto joven; menos de la mitad tienen un nivel de instrucción de inicial/primaria. La mayoría tienen un tipo de vivienda unifamiliar, una tendencia de vivienda propia, sobre condición laboral de las gestantes: desocupadas están el 60% la diferencia está con ocupación

estable (12,5%) y eventual (27,5%), que significaría que más de la mitad de las madres son desocupadas y posiblemente solo se dediquen al cuidado del hogar y ello podría contribuir en su problema.

2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación

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

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (23).



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 (24).

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

Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida. Las condiciones económicas, culturales y ambientales

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

De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (24).



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 (25).

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

a) Determinantes estructurales

Según el modelo, los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, se entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubican también las relaciones de género y de etnia. Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios (25).

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 (25).

c) Determinantes proximales

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

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 (25).

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 son mi salud, comunidad, servicios de salud, educación, trabajo y territorio (25).

Mi salud: Este ámbito se refiere una responsabilidad que cada uno deberá personalmente asumir. Más aún, se puede decir que estamos, en cierta manera, obligados moralmente a no atentar contra la salud y a intentar recuperarla cuando la veamos mermada o perdida. Esto puede prestarse a pensar que la salud más que un derecho es un deber personal y social, y en cierto modo lo es, aunque también es un derecho inexcusablemente social (26).

Comunidad: La comunidad está compuesta por personas que viven juntas en una u otra forma de organización y cohesión social y que sus miembros comparten en distintos grados características políticas, económicas, sociales y culturales, así como intereses y aspiraciones incluidos los de salud (27).

Servicios de salud: Se definen como la serie de instituciones y programas que proveen los cuidados y atención directa a las necesidades de salud y enfermedad de los individuos; Servicios de Salud Pública enfocados en la protección de la salud colectiva (28).

Educación: es un proceso de aprendizaje y enseñanza que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que contribuye a la formación integral de las personas, al pleno desarrollo de sus potencialidades, a la creación de cultura, y al desarrollo de la familia y de la comunidad nacional, latinoamericana y mundial (29).

Trabajo: Definido como todo período durante el cual el trabajador* permanezca en el trabajo, a disposición del empresario y en ejercicio de su actividad o de sus funciones, de conformidad con las legislaciones y/o prácticas nacionales (30).

Territorio : Se ha considerado como el espacio de hábitat de los seres vivos, el cual, de acuerdo con su geografía y posicionamiento en el planeta se delimita por fronteras, y sobre el mismo se crean naciones, entendidas como conjuntos de personas con origen, idioma y tradición común que se organizan mediante órganos públicos representativos ; cada país es dueño y soberano de ese espacio territorial limítrofe entre ellas y del cual deben cuidar y salvaguardar, ejercer derecho y deber frente a él, por medio de normas, políticas y legislaciones. (31)

La salud se define como un bien no sólo a preservar o recuperar, sino también un bien susceptible de ser disfrutado y aumentado. Esta concepción de la salud es dinámica, cambiante de acuerdo con las condiciones de vida y las ideas de cada sociedad y cultura, y supone, más que un estado o situación, una forma de vida, una forma de estar en la vida. La salud es, por tanto, definitoria de la felicidad personal y colectiva, del bienestar en general, y no se trata de un fin en sí mismo, sino de una condición necesaria para una vida plena, autónoma, solidaria y humanamente feliz (32).

La adultez es la llamada segunda edad de la vida del ser humano, incluye el final de la adolescencia por lo que no pueden verse aisladas una de otra, es el periodo comprendido entre los 20 y los 59 años de edad la clasificación por edades comprende de adulto joven de 18 años a 35 años y adulto maduro de 35 años a 59 años. En el adulto maduro será el crecimiento y a partir de los 45 años hay una disminución progresiva de la talla debido a los cambios degenerativos. Desarrolla un nuevo tipo de relación interpersonal y Desecha a voluntad lo que considera bueno o no. El embarazo la OMS lo define como los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer (33).

Durante la gestación y el parto pueden presentarse diferentes complicaciones de las cuales pueden ser prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes de las muertes

maternas, son: las hemorragias graves; las infecciones; la hipertensión gestacional; complicaciones en el parto; los abortos peligrosos.

Siendo así los factores de riesgo los ingresos económicos bajos, el nivel de educación, la falta de apoyo familiar, lugar en donde vive ,otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son ; la distancia; la falta de información; la inexistencia de servicios adecuados; las prácticas culturales, la disponibilidad de tiempo para que recurra a un puesto de salud, los estilos de vida no adecuados pudiendo haber un riesgo mayor que puede atentar contra su vida (34)

El profesional de enfermería no solo cuida de la gestante si no trata de cubrir sus necesidades, le enseña cómo proteger su salud, como puede recuperarla, brinda tratamientos que no solo toman en cuenta la patología va más allá del contexto que se nos confiere. Toma en cuenta el dolor del alma, apoya y escucha, las visitas a las gestantes en la comunidad le permite conocer sus necesidades y factores de riesgo que están presentando para poder actuar frente a ello así mejorar la situación de la comunidad (35).

La enfermería abarca la atención autónoma y en todas circunstancias en el caso de la atención prenatal reenfocada con sentido humanístico, respetando los derechos ciudadanos y priorizando la información, realizan diferentes actividades como la educación y comunicación de la gestante y su

familia, fortalecimiento de la capacidad resolutive de los establecimientos ante las urgencias y emergencias obstétricas y neonatales, Planificación individualizada del parto institucional con adecuación cultural, fortalecimiento del ejercicio del derecho de hombres y mujeres para alcanzar sus ideales reproductivos, detección y manejo humanizado de los casos de violencia basada en género ,prevención del embarazo no deseado, del cáncer cérvico-uterino y mamario, de las ITS/HIV/SIDA y de la transmisión vertical (36).

III.METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Cuantitativo: Toma como centro de su proceso de investigación a las mediciones numéricas, utiliza la observación del proceso en forma de recolección de datos y los analiza para llegar a responder sus preguntas de investigación (37)

Descriptivo: Consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento (38)

Diseño de una sola casilla: se emplea este diseño cuando el investigador está interesado en recoger información acerca de una variable en una muestra buscado y recogiendo en forma directa para tomar decisiones (39,40).

3.2. Universo Muestral

Estuvo constituido por 170 gestantes adultas que habitan en Pueblo Joven La Unión, Chimbote-Perú, 2015.

3.2.1. Unidad de análisis

Cada gestante adulta del pueblo joven la Unión, Chimbote-Perú, 2015 que aceptaron participar y respondieron a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Las gestantes adultas que vivieron más de 3 años en el pueblo joven la Unión.
- Las gestantes adultas que aceptaban participar en el estudio.
- Tenían la disponibilidad de participar en el cuestionario como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Las gestantes adultas del pueblo joven La Unión que presentaron algún trastorno mental.
- Las gestantes adultas del pueblo joven La Unión que presentaron problemas de comunicación.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO SOCIOECONOMICO

Edad

Definición Conceptual.

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el número de años cumplidos de la persona en el momento del estudio (41).

Definición Operacional

Escala de razón:

La operacionalización dependerá de la población a trabajar.

Adultas jóvenes de 18 a 35 años

Adultas maduras de 35 a 59 años

Sexo

Definición Conceptual.

Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre (42).

Definición Operacional

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

Número promedio de años lectivos aprobados en instituciones de educación formal en los niveles primario, secundario, superior universitario, superior no universitario y postgrado para las personas de 24 años y más. (43).

Definición Operacional

- Escala Ordinal
- Sin nivel instrucción
- Inicial/Primaria
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta
- Superior Universitaria
- Superior no universitaria

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Entendemos por ingresos a todas las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, ya sea pública o privada, individual o grupal. En términos más generales, los ingresos son los elementos tanto monetarios como no monetarios que se acumulan y que generan como consecuencia un círculo de consumo-ganancia (44).

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 (45)

Definición Operacional

Escala Nominal

- Trabajador estable
- Eventual

- Sin ocupación
- Jubilado
- Estudiante

Vivienda

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (46).

Definición operacional

Escala nominal

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

Tenencia

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

Material del piso:

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

Material del techo:

- Madera, estera

- Adobe

- Estera y adobe

- Material noble ladrillo y cemento

- Eternit

Material de las paredes:

- Madera, estera

- Adobe

- Estera y adobe

- Material noble ladrillo y cemento

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

- 4 a más miembros

- 2 a 3 miembros

- 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

Energía Eléctrica

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

Disposición de basura

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

- Diariamente
- Todas las semanas, 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 específico de recogida
- Vertido por el fregadero o desagüe
- Otros

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Son los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida (47).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

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

Número de horas que duermen

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

Frecuencia en que se bañan

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

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

Caminar () Deporte () Gimnasia () No realiza ()

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

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad:

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

Alimentación

Definición Conceptual

Es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. (48).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: **Frecuencia de consumo de alimentos**

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

III. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad. (49).

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala nominal

- Familia

- Amigo
- Vecino
- Compañeros espirituales
- Compañeros de trabajo
- No recibo

Apoyo social organizado

Escala nominal

- 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) (50).

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

Escala nominal

Institución de salud atendida:

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

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

Si () No ()

3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

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

Instrumento N° 01

El instrumento se elaborado en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en los adultos del Perú. Elaborado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 30 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (ANEXO 02) (51).

- Datos de Identificación, donde se obtuvo las iniciales o seudónimo de las gestantes adultas.
- Los determinantes del entorno biosocioeconómico (Edad, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), alimentos que consumen las gestantes adultas.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Apoyo social natural, organizado, Acceso a los servicios de salud (52).

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 en adolescentes de 18 a más años en el Perú**

desarrollado 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 adultos de 18 a más años.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Donde:

\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 en gestantes adultas del Pueblo Joven La Unión (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 (Anexo 4).

3.5. Procedimiento y análisis de datos

6.7.1 Procedimientos de la recolección de datos:

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

- Se informó y firmaron el consentimiento para proceder aplicar la encuesta a cada gestante adulta de dicha comunidad, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con las gestantes adultas su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.

- Se procedió a aplicar el instrumento a cada gestante adulta.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.
- El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

6.7.2. Análisis y Procesamiento de los datos:

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

3.6. Principios éticos

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente 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 (53).

Anonimato

Se aplicaron el cuestionario indicándoles a las gestantes adultas que la investigación sería anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación.

Privacidad

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

Honestidad

Se informó a las gestantes adultas los fines de la investigación, cuyos resultados se encontrarán plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con las gestantes adultas que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 05).

IV.-RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD BIOCIOECONÓMICOS

TABLA 1.

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LAS GESTANTES ADULTAS. PUEBLO JOVEN LA UNIÓN; CHIMBOTE PERÚ-2015.

Edad	N	%
Adulto Joven	135	79,0
Adulto Maduro	35	21,0
Adulto Mayor	0	0,0
Total	170	100,0

Grado de instrucción	N	%
Sin instrucción	48	28,2
Inicial/Primaria	71	41,8
Secundaria Completa / Completa Imcomp	51	30,0
Superior universitaria	0	0,0
Superior no universitaria	0	0,0
Total	170	100,00

Ingreso económico (Soles)	N	%
Menor de S/. 750.00	102	60,0
De S/. 750.00 a S/. 1000.00	68	40,0
De S/. 1001.00 a S/. 1400.00	51	0,0
De S/. 1401.00 a S/. 1800.00	0	0,0
De S/. 1801.00 a más	0	0,0
Total	170	100,0

Ocupación	n	%
Trabajador estable	68	40,0
Eventual	102	60,0
Sin ocupación	0	0,0
Jubilados	0	0,0
Estudiante	0	0,0
Total	170	100,00

FUENTE: Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en gestantes adultas. Pueblo Joven La Unión, Chimbote- Perú ,2015elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la línea de investigación.

4.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 2

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LAS GESTANTES ADULTAS. PUEBLO JOVEN LA UNIÓN; CHIMBOTE PERÚ-2015.

Tipo	N	%
Vivienda unifamiliar	79	46,5
Vivienda multifamiliar	91	53,5
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinado para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	170	100,0
Tenencia	N	%
Alquiler	24	14,1
Cuidador/alojado	07	4,1
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0
Alquiler venta	27	15,9
Propia	112	65,9
Total	170	100,0
Material del piso	N	%
Tierra	125	73,5
Entablado	0	0,0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	0	0,0
Láminas asfálticas	20	11,8
Parquet	25	14,7
Total	170	100,00
Material del techo	N	%
Madera, esfera	124	72,9
Adobe	4	2,4
Estera y adobe	5	2,9
Material noble, ladrillo y cemento	2	1,2
Eternit	35	20,6
Total	170	100,00
Material de las paredes	N	%
Madera, estera	80	47,0
Adobe	8	4,8
Estera y adobe	22	12,9
Material noble ladrillo y cemento	60	35,3
Total	170	100,00

Continúa....

TABLA 02. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LAS GESTANTES ADULTAS. PUEBLO JOVEN LA UNIÓN; CHIMBOTE PERÚ-2015.

N° de personas que duermen en una habitación	N	%
4 a más miembros	0	0,0
2 a 3 miembros	75	44,1
Independiente	95	55,9
Total	170	100,00
Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	6	3,5
Cisterna	0	0,0
Pozo	3	1,8
Red pública	23	13,5
Conexión domiciliaria	138	81,2
Total	170	100,00
Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	3	1,8
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	27	15,9
Baño público	15	8,8
Baño propio	125	73,5
Otros	0	0,0
Total	170	100,00
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	159	93,5
Leña, carbón	11	6,5
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	170	100,00
Energía eléctrica	N	%
Sin energía	28	16,5
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	20	11,8
Energía eléctrica permanente	119	70,0
Vela	3	1,7
Total	170	100,00
Disposición de basura	N	%
A campo abierto	99	58,2
Al río	2	1,8
En un pozo	0	0,0
Se entierra, quema, carro recolector	68	40,0
Total	170	100,0

Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	N	%
Diariamente	0	0,0
Todas las semanas, pero no diariamente	111	65,3
Al menos 2 veces por semana	53	31,2
Al menos 1 vez al mes, pero no todas las semanas	6	3,5
Total	170	100,0
Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	N	%
Carro recolector	53	31,2
Montículo o campo limpio	95	55,9
Contenedor específico de recogida	3	1,7
Vertido por el fregadero o desagüe	19	11,2
Otros	0	0,0
Total	170	100,0

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en gestantes adultas. Pueblo Joven La Unión, Chimbote- Perú ,2015 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la línea de investigación

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 03

***DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LAS GESTANTES
ADULTAS JOVENES PUEBLO JOVEN LA UNION- CHIMBOTE, 2015.***

Fuma actualmente:	N	%
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	7	4,1
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	69	40,6
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	94	55,3
Total	170	100,00
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	N	%
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	0	0,0
Una vez a la semana	0	0,0
Una vez al mes	9	5,3
Ocasionalmente	107	62,9
No consumo	54	31,8
Total	170	100,00
N° de horas que duerme	N	%
[06 a 08]	17	10,0
[08 a 10]	85	50,0
[10 a 12]	68	40,0
Total	170	100,00
Frecuencia con que se baña	N	%
Diariamente	54	31,8
4 veces a la semana	116	68,2
No se baña	0	0,0
Total	170	100,00
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	N	%
Si	92	54,1
No	78	45,9
Total	170	100,00
Actividad física que realiza en su tiempo libre	n	%
Caminar	52	30,6
Deporte	2	1,2
Gimnasia	0	0,0
No realizo	116	64,62
Total	170	100,00

Continúa...

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LAS GESTANTES ADULTAS. PUEBLO JOVEN LA UNIÓN; CHIMBOTE PERÚ-2015.

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	N	%
Caminar	49	28,8
Gimnasia suave	0	0,0
Juegos con poco esfuerzo	0	0,0
Correr	0	0,0
Ninguna	121	71,2
Total	170	100,00

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	30	17,6	120	70,6	20	11,8	0	0,0	0	0,0
Carne	79	46,5	66	38,8	25	14,7	0	0,0	0	0,0
Huevos	10	5,9	76	44,7	84	49,4	0	0,0	0	0,0
Pescado	30	17,6	91	53,6	49	28,8	0	0,0	0	0,0
Fideos	154	90,0	16	9,4	0	0	0	0,0	0	0,0
Pan, Cereales	128	75,3	22	12,9	20	11,8	0	0,0	0	0,0
Verduras, hortalizas	25	14,7	112	65,8	33	19,4	0	0,0	0	0,0
Legumbres	24	14,1	74	43,5	72	42,4	0	0,0	0	0,0
Embutidos	8	4,7	104	61,2	58	34,1	0	0,0	0	0,0
Lácteos	39	22,9	66	38,9	65	38,2	0	0,0	0	0,0
Dulces, Gaseosas	59	34,7	104	61,2	7	4,1	0	0,0	0	0,0
Refrescos con azúcar	121	71,2	49	28,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Frituras	84	49,4	83	48,8	3	1,8	0	0,0	0	0,0

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en gestantes adultas. Pueblo Joven La Unión, Chimbote- Perú ,2015 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la línea de investigación

4.1.4 DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 04

DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN LAS GESTANTES ADULTAS. PUEBLO JOVEN LA UNIÓN; CHIMBOTE PERÚ-2015.

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N	%
Hospital	18	10,6
Centro de salud	10	5,9
Puesto de salud	142	83,5
Clínicas particulares	0	0,0
Otras	0	0,0
Total	170	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	N	%
Muy cerca de su casa	0	0,0
Regular	77	45,3
Lejos	81	47,6
Muy lejos de su casa	12	7,1
No sabe	0	0,0
Total	170	100,0
Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	9	5,3
SIS - MINSA	156	91,8
SANIDAD	5	2,9
Otros	0	0,0
Total	170	100,0
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	N	%
Muy largo	31	18,2
Largo	77	45,3
Regular	61	36,5
Corto	0	0,0
Muy corto	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	170	100,0
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N	%
Muy buena	6	3,6
Buena	76	44,7
Regular	63	37,0
Mala	25	14,7
Muy mala	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	170	100,0

Continúa.....

TABLA 4. DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN LAS GESTANTES ADULTAS. PUEBLO JOVEN LA UNIÓN; CHIMBOTE PERÚ-2015.

	Conclusión....	
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N	%
Si	137	80,6
No	33	19,4
Total	170	100,0

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en gestantes adultas. Pueblo Joven La Unión, Chimbote- Perú ,2015 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la línea de investigación.

TABLA 5
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LAS GESTANTES ADULTAS. PUEBLO JOVEN LA UNIÓN; CHIMBOTE PERÚ-2015.

Recibe algún apoyo social natural:	N	%
Familiares	89	52,4
Amigos	17	10,0
Vecinos	31	18,2
Compañeros espirituales	4	2,4
Compañeros de trabajo	0	0,0
No recibo	29	17,0
Total	170	100,0
Recibe algún apoyo social organizado:	N	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	0	0,0
Empresa para la que trabaja	0	0,0
Instituciones de acogida	4	2,4
Organizaciones de voluntariado	0	0,0
No recibo	166	97,6
Total	277	100,0

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en gestantes adultas. Pueblo Joven La Unión, Chimbote- Perú ,2015 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la línea de investigación

TABLA 6

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN LAS GESTANTES ADULTAS. PUEBLO JOVEN LA UNIÓN; CHIMBOTE PERÚ-2015.

Recibe algún apoyo social organizado:	SI		NO	
	N	%	N	%
Pensión 65	0	0,0	170	100,0
Comedor popular	86	50,6	84	49,4
Vaso de leche	51	30	119	30,0
Otros	2	1,2	168	98,8
Total	170	100,0	170	100,0

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en gestantes adultas. Pueblo Joven La Unión, Chimbote- Perú ,2015 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la línea de investigación

4.2 Análisis de resultado:

En tabla 01: Del 100%(170) de gestantes del pueblo joven la Unión el 79,0%(135) son adultas jóvenes; el 41,8%(71) tienen grado de instrucción inicial/primaria; el 60,0%(102) tienen un ingreso económico menor de 750 soles; el 60,0%(102) los jefes de familia tienen trabajos eventuales.

Así mismo estudios similares como lo encontrado por Donoso E, Carvajal J, Vera C, Poblete J. (54); en su investigación titulada “La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil 2013”. Determinó que el rango de edad materna de menor riesgo de mortalidad fetal fue entre los 20-29 años, neonatal e infantil entre los 25-34 años, y materna en menores de 30 años, siendo el grupo de mujeres entre 20-29 años las que concentran el menor riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Sugerimos que ese rango etario sea usado para comparaciones en estudios de riesgo reproductivo, como también para un adecuado consejo preconcepciones. Las mujeres de 40 o más años presentaron las tasas más altas de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil.

Piray M, Riofrio S. (55); en su investigación titulada “evaluación de los cuidados de enfermería a las pacientes embarazadas con pre eclampsia hospitalizadas y sus efectos en la recuperación de la salud en el servicio de gineco-obstetricia del hospital provincial general docente Riobamba de junio – diciembre 2014”. Concluyeron que de 18 pacientes hospitalizadas con preeclampsia las causas que contribuyen a su incidencia: fueron la edad menor de 20 años, la obesidad y la nuliparidad. La mayoría de pacientes con

diagnóstico de preeclampsia tuvieron un nivel escolar bajo, deficiencia de controles prenatales y residencia en el área rural lo que demuestra que el comportamiento de los factores sociales y ambientales es predisponente para la aparición de preeclampsia, durante y después del embarazo.

García I, Alemán M. (56); en su investigación titulada “Riesgos del embarazo en la edad avanzada 2010” Concluyeron durante los tres años analizados con el propósito de realizar este estudio, hubo un total de 176 nacimientos pertenecientes al área de salud del policlínico de Falcón. De estos, 21 se presentaron en mujeres con edad avanzada, lo que representó el 11,93 %. La edad media de las embarazadas del grupo estudio fue de 38,4 años. La del grupo control fue de 26,4 años. En ambos grupos predominó la nuliparidad. La mayoría de las gestantes con edad avanzada se evaluaron, desde el punto de vista nutricional, como sobrepeso (42,86 %) y obesas (38,09 %); más de la mitad del grupo control era normo peso (57,14 %).

Según Gutiérrez, C. (57); en su investigación titulada “Edad como factor de riesgo para depresión en gestantes; Hospital Lazarte – Trujillo, periodo diciembre 2013 – marzo 2014” Concluye que la edad si es un factor de riesgo para la presencia de depresión en gestantes atendidas en el servicio de ginecología del hospital Víctor Lazarte Echegaray - Trujillo durante el periodo de 1 de diciembre 2013 – 1 de marzo 2014. Concluyendo que la depresión es más frecuente durante el tercer trimestre de edad gestacional también encontró que la depresión es más frecuente en gestantes que solo tienen grado de instrucción primaria además es más frecuente en gestantes de estado civil solteras.

Según la INEGI (Instituto nacional de estadísticas y geógrafa) las tasas específicas de fecundidad (por edad), indica que en el 2011 a 2013, el grupo de mujeres de 20 a 24 años es el que presenta el nivel más alto de fecundidad, con 126 nacidos vivos por cada 1000 mujeres, seguido por el grupo de mujeres de entre 25 y 29 años, con 113 nacimientos por cada 1000 mujeres en ese rango de edad. Por otra parte, la fecundidad adolescente es un tema relevante en la agenda pública del país, ya que la maternidad a temprana edad “se relaciona con probabilidades más altas de pérdida intrauterina, mortalidad y morbilidad infantil, y de complicaciones obstétricas y en el puerperio para las madres al tiempo que se producen dificultades objetivas para hacer compatible el embarazo y la crianza de los hijos con la educación y la inserción laboral” (58).

El ministerio de sanidad, no duda en afirmar que hay una fuerte correlación entre la edad de ambos progenitores y los riesgos que implica el embarazo, que se incrementan en las gestaciones de madres de edad avanzada, es decir, en torno a los 35 años. A medida que se incrementa la edad, los riesgos también aumentan: Riesgo de alteraciones cromosómicas: según los datos del estudio colaborativo español de malformaciones congénitas, el riesgo de síndrome de Down en recién nacidos varía de acuerdo a la edad materna. A los 40 años, aumenta el riesgo elevado presión alta durante la gestación, un problema que puede tener efectos nocivos tanto para la madre como para el bebé. En los extremos de edad, menos de 20 y más de 40, el riesgo de padecer hipertensión se multiplica por dos. Bebé prematuro, partos múltiples, placenta previa (59).

El riesgo de tener problemas en el parto aumenta para las mujeres mayores de 40 años que están dando a luz a su primer bebé. Los estudios han demostrado que las mujeres mayores tienen más probabilidades de prolongar la segunda etapa del parto y de sufrimiento fetal. Asimismo, con un embarazo tardío, aumenta la incidencia de dar a luz gemelos o trillizos, incluso sin utilizar medicamentos para la infertilidad. Aunque tener un bebé después de los 40 puede presentar un alto riesgo de complicaciones, la mayoría de las mujeres mayores tienen bebés saludables. En este sentido, es fundamental llevar una dieta y nutrición apropiadas, buenos cuidados prenatales y prepararse tanto emocional como económicamente para su bebé y los cuidados que serán necesarios (60).

Hinostroza R, Gamonal D. (61); en su investigación titulada “Nivel de conocimiento sobre estimulación prenatal en gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba. Julio - diciembre 2011” Concluye que en el Hospital II-1 Moyobamba el 75,94% de las gestantes pertenecen al grupo de edad de mujeres mayores de 20 años; el 56,39% corresponden al grado de instrucción secundaria; y el 90,23% de las gestantes encuestadas viven en la zona urbana.

Así mismos estudios similares como lo encontrado por Barrientos L. (62); en su Investigación titulada: Determinantes sociales de la salud relacionada con el embarazo en la adolescencia en el área geográfica de responsabilidad de la unidad de salud la Hachadura Municipio de San

Francisco Menéndez Departamento de Ahuachapán 2011. Se concluye que las adolescentes embarazadas tienen baja escolaridad como consecuencia de la deserción escolar y dependen económicamente de sus padres, en una cantidad menor dependen de los suegros una mínima parte de los compañeros de vida.

Así mismo estudios que se asemejan como Según Vílchez, A; (63). En su investigación estadística de la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES - 2013), en la que se entrevistó a 97 mil 537 personas de todo el país, de las cuales 22 mil 920 son mujeres. Concluyendo que el 47% de las entrevistadas tienen educación secundaria completa o algún ciclo de educación superior. La mitad de las mujeres en edad fértil tiene 10,3 años de estudios aprobados, es decir, no terminó educación secundaria. El 93% son mujeres separadas, divorciadas o viudas. También, precisó que el 13% de las mujeres que trabajan, produciendo bienes o servicios, no percibe remuneración. En cuanto al acceso a servicios de salud, detalló que el 63% de las mujeres en edad fértil tiene algún seguro de salud y el 37% no tiene ningún tipo de cobertura de salud.

El INEI refiere que el 5,9% de la población de 25 y más años de edad en el 2012 no presentó ningún nivel de educación, más de una cuarta parte (26,9%) logró alcanzar estudiar algún año de educación primaria. Una tercera parte (36,3%) consiguió estudiar algún año de educación secundaria y el 30,9% estudió educación superior (universitaria o no universitaria). El

6,2% de la población de 15 y más años de edad no sabía leer ni escribir en el año 2012, habiéndose reducido en 0,9 punto porcentual en relación con el año anterior, que afectó al 7,1% de la población de 15 y más años de edad. Según área de residencia, el analfabetismo fue más elevada. En el área rural (15,9%) que en la urbana, donde llegó al 3,3%. sexo, la población femenina analfabeta representó el 9,3%, mientras que la población masculina el 3,1%. (64).

La educación inicial constituye el primer nivel de la educación básica regular, atiende a niños de 0 a 2 años en forma no escolarizada y de 3 a 5 años en forma escolarizada. El Estado asume, cuando lo requieran, también sus necesidades de salud y nutrición a través de una acción intersectorial. Educación primaria dura seis años asegurando coherencia pedagógica y curricular, pero conserva su especificidad y autonomía administrativa y de gestión. La educación secundaria constituye el tercer nivel de la educación básica regular y dura cinco años. Ofrece a los estudiantes una formación científica, humanista y técnica. Afianza su identidad personal y social profundiza el aprendizaje hecho en el nivel de educación primaria. Forma para la vida, el trabajo, la convivencia democrática, el ejercicio de la ciudadanía y para acceder a niveles superiores de estudio (65).

Según la OMS la procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo

un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo (66).

Según el INEI refiere que el nivel de educación inicial Constituye el primer nivel de la Educación Básica Regular, atiende a niños de 0 a 2 años (Cuna Jardín) en forma no escolarizada y de 3 a 5 años (Inicial Jardín) en forma escolarizada. 1.8 Nivel de educación primaria Es el nivel II y constituye del III al V ciclo de Educación Básica Regular; tiene una duración de 6 años comprendidos del primer al sexto grado de primaria y está dirigida a los estudiantes de 6 a 11 años de edad aproximadamente (67).

En los resultados de la investigación realizada a las gestantes adultas del pueblo joven La Union se observa que un 79% de gestantes, son gestantes adultas jóvenes que comprenden de 18 a 35 años ,llegando a comprender que existe un gran porcentaje de gestante que durante su embarazo pueden presentar algún tipo de complicaciones causados por múltiples factores de riesgo como los inadecuados estilos de vida que adoptan durante su día a día , sus culturas, sus costumbres, las condiciones donde viven ; además de la contaminación presente en su comunidad ,llegando a generar en ellas complicaciones como la depresión pos parto ,

hipertensión, el bajo peso al nacer, alergias, la preclamsia, abortos, el sufrimiento fetal entre otras.

Además existe un porcentaje significativo que el 21% de gestantes son adultas maduras, por la cual ellas tiene un riesgo mayor ya que su misma edad propicia a tener mayores complicaciones durante y después de su embarazo, siendo así un problema muy preocupante para el pueblo joven La Union porque puede que se presente complicaciones como obesidad durante la gestación por la inadecuada alimentación y sedentarismo que se observó durante la visita comunitaria, diabetes pre gestacional, macrosomia fetal en este sentido, es fundamental que lleven una dieta y nutrición apropiadas, buenos cuidados prenatales y prepararse emocionalmente junto con su familiares adoptando conductas saludables para lograr una gestación adecuada.

Existiendo mayor probabilidad de complicaciones por el nivel educativo reflejando, ya que un 41.8% de gestantes solo cuentan con educación inicial - primaria, lo cual tendrán problemas durante su embarazo por la deficiencia de conocimientos sobre los cuidados que debe de tener una gestante iniciando por adecuados estilos de vida tanto en su alimentación, realizando ejercicios, evitando bebidas alcohólicas, el fumar y el asistir a sus controles y chequeos médicos correspondientes para poder llevar un embarazo saludable.

De acuerdo a los resultados de la investigación la gestantes adultas del pueblo joven La Unión refieren que no culminaron sus estudios debido a diversas causas entre ellas el ingreso económico deficiente por lo que la familia no podía solventar todos los gastos, en algunos casos familias con 5-6 hijos en la cual no podían educar a todos, los consejos inadecuados por parte de las amistades, la falta de responsabilidad y exigencia por parte de los padres para que ellas continúen estudiando, algunas gestantes manifestaron que dejaron de estudiar por trabajar y ayudar a su familia de tal forma trabajando y no teniendo metas de estudio superior provocaron en ella la formación de un hogar pensando que llevarían una mejor vida comprometiéndose y siendo madres.

Así mismo también se puede observar que en el pueblo joven La Union existe un porcentaje del 28.2% de gestantes adultas que no tiene ningún grado de instrucción llegando hacer un factor de riesgo para ella ya que el analfabetismo acarrea deficiencia de conocimiento general ; de tal manera que dichas gestantes adultas probablemente no tengan conocimiento sobre el proceso de su embarazo ,cambios en su cuerpo, como llevar una alimentación adecuada, adoptar estilos de vida saludable, a menudo no tendrán conocimiento de como brindar cuidados a un recién nacido la cual es preocupante porque ellas son el centro de atención por el personal de salud de dicha comunidad ya que ellas están en mayor riesgo a que no logren un embarazo saludable.

La falta de educación en las gestantes jóvenes provoca la falta de conocimiento y madurez para poder afrontar ser madres, así teniendo en cuenta que por la falta de conocimiento puede que presenten problemas en el embarazo tanto en su alimentación como anemia, desnutrición o el sobrepeso, en su actividad física y salud mental. La falta de educación da aún más pobreza menos oportunidades de trabajar y no ser bien remunerados evitando a que las familias mejoren su condición económica y tengan la oportunidad de terminar sus estudios para que lleven una mejor vida.

Investigaciones similares como lo encontrado por Jueguen F. (68); en su investigación titulada “Trabajo eventual” refiere que el trabajo eventual es cuestionado por brindar, justamente, trabajo temporal y no permanente, porque el trabajador al que inserta en el mercado laboral no pertenece a la empresa a la que le vende su trabajo y por dar, en excepciones y según sus críticos, un empleo que es calificado como "precario". La mayoría se desempeñó en la industria (57,1%), tareas administrativas (19,2%) y ventas (3,3 por ciento). Los datos oficiales estiman que cerca de un 33% de los trabajadores temporarios son jóvenes de entre 20 y 30 años, y un 75% son hombres. Casi la mitad (49%) del total tiene el secundario completo y sólo un 9% terminó una carrera universitaria.

Escobedo L, Lavado M. (69); En su investigación titulada “Conocimientos y actitudes sobre requerimientos nutricionales durante el

embarazo en gestantes del I trimestres. Hospital Belén de Trujillo 2012” Concluyeron que Las características socioeconómicas de la mujer gestante del I trimestre es que el 49,6% de las gestantes tienen un estado civil de convivientes; de acuerdo al grado de instrucción el 47,8% corresponde a secundaria completa; el 49,5% son amas de casa y con respecto a su ingreso mensual el 46,0% registro un ingreso mensual entre menos de 450.00 y 1000 soles.

Según el INI los resultados obtenidos para el año 2012, revelan que los pobres son generadores de su propio empleo, ya que el 43,1% participa en el mercado laboral como trabajadores independientes, elevándose este porcentaje a 47,0% en los pobres extremos. El 50,9% de la población no pobre trabaja como asalariado (empleados y obreros), el 32,0% son trabajadores independientes, el 8,8% son trabajadores familiares no remunerados, y el 6,2% son patrones o empleadores. Evolución del ingreso real para el caso del ingreso real promedio per cápita mensual según los resultados obtenidos con la actualización metodológica, se tiene que para el año 2012 a nivel nacional, el ingreso ascendió a 790,6 nuevos soles, lo que representó un incremento de 5,4% respecto al ingreso obtenido el año 2011 y esto se explica por el mayor crecimiento en el área urbana (5,2%), seguido del área rural (3,6%) (70).

Según el banco general de Washington en sus análisis cuantitativos confirma que los cambios en los ingresos laborales son el principal factor

que contribuye a la reducción de la pobreza. En 10 de 18 países de América Latina, las modificaciones en los ingresos laborales explican más de la mitad de la reducción de la pobreza, y en otros cinco países, más de una tercera parte. En Bangladesh, Perú y Tailandia, los cambios en la educación, la experiencia laboral y la región de residencia tenían alguna incidencia, pero la influencia principal eran las ganancias relacionadas con estas características (incluidos los ingresos laborales). No bastaba con tener un empleo, ya que en las economías menos desarrolladas la mayoría de la población trabaja. Lo que marcaba la diferencia para poder salir de la pobreza era el aumento de los ingresos del trabajo (71).

Según el Ministerio de trabajo y promoción de empleo En el 2014 alrededor de 7 millones de trabajadores eran asalariados (45,1%). Hoy en día, los obreros y empleados de empresas privadas, en su mayoría, trabajan bajo supervisión y dependencia de un empleador (5,4% de los ocupados) donde perciben un sueldo o salario. Asimismo, los Trabajadores Familiares no remunerados que son (11,8%); por ello, son quienes conforman otro segmento representativo además la mayoría de los pobres en Perú está conformado por trabajadores independientes quienes generan su propio empleo. Así, en 2012 el 43,1% de los pobres estuvo constituido por independientes, y en el caso de la pobreza extrema este porcentaje se elevó hasta 47%. El grupo de los no pobres se encuentra conformado mayormente por trabajadores asalariados (empleados y obreros) y en menor medida por independientes (72)

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la canasta básica familiar es la que permite medir la pobreza monetaria, en base a la capacidad de consumo de productos alimenticios y no alimenticios. Es así que para una familia de cinco personas, sería necesario que el consumo supere los S/. 1,515 al mes. Para la medición de la pobreza extrema se toma en cuenta solo del costo de la canasta básica alimentaria que para el 2014 fijó en S/. 161 mensuales. Es decir, si su gasto mensual está por debajo de este monto, será considerado pobre extremo (73).

Según el INEI, la mayoría de los pobres en Perú está conformado por trabajadores independientes quienes generan su propio empleo. Así, en 2014 el 43,1% de los pobres estuvo constituido por independientes, y en el caso de la pobreza extrema este porcentaje se elevó hasta 47%. El grupo de los no pobres se encuentra conformado mayormente por trabajadores asalariados (empleados y obreros) y en menor medida por independientes (74).

Así mismo en la investigación realizada se encontró que el 60% de gestantes adultas del pueblo joven La Union tienen un ingreso económico menor de 750 soles y un 60% de gestantes cuentan con trabajos eventuales.

De acuerdo a los resultados de la investigación puedo decir que las gestantes adultas del pueblo joven La Unión; no cuentan con los recursos económicos necesarios ya que se pudo observar durante la aplicación de la

encuesta la falta de comodidades en sus hogares, limitación de ropa ,el estado general de las viviendas, además manifiestan que los jefes de casa la mayoría tienen trabajos eventuales desempeñándose en diversas actividades como comerciantes, pescadores, trabajando en agricultura, reciclaje, construcciones , ganando < 750.00 soles mensualmente por lo que llega a ser insuficiente para la supervivencia de tal forma que las gestantes también trabajan para aportar económicamente realizando actividades como: limpieza de casas ,reciclaje, lavando ropa y comerciantes de comida .

Así mismo las familias están vulnerables frente a distintos problemas económicos existiendo diferentes limitaciones tanto alimentarias, ropa, comodidades y educación permitiendo que en el Perú siga existiendo más pobreza y menos oportunidades de trabajo como se refleja en pueblo joven La Union.

La deficiente economía en una mujer gestante trae muchos riesgos durante y después de su embarazo, ya que ellas mismas están conscientes de que con el deficiente ingreso económico en su hogar no podrá alimentarse correctamente; así produciendo en ellas la desnutrición, anemia que propiciara a que tenga un niño que no se desarrollara adecuadamente y al nacer tenga un bebe de bajo peso, que será difícil de revertir si no lleva una alimentación adecuada ; además que por la falta de conocimientos sobre una alimentación saludable algunas de las gestantes no pueden preparar alimentos nutritivos ya que comen más harinas y frituras que verduras y frutas siendo así un problema más para la comunidad ya que puede presentar

obesidad en la gestación predisponiéndose a tener niños macroscópicos, preclamsia y hasta llegar a una cesaría simplemente porque el feto es demasiado grande para que pueda ingresar al canal vaginal .

En la comunidad la Unión existe pobreza que con el tiempo se estará viendo las consecuencias de esta situación que acarrea muchos problemas sociales como la delincuencia las drogas y los embarazos a temprana edad por falta de oportunidades de trabajo y deficiencia de economía siendo así un problema potencial para la comunidad y para el país.

En la tabla 02:Del 100% (170) de gestantes adultas del pueblo joven La Unión el 53,5% (91) tienen viviendas multifamiliares; el 65,9% (112) tienen casa propia; el 73,5% (125) tienen su piso de tierra; el 72,9% (124) tienen su material de techo de madera y estera; el 47,0% (80) tienen material de paredes de madera y estera; el 55,9% (95) son familias que duermen independientemente; el 81,2% (138) tienen conexión de agua domiciliaria; el 73,5% (125) tienen baño propio; el 93,5% (159) cocinan con gas, electricidad; el 70,0% (119) tiene energía eléctrica permanente; el 58,2% (99) su disposición de basura es a campo abierto; el 65,3% (111) refieren que el carro recolector pasa por su casa todos las semanas pero no diariamente; el 55,9% (95) eliminan la basura en montículos o campo limpio.

Estudios que se asemejan como de Calle M, Guasco R, Lligüisaca T;(75). En su investigación titulada. “factores predisponentes de insalubridad de las viviendas en la comunidad Llayzhatan de la parroquia

Jadan. Cuenca, 2014” Concluyendo que la realidad de las familias en los sectores rurales es diferente a la de la ciudad, principalmente por los efectos ambientales que causan la eliminación de excretas y la eliminación de basura de las ciudades además en lo referente al material del piso predominante en un hogar, se tiende recomendar e instar a las personas a cubrir los pisos de tierra con cemento y madera. Pero se ve que más de la mitad de las viviendas en Llayzhatan tienen pisos de tierra, lo cual es, como se dijo en su tiempo, un material que es difícil de limpiar, y genera también enfermedades por el polvo y la acumulación de bacterias.

Estudios similares con de Arias A, Malo D. (76); En su investigación titulada “Coordinación dimensional para la vivienda económica con materiales prefabricados 2013”Concluyeron el déficit de vivienda a nivel mundial es un problema que afecta a los sectores menos privilegiados ya que las viviendas informales y las llamadas invasiones solo son soluciones momentáneas que a futuro producirán un sin número de molestias para su habitantes creando condiciones extremas de pobreza insalubridad y hacinamiento.

El servicio de energía eléctrica en los hogares de las viviendas del país registró mayor cobertura. El 91,4% de los hogares de las viviendas tuvieron acceso a este servicio, lo que constituye un incremento de 9,0 puntos porcentuales respecto a la ENDES 2012 (82,4%). El 98,1% de hogares de las viviendas del área urbana, contaban con este servicio; en el área rural, un 74,2% disponía de luz eléctrica. De otro lado, en el 79,6% de

hogares de las viviendas se provee de agua por red pública, ya sea dentro o fuera de la vivienda. En el área urbana, este servicio cubre al 84,8%; mientras que en el área rural fue 65,8%. El 66,1% de hogares de las viviendas contaba con servicio higiénico conectado a red pública, 10,4 puntos porcentuales más que lo observado en el año 2012 (77).

Una de cada tres familias latinoamericanas, alrededor de 59 millones de personas, reside en una vivienda inadecuada, construida con materiales precarios o carentes de servicios básicos, indicó un estudio del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). En la mayoría de los casos el principal limitación es la insuficiencia de ingresos, aunque también afecta la escasa oferta de viviendas de buena calidad o la dificultad para acceder a créditos (78).

Una vivienda saludable es la que propicie por sus condiciones satisfactorias una mejor salud para sus moradores, lo cual implica reducir al máximo los factores de riesgo existentes en su contexto geográfico, económico, social y técnico, a fin de promover una adecuada orientación y control para su ubicación, edificación, habilitación, adaptación, manejo y uso de la vivienda por parte de sus residentes. Una vivienda saludable garantiza seguridad y protección suministra recursos para la higiene personal, doméstica y saneamiento (79).

Según el INEI las estadísticas provenientes de la encuesta de hogares muestran que aquellos hogares con el número de miembros superior a 5 personas ha disminuido de 44,3% en el año 2004 a 33,6% en el 2013. De

otro lado, los hogares más pequeños de 1 hasta 4 miembros describen un ligero incremento en el periodo analizado (80).

Según el Compendio estadístico del Perú refiere que Vivienda propia es aquella cuyo derecho de propiedad ha sido adquirido mediante compra. Incluye las viviendas propias mediante herencia u otra forma (81).

La vivienda es un área prioritaria para el desarrollo nacional. El Estado impulsará y organizará las actividades inherentes a la materia, por sí y con la participación de los sectores social y privado, de acuerdo con las disposiciones de esta Ley. Se considerará vivienda digna y decorosa la que cumpla con las disposiciones jurídicas aplicables en materia de asentamientos humanos y construcción, salubridad, cuente con espacios habitables y auxiliares, así como con los servicios básicos y brinde a sus ocupantes seguridad jurídica en cuanto a su propiedad o legítima posesión, y contemple criterios para la prevención de desastres y la protección física de sus ocupantes ante los elementos naturales potencialmente agresivos (82).

De acuerdo con la investigación se concluye que casi la totalidad de gestantes adultas cuentan con casa propia dándonos a entender que llega hacer un beneficio para cada una de ellas ya que no tendrán que preocuparse por el pago mensual, a diferencia que existe un 15.9% de gestantes que viven en casas alquiler venta , en la cual siguen luchando por conseguir algo propio para que después no sigan pagando alquiler , complicando aún más su situación económica ya que sus ingresos son mínimos acarreado en ellas sufrimiento y lucha constante día a día llegando hasta el punto de medirse

los alimentos y los gastos necesarios que deben de realizar diariamente con el solo objetivo de tener algo propio en un futuro .

De acuerdo a las conclusiones de la investigación las gestantes adultas de pueblo joven La Unión refieren que las viviendas no son saludables ya que no llegan a garantizar seguridad y protección además de la inadecuada higiene que se puede observar dentro de los hogares en la cual es lamentable ya que además de ello existe un 53.5% de gestantes que tienen viviendas multifamiliares propiciando hacinamiento por la cantidad de personas que viven en una casa pequeña ; por ende las gestantes están en riesgo de contraer cualquier enfermedad que tenga un miembro de la familia.

Sus viviendas no son las adecuadas siendo así un factor de riesgo encontrado para la comunidad porque existe un 73.5% de gestantes que el material de piso es tierra que llega aumentando el riesgo enfermedades como enfermedades respiratorias agudas, la presencia de bacterias y microorganismos, enfermedades diarreicas agudas, además un 72.9% de las gestantes su material de techo son de madera o estera la cual puede que dicho material a traiga a animales como arañas y roedores contaminando más el ambiente en donde viven las gestantes; así mismo existe un 47% de gestantes que sus paredes de sus casas son madera estera corriendo aún más peligro ya que pueda presentar incendios debido al material llegando hacer un gran riesgo para cada uno de los que habitan en dicho hogares.

Además podemos concluir que tener una vivienda con deficiencias de construcción techo y piso no ofrecen las comodidades para la supervivencia

de un ser humano ya que tiene una enorme repercusión sobre el estado físico, mental y social en la cual en un gran porcentaje de gestantes están siendo perjudicadas ya que ella necesita de un lugar cómodo ventilado, limpio para que pueda suplir sus necesidades contra los riesgos sanitarios y accidente logrando promover la salud física, la productividad económica, el bienestar psíquico y la energía social.

Estudios similares con de Changuán J; (83). En su investigación titulada “Plan de intervención para la prevención de enfermedades generadas por la contaminación del medio ambiente en los habitantes de Cristóbal colón 2013”. Concluye que la salud pública es una ciencia que permite identificar problemas y prioridades de salud, promoviendo la toma de decisiones y la participación de servicios de promoción y prevención mediante la implementación de un plan que favorezca la salud de toda la comunidad. Los factores de riesgo en los habitantes de la Comunidad de San Juan que mayor predominan son las enfermedades respiratorias, enfermedades gastrointestinales, ocupando un rango significativo de morbilidad más aún si desconocen de un plan el cual disminuya los riesgos de sufrir enfermedades generadas por la contaminación ambiental.

Según Conde A; (84). En su investigación titulada “Efectos nocivos de la contaminación ambiental sobre la embarazada 2013”. Refiere que expertos en salud ambiental y cardiólogos de la Universidad de California del Sur acaban de demostrar por primera vez lo que hasta ahora era apenas una sospecha: la contaminación ambiental de las grandes ciudades afecta la

salud cardiovascular. Se comprobó que existe una relación directa entre el aumento en la concentración de las partículas contaminantes del aire de la ciudad y el engrosamiento de la pared interna de las arterias (la llamada "íntima media"), que es un indicador comprobado de la arteriosclerosis; El efecto persistente de la contaminación del aire respirado, es un proceso silencioso de años, que conduce finalmente al desarrollo de afecciones cardiovasculares agudas, como el infarto.

Según Gustavo F. Gonzales, Zevallos A, Gonzales C, Nuñez D , Gastañaga C, Cabezas C, Naehher L, Levy K, Steenland K ;(85). En su investigación titulada “Contaminación ambiental, variabilidad climática y cambio climático: una revisión del impacto en la salud de la población peruana 2014” Refieren que la contaminación afecta a la salud de la población peruana presentando consecuencias como en la ciudad de Lima, anualmente 2300 muertes prematuras son atribuibles a este contaminante. Otro problema es la contaminación del aire domiciliario por el uso de cocinas con combustible de biomasa, donde la exposición excesiva dentro de las casas es responsable de aproximadamente 3000 muertes prematuras anuales entre adultos, con otro número desconocido de muertes entre niños debido a infecciones respiratorias.

Según Salazar V; (86). En su investigación titulada “Hacinamiento familiar un problema social.2012-Lima- Perú” Refiere que el hacinamiento puede provocar daños a la salud como enfermedades físicas o mentales alteraciones en el desarrollo de la personalidad. "Vivir en espacios pequeños

incrementa el estrés y reduce las defensas naturales de la gente, debido a que las personas se 'estorban' entre sí". El fenómeno del hacinamiento es muy problemático ya que significa que muchas personas viven en muy malas condiciones de hábitat y que estos problemas pueden fácilmente permitir la circulación de enfermedades, de violencia, de delincuencia, de agresividad, de conflictos, etc.

Las viviendas con construcciones deficientes no brindan la defensa adecuada contra la muerte, las enfermedades y los accidentes e incluso aumentan el riesgo ante ellos. En cambio, las buenas condiciones constructivas, o sea la vivienda que cuenta con espacios suficientes para la familia, no sólo la protegen contra los riesgos sanitarios, sino que promueven la salud física, la productividad económica y el bienestar físico y psicológico (87).

Los sistemas de alcantarillado con corriente líquida resuelven el problema de eliminar las inmundicias creadas por el habitante de las ciudades. Las materias indeseables desaparecen y el ciudadano no se preocupa más de ellas. Como el medio de movilización es el agua, suelen desembocar a un depósito líquido: lago, río, mar. Si esos residuos no se tratan debidamente, 105 microorganismos patógenos serán serio peligro para los consumidores del agua potable y mariscos. También es mal procedimiento, además de ofensivo, el de descargas de material con excreta en barrancas, acequias, lugares varios. La creciente concentración de gentes

en las ciudades y las industrias en ellas establecidas son otros tantos motivos de que aun mente la contaminación de corrientes de agua donde confluyen los restos excrementicios (88).

El abastecimiento de agua potable es realizado por 51 Empresas Prestadoras de Servicio, registrando una cobertura de agua potable urbana de 93,1%. En ese sentido, existe el Programa de Agua Potable y Alcantarillado de la Cooperación Técnica Alemana en Perú, el cual tiene como principal objetivo el coadyuvar al desarrollo sostenible del sector de saneamiento, el fortalecimiento institucional de los actores sectoriales y el fortalecimiento de las Entidades Prestadoras de Servicios de Saneamiento y la ampliación de la infraestructura del servicio (89).

En el año 2013, del total de municipios informantes que realizaron el recojo de basura, 694 municipios aseveraron hacerlo con una frecuencia diaria, por otra parte 341 municipios lo realizaron semanalmente, 382 municipios recogen la basura dos veces por semana y finalmente 325 municipios recogen desperdicios de manera interdiaria. El departamento de Lima mantiene el liderazgo en el recojo de frecuencia diaria (85 municipios), seguido de Cusco y La Libertad con 49 municipios respectivamente. Los departamentos más rezagados son Madre de Dios y Moquegua con 4 y 2 municipios respectivamente (90).

Los residuos sólidos son sustancias, productos o subproductos en estado sólido o semisólido, desechados por su generador. Se entiende por

generador a aquella persona que en razón de sus actividades produce residuos sólidos. Suele considerarse que carecen de valor económico, y se les conoce coloquialmente como “basura” (91).

El botadero de basura es una de las prácticas de disposición final más antiguas que ha utilizado el hombre para tratar de deshacerse de los residuos que él mismo produce en sus diversas actividades. Se le llama botadero al sitio donde los residuos sólidos se abandonan sin separación ni tratamiento alguno. Este lugar suele funcionar sin criterios técnicos en una zona de recarga situada junto a un cuerpo de agua, un drenaje natural, etc. Allí no existe ningún tipo de control sanitario ni se impide la contaminación del ambiente; el aire, el agua y el suelo son deteriorados por la formación de gases y líquidos lixiviados, quemas y humos, polvo y olores nauseabundos (92).

De acuerdo a los resultados de la investigación el 55.9% de gestantes duermen independientemente siendo una condición positiva para cada una de ellas ya que va a contribuir a un buen descanso que será favorable para su embarazo ; pero existe un 41.1% de gestantes adultas que duermen con 2 a 3 miembros en una sola habitación aumentado así es riesgo de contraer enfermedades por el hacinamiento presente en sus hogares logrando así propiciar el estrés ,incomodidad ,intranquilidad logrando que se desenlace un cuadro ansiedad, irritabilidad y depresión no siendo saludable para su salud como gestante.

Además el 81.2% de gestantes adultas tiene abastecimiento de agua por conexión domiciliaria dándonos a entender que en su mayoría de gestantes tiene esa comodidad dentro de sus hogares; sin dejar de lado que existe un 13.5% de gestantes adultas que su abastecimiento de agua es por red pública por la cual dichas gestantes están en riesgo de contraer diferentes tipos de enfermedades ya que el almacenamiento de agua en los hogares tiene que tener un buen mantenimiento y cuidado además de que aumenta la presencia de zancudos aumentado aún más el riesgo de que las gestantes sean picadas y lleguen al hospital por una posible picadura de dengue; además de las enfermedades diarreicas aguda si no hay un buen mantenimiento del agua.

En cuanto a la eliminación de excretas el 73.5% cuentan con baño propio dándonos a entender que tienen una de las comodidades primordiales dentro de sus hogares pero existe un 15.9% de gestantes adultas que cuentan con letrina lo cual nos a entender que hay un elevado riesgo de que dichas gestantes durante su embarazo puedan presentar enfermedades diarreicas agudas por la presencia de letrina mal cuidadas; ya que por lo general en la visita domiciliaria se observa en los hogares descuido e inadecuada higiene de la letrinas y falta de conductas saludables en las gestantes.

A su vez se puede observar en los resultados de la investigación que el 93.5% cocinan con gas, electricidad esto quiere decir que es beneficioso para cada uno de ellas a comparación del 6.5% de gestantes que cocinan con leña, carbón ya que llega hacer un factor de riesgo para su salud por el humo que inhalan diariamente sin tener el conocimiento de que es dañino para su

salud pudiendo presentar fibrosis pulmonar y en extremos el cáncer al pulmón.

Además podemos decir que 70% de gestantes adultas cuentan con energía eléctrica permanente lo cual es un indicador positivo que va a contribuir a llevar una vida saludable pero existe un 1.7% de gestantes que hacen uso de velas la cual llegan a tener un riesgo día a día por que en cualquier momento puede propiciarse un incendio y propagarse rápidamente ya que de algunas de ellas sus casas son de esteras y madera por lo que pueden llegar a causar hasta la muerte.

Así mismo según la investigación realizada el 58.2% de gestantes adultas elimina su basura en campos abiertos dándonos a entender que ellas son las participes de la contaminación en su comunidad, pero a su vez existe un 65.3% que refieren que el carro recolector de basura pasa todas las semanas pero no diariamente lo cual indican que por ese motivo acumulan basura incrementando la contaminación en su comunidad sin tener el conocimiento de los efectos de la contaminación ya existe manifestaciones de enfermedades respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, alergias, problemas de la piel, asma ,enfermedades transmitidas por insecto por lo cual la comunidad en general no está consiente sobre las consecuencias de la propagación de basura en su comunidad y si lo está no lo llega a dar la suficiente importancia y sigue contribuyendo a dicha problemática.

En la Tabla 3: Del 100%(170) de las gestantes adultas del Pueblo Joven la Unión el 55,3(94) no fuman ni han fumado nunca de manera

habitual; el 62,9% (107) ocasionalmente toman bebidas alcohólicas; el 50,0% (85) duermen de 8-10 horas; el 68,2% (116) se bañan 4 veces a la semana; el 54,1 (92) si se realizan exámenes médicos periódicas en un establecimiento de salud; el 68,2%(116) no realizan actividad física en su tiempos libres; el 71,2% (121)no realizaron ninguna actividad física en estas dos últimas semanas más de 20 minutos; el 90,0% (154) diariamente consumen fideos ;el 70,6% (120) de 3 o más veces a la semana consumen frutas; el 49,4% (84) de 1 o 2 veces a la semana consumen huevos.

Estudios similares como Pórtela L, Ferreira V; (93). En su investigación titulada “Prevalencia y factores asociados al uso de alcohol en adolescentes embarazadas 2013”.Concluye que el consumo de bebida alcohólica en algún momento de la vida entre las adolescentes fue de 73,8% (189), la prevalencia de uso de alcohol por adolescentes durante el embarazo fue 32,4% (83). Se destaca que entre las adolescentes que afirmaron haber usado alcohol en algún momento en la vida (n= 189), hubo continuidad de ese hábito durante el embarazo en 43,9%. Se verifica que hubo una predominancia de uso de alcohol durante el embarazo en el intervalo de edad de 17-19 años (57,8%), escolaridad de más de 4 años de estudio (84,3%), solteras (69,9%), renta familiar de hasta un salario mínimo (77,1%) y sin renta propia (96,4%).

López M, Arán V, Cremonte M; (94). En su estudio titulado el “Consumo de alcohol antes y durante la gestación en Argentina 2015” De las 614 participantes, 75,2% había consumido al menos un trago de alcohol

durante la gestación y 83,3% lo había hecho durante el último año; 15,1% reconoció haber tenido al menos un evento de consumo excesivo episódico (5 tragos o más) durante la gestación y 27,6% durante el año anterior a la gestación. Solo 30,6% de las mujeres manifestó haber hecho algún cambio en el consumo durante el último año; de ellas, 55,6% disminuyó el consumo y 41,8% dejó de beber. Las mujeres que mostraron mayor consumo de alcohol antes y durante la gestación informaron mayor consumo de sus parejas, fumaban y tenían actitudes más permisivas respecto al consumo de alcohol durante la gestación.

El alcohol es una de las drogas que por su fácil acceso y poderosa propaganda que recibe, se ha convertido en un verdadero problema social en casi todos los países y en todas las edades a partir de la adolescencia. El alcohol es la droga más ampliamente empleada por los adolescentes en el Perú, aunque no tenemos estadísticas, existen evidencias de un elevado índice de alcoholismo entre los jóvenes. Sin embargo, ¿cuáles son los trastornos provocados por el uso excesivo de alcohol? Quizá mucha gente piense que mientras no se convierta en alcohólico típico, las consecuencias de beber frecuentemente y en altas dosis no son tan alarmantes. Pero los estragos del alcohol pueden ser graves y muchos de ellos irreversibles (95).

Claramente, el consumo de alcohol no sólo afecta la etapa de gestación sino que repercutirá en el desarrollo del infante luego de su nacimiento. El alcohol como una sustancia que fácilmente se puede convertir en una

sustancia adictiva, es sumamente dañino para el embrión y afecta su desarrollo, más aún, en caso de un aborto espontáneo la vida de la madre puede verse en peligro dependiendo de qué tan avanzado esté el embarazo. El síndrome de alcoholismo fetal resulta bastante grave para el bebé en desarrollo y como toda patología tiene sus posibles consecuencias o síntomas las cuales son: Crecimiento deficiente mientras el bebé está en el útero y después de nacer. Disminución del tono muscular y mala coordinación. Retraso en el desarrollo y problemas en tres o más áreas mayores: Pensamiento, lenguaje, movimiento o habilidades sociales (96).

El alcohol es una sustancia que puede interferir en el desarrollo normal del feto y causar defectos congénitos de nacimiento. El alcohol es más perjudicial para el feto que para un adulto. Cuando una mujer embarazada bebe alcohol, la bebida llega rápidamente al feto a través de la placenta. En los adultos, el hígado descompone el alcohol. El hígado de un bebé, sin embargo, no se ha desarrollado completamente y no puede descomponer el alcohol. El término “trastornos del espectro de alcoholismo fetal” describe los diferentes efectos que pueden ocurrir en el feto cuando una mujer bebe durante el embarazo. Estos efectos pueden ser, entre otros, discapacidades físicas, mentales, del comportamiento y del aprendizaje, que pueden durar toda la vida. El trastorno más grave es el síndrome de alcoholismo fetal. Este síndrome causa problemas de desarrollo, problemas mentales o del comportamiento y facciones anormales (97).

Según Fernández T;(98). En su investigación “Prevalencia de consumo regular de tabaco durante el embarazo 2014”. Concluye que a través de los datos del décimo estudio nacional de drogas en población chilena en general. La muestra fue de 6.937 mujeres que representan a aproximadamente 3,3 millones de personas entre 14 y 65 años que alguna vez estuvieron embarazadas. Se indagó sobre el consumo de tabaco regular, definido como “casi todos los días”, durante el más reciente embarazo. Se observó una prevalencia de consumo regular de tabaco de 4,8%. Esta prevalencia varía a través de la edad de embarazo y edad de inicio de consumo de tabaco. Así también, se observaron diferencias en la edad de inicio de consumo de tabaco y prevalencias de consumo actual entre quienes fumaron y no lo hicieron durante el embarazo.

El hábito de fumar hoy se sabe que el 25 % de las muertes por enfermedades de las arterias y el corazón están determinadas por el tabaco, lo que merece algunas consideraciones para entender esta relación fatal. Si en lo relativo al cáncer lo fundamental era el alquitrán, el calor y el efecto irritante del humo sobre las mucosas respiratorias, en el caso de las afecciones cardiovasculares el factor de mayor importancia es el efecto de la nicotina que libera sustancias como la cortisona (que eleva la presión arterial, aumenta la frecuencia con que late el corazón y contrae todas las arterias del organismo) y, como si esto fuera poco, la nicotina bloquea el consumo de oxígeno por el músculo cardíaco y aumenta el nivel de grasas

en la sangre, grasas que después se acumulan en las paredes de las arterias estrechándolas y endureciéndolas (99).

Dejar de fumar en los primeros momentos del embarazo es lo mejor, pero dejar de fumar en cualquier momento ayudará tanto a la mujer y al bebé. Nunca es demasiado tarde para dejar el tabaco durante el embarazo logrando obtener beneficios como respiras mejor y tiene más energía, crean un ambiente sano para ella y su familia, Mejora el olfato y el sabor de la comida, la piel recupera hidratación y elasticidad, Reduce el riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto (hemorragia vaginal, desprendimiento de placenta), te sientes más libre al no depender del cigarrillo, los beneficios para el bebé al dejar de fumar durante tu embarazo es: Aumenta la posibilidad de que el bebé nazca con un peso normal, disminuye el riesgo de que el bebé nazca antes de tiempo, disminuye el riesgo de que tu bebé padezca “síndrome de muerte súbita”, Reduces la posibilidad de que padezca: asma, bronquitis, otitis (100).

La cantidad necesaria de sueño en el ser humano está condicionada por factores que dependen del organismo, del ambiente y del comportamiento. En la influencia de estos factores se aprecian variaciones considerables entre las personas. Así, hay personas que duermen cinco horas o menos, otros que precisan más de nueve horas para encontrarse bien y, por último, la gran mayoría que duerme un promedio de siete a ocho horas. Por tanto, podemos hablar de tres tipos de patrones de sueño: patrón de sueño corto, patrón de

sueño largo y patrón de sueño intermedio, respectivamente. De esta manera, hablamos de personas con patrón de sueño eficiente o de buena calidad y de personas con sueño no eficiente o de pobre calidad (101)

Una ventaja significativa de dormir el tiempo necesario es que resulta la mejor forma de recomponer el cuerpo. En ese estado de relajación, los músculos pierden su tensión, y la circulación se balancea y estabiliza. El metabolismo baja, y el ritmo cardíaco hace lo mismo. La respiración se regula, se hace lenta, profunda y regular, y el cuerpo se prepara para la próxima actividad, renovado y re energizado (102).

Así mismo se concluye dentro de la investigación realizada en las gestantes adultas del pueblo joven La Unión que un 55.3% de gestantes adultas no fuman ni han fumado de manera habitual en la cual durante la aplicación de la encuesta refirieron que no lo hacen por el temor a que en un futuro sufran de cáncer de pulmón claro que no negaron que alguna vez han fumado ,alguna de ellas manifiestan que fumaron cuando eran adolescentes ; en la cual estas manifestaciones por parte de ellas nos da a entender que al no fumar estarán previniendo algún tipo de complicaciones durante su embarazo llevando llevar una vida sana y saludable.

Así también existe un 4.1% de gestantes adultas que si fuman pero no lo hacen diariamente teniendo un factor de riesgo que llega a

predisponer de complicaciones durante su gestación como riesgo de que el bebé nazca antes de tiempo, disminuye el riesgo de que tu bebé padezca “síndrome de muerte súbita”, Reduces la posibilidad de que padezca: asma, bronquitis, otitis.

Además se puede observar que el 62.9% de gestantes adultas consumo de bebidas alcohólicas manifestando que se da en algún tipo de compromiso o alguna festividad bebiendo en pocas cantidades, así mismo algunas gestantes reconocen que no deben de consumir alcohol porque conocen las consecuencias que pueden presentar durante o después de su embarazo dentro de la consecuencias mencionaron labio leporino y paladar hendido, defectos del corazón, lunares de sangre de color rojo oscuro dándonos a entender que toman sabiendo las consecuencias pero lo realizan por su costumbre de consumir alcohol.

En cuanto a las horas que duermen el 50% de gestantes duermen de 8 a 10 horas , ellas manifiestan que duermen de 8 a 10 horas durante la noche además refieren que duermen durante el día, algunas después de la comida porque ya es su costumbre referente a ello se puede decir que como gestantes adultas en cuanto a sus horas de dormir no tienen problemas e intentan llevar una vida saludable durante su gestación recalando que el dormir después de las comidas provocara a que las gestantes sufran de sobrepeso y obesidad alterando su salud.

Puedo decir también que el personal de salud del puesto de salud La Unión debe de educar a las gestantes sobre las consecuencias que se pueden presentar si consume alcohol durante el embarazo contribuyendo a que adopten hábitos adecuados para su salud y evitando que tengan hijos con distintos problemas que llegara hacer una carga para los padres y gastos mayores a lo que ellos no cuenta siguiendo con la pobreza y no con la mejora de la sociedad.

Estudios similares como González R, Javier J. (103); En su investigación titulada “Un análisis de la actividad física para la salud. España 2010 La actividad física en tiempo libre evita la aparición de obesidad y/o sobrepeso dado que se aumentan las necesidades energéticas rompiéndose el equilibrio entre el aporte y el gasto energético a favor de un mayor gasto, y por tanto disminuye el acúmulo de grasa. El gasto energético total es la suma del gasto energético basal más el efecto térmico de los alimentos más el gasto por la actividad física. En España la prevalencia de esta enfermedad oscila entre el 8,5 % y el 11% para varones y entre el 8,4 % y en 14,2% en las mujeres.

Según Duarte P ;(104).En su investigación titulada Ejercicio Físico En El Embarazo 2012.Concluyo que de acuerdo a su estudio realizado la realización de ejercicio físico dentro de un programa regular durante, al menos, dos trimestres de embarazo, reduce aparentemente el peso del recién nacido dentro de valores normales. Por otra parte esta práctica física no influye en la edad gestacional de la madre. A medida que aumenta la

edad de la mujer, aumenta la realización de actividad física en el tiempo libre durante el embarazo, sin embargo las mujeres de mayor edad son las que realizan actividades menos intensas, aunque el hecho de ser menor de 35 años se asocia con un mayor abandono de la práctica de actividades deportivas previas.

Estudios que difieren Según Quigüiri A, Ramírez A;(105).En su investigación titulada “Importancia de la actividad física durante la gestación como parte del rol educativo del profesional de enfermería en las embarazadas en el subcentro flor 3 -2014”Concluyeron que la actividad física es adecuada para el mantenimiento sano del cuerpo, pero cuando se trata de realizarlo en gestación se debe tener en cuenta varios aspectos durante las etapas trimestrales. El conocimiento de las gestantes acerca de los beneficios de la actividad física durante la gestación es excelente porque son conscientes que da beneficios en varios sistemas del cuerpo, además de reducir complicaciones en el parto, aunque existe un rango menor de desconocimiento del tema.

Una mujer embarazada sana puede empezar o mantener un ejercicio físico regular durante su embarazo sin afectar al desarrollo de la gestación ni al parto. El ejercicio físico en la embarazada debe incluir los mismos elementos que en una mujer no embarazada, para conseguir el mismo beneficio en la mejora de la capacidad cardiorrespiratoria (ejercicio aeróbico) y ejercicios de resistencia y estiramiento. Conforme el embarazo

progrese, deberá moderar la intensidad y duración de su ejercicio físico para prevenir riesgos (106).

Las recomendaciones durante el embarazo, excepto en los casos en que este contraindicado. Se aconseja la práctica de un ejercicio aeróbico regular 30 min al día realizado con una intensidad moderada, entre 3 y 5 veces semanales. Se recomiendan ejercicios de bajo impacto como caminar, senderismo, natación o gimnasia en el agua. También son aconsejables ejercicios de fortalecimiento muscular, se recomienda realizar una serie de 12 repeticiones de varios grupos musculares. El ejercicio practicado con regularidad, y siempre que no esté contraindicado por alguna patología o por un embarazo de alto riesgo obstétrico, proporciona a la embarazada una mejor condición física general mejorando la función física cardiovascular y muscular, evita el aumento excesivo de masa, mejora la tensión arterial y protege frente a la diabetes gestacional (107).

Los estilos de vida son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. Este comportamiento humano es considerado dentro de la teoría del proceso salud-enfermedad de Lalonde y Lafranboise junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud como los grandes componentes para la producción de la salud o enfermedad de la población. Los estilos de vida están relacionados con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, de tabaco, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional. Los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o

de protección, dependiendo del comportamiento, de enfermedades transmisibles como de las no transmisibles (Diabetes, Enfermedades Cardiovasculares, Cáncer, entre otras). (108)

Una buena higiene sólo se logra si las personas aprenden a tener hábitos que beneficien su salud y otorguen bienestar. La falta de hábitos higiénicos adecuados por parte de las personas se convierte en un problema grave, no sólo por lo desagradable de una mala apariencia o de los malos olores, sino por el potencial peligro de transmisión de virus y gérmenes a otras personas y contagio de enfermedades por ello la ducha o baño diario (limpieza de la cara, de las manos, del cabello, de los genitales y de los pies) es importante porque se controlan olores naturales del cuerpo que son producidos básicamente por la transpiración o sudor. De esta forma se evita la presencia de gérmenes y bacterias que puedan afectar la salud de nuestra piel (109).

La gestante debe prestar mucha atención a sus costumbres higiénicas, debido al aumento de secreciones que se producen en este período y para prevenir la aparición de molestias en la piel, infecciones o cualquier otra complicación. El baño o la ducha deben ser diario. El agua no debe estar demasiado caliente para evitar molestias circulatorias. El baño no estará desaconsejado a menos que las membranas que rodean al feto ya se hayan roto o que el tapón mucoso haya sido expulsado. El único peligro durante el baño o la ducha es el riesgo a las caídas, para evitarlo la embarazada tendrá cuidado y puede utilizar superficies antideslizantes (110).

En la investigación realizada se puede observar que casi la totalidad que es de un 64,62% de gestantes adultas no realizan actividad física en sus tiempos libres, que existe un 71.2% de gestantes que en los dos últimos semanas no realizan ningún tipo de actividad física con duración de más de 20 minutos y un 68.2% de gestantes que se baña 4 veces a la semana.

De acuerdo a los resultados de la investigación realizada a las gestantes adultas; se pudo observar el sobrepeso de la mayoría de ellas encontrándolas mayormente en casa descansando o mirando televisión en la cual ellas manifestaron que en sus tiempos libres no hacen realizan actividades física por el motivo de no tener ánimos suficientes para salir de casa a realizar alguna caminata o algún deporte ,algunas de ellas me referían que les avergüenza salir a la calle hacer algún tipo de ejercicio por ello que lo limita llevar una vida saludable.

La falta de actividad física predispone a las gestantes del pueblo joven La Unión a varios problemas de salud potencialmente serios y crónicos. La actividad física rutinaria y una dieta nutritiva y balanceada son esenciales cuando se trata de mantener un estilo de vida saludable. La falta de actividad física es uno de los problemas que conlleva a las enfermedades como la obesidad, el sobre peso la diabetes en la cual está comprobado que ejercicio físico en las gestantes, no solo previene la ganancia excesiva de peso en esta etapa, sino también la hipertensión

arterial y la diabetes gestacional. El beneficio, no es solo para la madre, sino también para el bebé, pues disminuye el riesgo de peso elevado, lo que podría acarrear un parto distócico.

Los estilos de vida saludables en las gestantes son básicos en su vida diario en cuanto, en cuanto a su higiene las adultas gestantes manifiestan que se bañan 4 veces a la semana la cual quiere decir que realizan su higiene casi inter diario y le será favorable porque les permitirá estar cómodas y relajadas después del baño eliminando el sudor y el mal olor que produce el propio cuerpo. Además el 54.1% de las gestante manifiestan que si se realizan exámenes médicos periódicamente eso quiere decir que ellas buscan tener estilos de vida saludable acudiendo a sus chequeos periódicamente y previniendo varios tipos de enfermedades que se puede descubrir cuando asisten puesto de salud o posta.

Así mismo existe un 45.9% de gestante adultas que no se realizan algún tipo de examen medico periódico en un establecimiento de salud ,ya que ellas refieren que por la costumbre y falta de tiempo no lo hacen además que ellas solo acuden a un puesto de salud o a un hospital siempre y cuando tengan alguna dolencia de tiempo y ya no lo pueden manejar el dolor, de tal manera que en cualquier momento una de las gestantes no lo puede dar importancia algún signo de alarma que se le puede presentar y puede que llegue a una muerte fetal o fallecer ella misma ;de esta forma concluimos que las gentes del pueblo joven la

unión no le dan importancia a su salud viviendo el día a día sin tener en cuenta las precauciones que deben de tener.

Estudios similares como Mejía, C; (111). En su investigación titulada: “Asociación entre inadecuada ganancia de peso según hábito corporal en gestantes a término y complicaciones maternas. Instituto Nacional materno Perinatal. 2006-2009”. De acuerdo a la investigación planteada concluye que: si existe asociación entre la inadecuada ganancia de peso según hábito corporal en gestantes a término y las patologías más comunes que se presentan como complicaciones asociadas a este contexto, también hay puede haber complicaciones al momento del parto y en el puerperio como el desgarro durante el momento del parto, la infección urinaria post parto, la infección de herida operatoria, culminación del embarazo por cesarí, la presencia de algún estado hipertensivo, la presencia de anemia, la obtención de un producto grado el sufrimiento fetal intra uterino.

Gómez G, Sánchez J, Munares O; (112). En su investigación titulada “Estado nutricional de las gestantes atendidas en el servicio de salud del ministerio de salud Perú 2011”. Concluyeron que en las gestantes el mayor porcentaje presenta sobrepeso. Las regiones de San Martín, Tumbes y Ucayali presentan mayor prevalencia de bajo peso, mientras que las regiones de Puno, Huancavelica y Moquegua la mayor prevalencia de sobrepeso. No hubo diferencias del estado nutricional con la edad

gestacional y altitud a nivel del mar. El peso promedio de las gestantes fue 55,6 kg, la talla promedio fue 151,6 cm y el índice de masa corporal fue de 24,2 kg/m, el 36,6% de las gestantes estuvieron dentro de rangos normales; 0,5% presento bajo peso y 46,8%presento sobrepeso.

Según Landívar L, Pillco V;(113). En su investigación titula “Determinación de la ingesta alimentaria y su relación con el estado nutricional de las gestantes que asisten al subcentro de salud del valle y Sinincay. Cuenca. Año 2014”.Concluyeron que: El estado nutricional pre gestacional muestra un 57% de normalidad, disminuyendo al 42% en el IMC gestacional, la obesidad se triplica del 11 al 33% para la valoración nutricional actual de las gestantes. Un 46% de gestantes con sobrepeso también presentan déficit calórico. Existe un 34% y 32% de exceso de consumo de cereales y tubérculos, y frutas respectivamente. Las verduras alcanzan un déficit de consumo del 99% de la población y 9 de cada 10 presenta déficit de consumo de lácteos y carnes. Existe un 30 y 35% de exceso de consumo de grasas y carbohidratos respectivamente.

Según Argüello C; (114). En su investigación titulada “Programa de alimentación para control de peso en embarazadas de la parroquia la matriz en Latacunga, primer semestre, año 2014”.Concluye que: Para que la alimentación de la embarazada sea balanceada se tomaron en cuenta alimentos como: hortalizas verduras y vegetales que en su mayoría existen o

se cultivan en los alrededores de la ciudad de Latacunga o que se pueden adquirir en los mercados y centros de compra de la ciudad y que no exige un gasto generoso. Según los resultados de la investigación de campo y la relación de las variables de estudio se pudo determinar que los hábitos alimenticios de las embarazadas que asisten al control prenatal al Centro de Salud de Latacunga no tiene una alimentación balanceada y que consumen exceso de carbohidratos y grasas.

El estado nutricional de la mujer cuando se queda embarazada y durante el embarazo puede tener una influencia importante en los resultados sanitarios del feto, el lactante y la madre. Deficiencias de micronutrientes como el calcio, el hierro, la vitamina A o el yodo pueden producir malos resultados sanitarios para la madre y ocasionar complicaciones en el embarazo, poniendo en peligro a la madre y al niño. Un aumento insuficiente del peso de la madre durante el embarazo debido a una dieta inadecuada aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos. La educación y el asesoramiento sobre nutrición tienen por objeto mejorar las prácticas alimentarias antes del embarazo y durante este, a fin de mejorar la alimentación materna y reducir el riesgo de resultados sanitarios negativos para la madre y para sus hijos (115).

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. A nivel mundial ha ocurrido lo siguiente: un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa; y un descenso en la actividad

física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización. A menudo los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; la agricultura; el transporte; la planificación urbana; el medio ambiente; el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y la educación (116).

La alimentación en nuestro país, la oferta de alimentos es muy amplia. Sin embargo, gran parte de la población no tiene acceso a una alimentación saludable. Esta situación, injusta e indigna, tiene su expresión más extrema en la desnutrición infantil, que es una enfermedad vinculada directamente al comportamiento humano. Cuando a una alimentación deficiente en calidad y cantidad se suma la falta de estimulación afectiva y la indiferencia de la sociedad, sobreviene la desnutrición infantil (117).

Llevar una dieta sana a lo largo de la vida ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como distintas enfermedades no transmisibles y diferentes afecciones. Sin embargo, el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los hábitos alimentarios. Ahora se consumen más alimentos hipercalóricos, más grasas saturadas, más grasas de tipo trans, más azúcares libres y más sal

o sodio; además, hay muchas personas que no comen suficientes frutas, verduras y fibra dietética, como por ejemplo cereales integrales (118).

De acuerdo a los resultados de la investigación realizada el 90% de las gestantes adultas del pueblo joven La Unión consumen fideos diariamente así mismo el 75,3% consumen pan y cereales diariamente dándonos a entender que no llevan una alimentación balanceada ya que ellas describen su menú diario y mayormente son altamente contenidos en carbohidratos que no les nutre correctamente si no que les predispone a tener sobrepeso y obesidad no siendo saludable para su salud tanto para la gestante como para el feto.

Además ellas refieren que la situación económica les limita comparar variedad de alimentos para una preparación de alimentos adecuados ya que su ingreso económico a sus hogares son menores de 750,00 soles ,aunque algunas refieren que no es el dinero si no los hábitos de alimentarse así sean educadas no cambian dichos hábitos, lo hacen pero máximo una semana y luego se olvidan retornando a su alimentación rica en harinas como fideos papas, arroz tomando bebidas azucaradas como los refrescos con alto contenido de azúcar, las gaseosas y el exceso de frituras y comidas chatarras.

El consumir en exceso los alimentos con alto contenido de carbohidratos está propiciando a la presencia de sobre peso y obesidad en la gestante, Tener sobrepeso o ser obesa durante el embarazo puede

ocasionarle complicaciones a ambos y así pueden aumentar sus probabilidades de tener un parto prematuro, el que comienza antes de completar las 37 semanas de embarazo, bebés grandes para su edad gestacional, cesáreas, abortos espontáneos, preclamsia.

Un aspecto muy importante, es el estado nutricional de la madre antes del embarazo, ya que si la misma cuenta con un peso saludable y se alimenta correctamente, tendrá almacenados los nutrientes suficientes para sustentar las deficiencias que se puedan presentar durante el mismo. Una inadecuada nutrición de la futura madre puede ocasionar no solo problemas en la salud de la madre y del niño en este período, sino también traerle complicaciones posteriores a ambos.

Una alimentación equilibrada y completa en esta etapa fisiológica de la vida femenina es la mejor ayuda para prevenir nacimientos prematuros e incluso problemas ligados al desarrollo del recién nacido como puede ser la disminución de peso o de talla, menor resistencia a las infecciones. Aunque no se pueden prevenir ciertos problemas hereditarios es posible modificar una nutrición deficiente. Se conoce que estados de malnutrición y/o carenciales pueden provocar alteraciones en el curso del embarazo todo esto ha llevado a asegurar que es imprescindible un adecuado estado nutricional para asegurar la normalidad en el curso de un embarazo.

En la tabla 4, 5, 6: Del 100%(170) de gestantes adultas del pueblo joven La Unión el 83,5%(142) se atendieron en un puesto de salud en estos 12 últimos meses; el 47,6%(81) consideran que el lugar donde les

atendieron está lejos; el 91,8(159) tienen seguro en el SIS-MINSA; el 45,3%(77) refieren que el tiempo de espera para que las atiendan es largo; el 44,7%(63) refieren que la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue buena; el 80,6% (137) refieren que si existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa; el 52,4%(89) reciben apoyo familiares; el 97,6%(166) no reciben algún apoyo social organizado; el 50,6%(86) si tiene apoyo social de las organizaciones (comedor);el 100,0%(170) no reciben apoyo social (pensión 65).

Según Miranda, k ;(119). En su investigación titula “Relación de factores biosociales y asistencia al control prenatal en gestantes. El porvenir. 2014”.Concluye que el 74,4% de las gestantes fueron adultas jóvenes; el 42,2%, primíparas; el 46,7% de gestantes evidenció un conocimiento medio sobre la importancia del CPN, el 54,4% percibió buena calidad de atención. El 57.8% tuvo CPN adecuados; mientras que el 42.2%, inadecuados. En el primer trimestre el 58.9% de las gestantes tuvieron CPN inadecuados; en el segundo trimestre el 65.6% tuvieron CPN adecuados. En el tercer trimestre el 96.7% tuvieron CPN adecuados. No se encontró relación estadísticamente significativa entre los factores biosociales y la asistencia al CPN.

Estudios que se asemejan como de Camarena, P ;(120).En su investigación titulada “Asociación entre los factores de abandono al control prenatal en gestantes atendidas en el hospital Marino Molina – Es salud – 2011”.Concluye que : De 334 gestantes atendidas en el Hospital Marino

Molina Scippa, Red Asistencia Sabogal – Es Salud; divididas en 167 gestantes con abandono al control prenatal (casos) y 167 sin abandono sin abandono al control prenatal se concluyó que fueron relevantes en los factores personales: la dificultad en el permiso en el trabajo, dificultad para el cuidado de los hijos y olvido de citas , no hubo factores institucionales significativos, y con factores médicos hubo relación con consulta de baja calidad y percepción de la calidad de la atención que se asocian al abandono al control prenatal.

Según Navarro, M;(121).en su investigación titulada “Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del centro de salud “Leonor Saavedra” - enero a marzo del 2015”. Concluye que La mayoría de gestantes (53.8%) evaluadas en el estudio inicia tempranamente su atención prenatal en el centro de salud Leonor Saavedra. Al evaluar los factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal, se observan que los factores socioeconómicos no fueron considerados de riesgo para el inicio tardío del control prenatal concluyendo que los principales factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Centro de Salud “Leonor Saavedra” son: la condición de multigesta, tener problemas de dinero, tener dificultad para acudir al CPN por su trabajo y el antecedente de experiencias negativas en alguna consulta.

Estudios similares como de Fernández G, Méndez V, Aparecida M. (122); en su investigación titulada “La calidad de asistencia de enfermería en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada 2014” Concluyen que a la entrevista que realizaron a las gestantes presentaron puntos positivos y negativos, siendo satisfactorios los aspectos referentes a la atención y acogida recibida por los profesionales de salud en el prenatal. Las gestantes se sienten seguras cuando las enfermeras prestan la consulta con acogida, escucha y orientación, aclarando dudas sobre la importancia del prenatal, las fases de la gestación y del autocuidado, y brindando conocimientos sobre este nuevo momento de la llegada de una nueva vida. Afirmaron sentir una gran diferencia en el servicio prestado por los enfermeros, enfatizando la satisfacción de la calidad de la asistencia a través de la atención en el prenatal, con mucho cuidado y respeto.

Según Canchis C; (123). En su investigación “Tu Tiempo, Nuestro Tiempo ” Nuevo enfoque en la atención a la gestante 2014 concluyo que antes de la implementación del proyecto en setiembre del 2013; la insatisfacción de las usuarias respecto a la empatía mostrada por el personal de salud hacia ellas era de 49.6 % mientras que luego de la implementación en marzo del 2014 la insatisfacción fue de 28.7% y la satisfacción aumento a 71.3%.El tiempo de espera por una atención prenatal era de 1440 minutos como promedio en el año 2012, luego en el año 2013 fue de 200 minutos y en el año 2014 es de 20 minutos.

Según Bravo M ;(124). En su investigación titulada “Percepción de la calidad de atención que tienen los usuarios de la consulta externa del Subcentro de Salud de Amaguaña-Quito 2011”.Concluyo que a pesar de que las personas entrevistadas refieren que para ser atendidos por el profesional deben esperar hasta 180 minutos, el 76.7% de ellos manifiestan como poco y aceptable el tiempo de espera; sin embargo un 23% de la demanda también refiere que le parece mucho tiempo, lo cual es muy importante tomar en cuenta para el proceso de mejoramiento. En cuanto al trato recibido en el Subcentro de Salud (enfermería, farmacia y profesionales), se puede concluir que el 63.3 % de los usuarios entrevistados muestran satisfacción con el mismo; pues califican el trato como excelente; sin embargo se debe tomar en cuenta la opinión de resto de usuarios como bueno y regular.

Según el INI refiere que de cada 100 gestantes 77 realizaron su control prenatal en los primeros tres meses de gestación. El control prenatal en el primer trimestre del embarazo viene incrementándose. En el año 2013, el 77% de gestantes realizó su control prenatal en los primeros tres meses de gestación. Sin embargo, existen diferencias según las características sociodemográficas de las gestantes, por lo cual los porcentajes difieren si se trata de gestantes que residen en el área urbana (80%) o rural (70%) (125).

La buena calidad de atención se define como; ser respetuosa con las preferencias, necesidades y valores de cada usuario. Por encima de cualquier otra consideración, el bienestar del paciente debe guiar todas las decisiones

clínicas. Por otro lado, se hace necesario demostrar, mediante indicadores confiables, es decir, válidos y precisos, que la atención brindada a sus usuarios cumple con las características de ser efectiva, oportuna, segura, eficiente, equitativa y centrada en el paciente o usuario, así como que cuenta con un equipo humano eficiente y con las competencias necesarias (126).

En cuanto a la calidad de atención las adultas gestantes refieren que cuando asisten al puesto de salud la atención brindada es buena; eso quiere decir que en la actualidad el personal de salud está tratando en lo posible mejorar el trato a la población y que la sociedad nos vean como cuidadores de calidad confinado en cada uno de nosotros y valorando nuestro trabajo realizado ; además al estar contentos con la atención brindado lograremos que no exista casos de abandono de control prenatal, temor a preguntar algo que desconoce ,desconfianza etc.

De acuerdo a la investigación realizada el 83.5% de gestantes adultas refieren que durante los 12 últimos meses se atendieron en un Puesto de Salud, Dichos resultados quiere decir que existe un gran porcentaje de gestantes que antes de estar embarazada si se estaban realizando algún tipo de exámenes para descartar algún tipo de enfermedad ; pero hay un menor porcentaje de gestantes que no se realizaban exámenes médicos durante el año la cual puede presentar consecuencias como el desenlace de algún tipo de enfermedad cancerígena o hereditaria ya que estas enfermedades son silenciosas y por la falta de información y de chequeos previos hacen que

las enfermedades avancen; para eso debemos de prevenir e incentiva a los pacientes a realizándose exámenes médicos una vez al año.

Así mismo el 47.6% de gestantes consideran que el lugar donde lo atendieron están lejos, por la cual podemos decir que hay un riesgo de que si se complica su embarazo tarde en recibir atención médica por la distancia y puede perder al niño o morir ambos, pero existe el 45.3% de gestantes adultas que tienen el beneficio de estar más cerca y en cualquier complicación que se le presente puede acudir rápidamente para una atención oportuna evitando complicaciones.

Además el 45.3% de gestantes adultas nos refieren que el tiempo de espera para su atención es largo, ello se debe que en nuestra actualidad sigue siendo un problema el tiempo que debe de esperar una persona para ser atendida y esto mayormente se da por la falta de personal de salud tanto en hospitales y centros de salud ,ya que por la falta de atención a tiempo muchos mueren o se llegan a complicar ; sabemos también que esta problemática seguirá en aumentando con el tiempo porque no existe aumenta de personal de salud, pero si aumento poblacional ; por ello creo que el ministerio de salud debe de accionar frente a esta problemática de tal manera que se mejore la atención a la demanda de la población en nuestra actualidad evitando menos muertes y complicaciones mayores en cuanto a las gestantes.

Según Habich M; (127). En su investigación titula “Análisis de situación de salud del Perú” 2013. Refieren que el SIS es un organismo público ejecutor adscrito al ministerio de salud, su misión es administrar los fondos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud individual de acuerdo a la política nacional de salud y con el objeto de proteger la salud de los peruanos que no cuentan con algún tipo de seguro, dando prioridad a aquellos grupos poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y extrema pobreza.

Encuesta Nacional de Hogares-ENAH0; (128). Concluyo que el 31,3% de la población está asegurado solo al seguro integral de salud (SIS), estos provienen en su mayoría de zonas rurales y urbanas marginales. El SIS beneficia también a mujeres no gestantes y varones mayores de 17 años que viven en extrema pobreza y pobreza en caso no tengan cobertura de ESSALUD u otros tipo de seguridad social. Han sido incorporados en el SIS: líderes de comedores populares, madres de menores beneficiarios del Programa de Alimentación Suplementaria (“Vaso de leche”), madres que trabajan en guarderías infantiles públicas (Wawa wasi), mujeres miembros de comités locales de administración de salud (CLAS) y limpiabotas.

El SIS forma parte de la reforma financiera del Ministerio de Salud (Minsa) y reduce las barreras económicas que limitan el acceso a los servicios de salud, sobre todo de la población en situación de pobreza y pobreza extrema, y que no son atendidas por otros sistemas de seguridad social. De esta manera contribuye al logro del aseguramiento universal en

salud. Actualmente un 75% de la población en Perú está asegurada, siendo el seguro público el que cubre aproximadamente a más del 40% de la población. En zonas rurales, que eran las más vulnerables y de difícil acceso, esta cobertura ha llegado al 90,35%. Hoy en día, todas las madres gestantes que no tienen seguro y los niños de 0 a 3 años pasan automáticamente a estar cubiertas por el SIS, siempre y cuando no tengan otro seguro. El objetivo del SIS es llegar a cubrir a toda la población que no tiene seguro en 2021 (129).

Entre los temas que hoy definen la agenda global, existe uno que tiene profundos vínculos e implicancias para el Perú: hablamos de la desigualdad, expresada por las crecientes brechas de carácter económico, fundamentalmente, pero también sociales, de género, étnicas, entre otras; que existen entre aquellos que disfrutan de una posición segura y privilegiada dentro de una sociedad y aquellos que por diversas razones ven limitados sus derechos: un empleo decente, un ingreso suficiente, una alimentación adecuada, una vivienda segura, para ellos y sus familias (130).

De las gestantes adultas del pueblo joven la Unión en su totalidad no recibe apoyo social, casi la totalidad tienen SIS-MINSA, no reciben algún apoyo social organizado, si existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa. Un poco más de la mitad reciben apoyo social natural de sus familiares.

En los resultados obtenidos se observa que el 91,8% de gestantes adultas cuentan con SIS dándonos a entender que el seguro social está llegando a todas las personas del Perú sin desigualdad alguna ; las gestantes manifiestan que es un programa de gran ayuda porque si no existiera dicho programa ellas no tuvieran el suficiente dinero para poder pagar una atención medica porque su ingreso económico al mes es menos de 750.00 soles ; los beneficios que las adultas gestantes conocen son los paquetes de atención por grupo etarios, la atención gratuita al igual que medicina ; en la cual ayuda a las adultas gestantes por ser de bajos recursos económicos logrando así controlar su embarazo gratuitamente para que tenga un embarazo lleno de felicidad y bienestar dando a su bebe una atención digna y de calidad.

Según el ministerio de justicia y derechos humanos el Perú no ha sido ajeno a la problemática expuesta. Para el año 2011, el 20% de los ciudadanos percibe a la delincuencia como el problema más importante en el país. Dicha percepción ha sido acompañada con una tasa de victimización del 40% en el año 2011(al menos uno de los miembros del 40% de los hogares encuestados han sido víctima de un delito). La consecuencia de todo ello es que, para el 86% de los encuestados, la delincuencia ha aumentado. No obstante lo antes dicho, cifras recientes dan cuenta que, entre el periodo de julio de 2011 y diciembre de 2012, la victimización se redujo del 45,1% al 38,3%. Dicha reducción se experimentó en 24 de las 27 ciudades en las que se realizó la encuesta nacional de victimización (131).

El pandillaje y delincuencia son dos de los principales problemas en el Perú. Se inició hace tiempo a raíz de problemas familiares, que causa la rebeldía en algunos de ellos (pandilleros), lo que conlleva a la delincuencia (robos, asaltos a mano armada, etc.). Los integrantes de las pandillas presentan diversos problemas de salud, a la vez van causando estragos en nuestra sociedad, lo cual no nos permite desarrollarnos, ya que ponen riesgo nuestras vidas (132).

Además en la investigación realizada el 80.6% de las gestantes adultas manifiestan que si existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa expresándonos que es un problema permanente en su comunidad creándoles temor e inseguridad; que logra afectar tanto física y psicológicamente a las gestantes adultas ya que en cualquier momento puede haber muerte ,robos en los hogares ,tiroteo etc. la cual provoca al angustia y el estrés a las gestantes ; además de que ellas deben de estar relajadas en un lugar seguro sin delincuencia y esa no es la realidad de nuestra sociedad y será difícil erradicar la delincuencia por muchos factores que causa dicho problema.

Según Urreta M ;(133).En su investigación “Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho -2010”.Concluyo que la mayoría de las adolescentes embarazadas tiene un ambiente emocional familiar

disfuncional relacionado a que los padres son poco afectuosos entre ellos, el afecto del padre y de los hermanos hacia la adolescente a pesar de ser mayormente afectuosos están en porcentaje muy similar a poco afectuosos, el grado de confianza con el padre en la que las adolescentes refieren que no confiaban en él. El ambiente emocional funcional relacionado a que la madre es afectuosa con la adolescente, el grado de confianza con la madre según la adolescente, ella podía saber cómo se sentía aún sin preguntárselo y en cuanto a las actividades familiares las jóvenes reportan que la familia tomaba un tiempo para conversar.

Contar con el apoyo del padre del bebé, la familia y los amigos contribuye en el estado anímico de la madre que se ve contenida y cuidada por sus seres queridos. Las embarazadas que reciben el cuidado y el acompañamiento de su entorno familiar tendrán una protección contra las hormonas del estrés que contribuyen a la aparición de la depresión postparto. Si tenemos en cuenta además otras investigaciones que relacionan cada vez con más énfasis el estrés materno con el bajo peso al nacer, es evidente que la situación emocional que atraviesa la mujer es fundamental para un buen desarrollo del bebé. Al sentirse contenida por su pareja, familiares y amigos la mujer cuida mejor su alimentación, busca información acerca de los cuidados prenatales y cuida más su salud, lo cual repercute en el peso del bebé (134).

En los resultados de la investigación el 52,4% de gestantes adultas reciben apoyo social natural de sus familiares manifestándonos que la ayuda

de sus familiares les hacen sentir bien porque cuando tiene problemas ellos ayudan a resolverlos dando así solución al problema algunas manifiestan que la familia es muy importante es sus vidas porque sin familia no habría sentido de vivir y es cierto ya que es muy importante tener a la familia de apoyo para que estén emocionalmente bien y tener una vida llena de felicidad. Así mismo existe un 17% de gestantes adultas que no reciben ningún apoyo natural dándonos a entender que ellas están más propensas a estrés, ansiedad sufrimiento emocional lo cual no es bueno para su embarazo.

V.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- De los determinantes del entorno biosocioeconómico y ambientales en las gestantes adultas del Pueblo Joven la unión casi la totalidad utilizan gas, electricidad para cocinar. La mayoría son adultas jóvenes, el ingreso económico es menor de 750 soles, ocupación trabajos eventuales, material de piso es tierra, material del techo son de madera, estera, abastecimiento de agua por conexión domiciliaria, eliminación de excretas en baño propio, cuentan con energía eléctrica permanente, refieren que el carro recolector pasa por sus casas todas las semanas pero no diario. Más de la mitad tienen casa propia, duermen en habitaciones independientes, su disposición de basura son en campos abiertos, suelen eliminar su basura montículos o campos abiertos. Un poco más de la mitad tiene viviendas multifamiliares. Menos de la mitad tiene grado de instrucción inicial/primaria y el material de las paredes son de madera, estera.
- De los determinantes de estilos de vida en las gestantes adultas las gestantes adultas del Pueblo Joven la Unión casi la totalidad consumen fideos. La mayoría consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, se bañan cuatros veces a la semana, no realizan actividad física en sus tiempos libres, en los dos últimos semanas no realizan ningún tipo de actividad física con duración de más de 20 minutos y consumen frutas

de 3 o más veces a la semana. Más de la mitad no fuman ni han fumado nunca de manera habitual. Un poco más de la mitad si se realizan algunos exámenes médicos periódicos en un establecimiento de salud. La mitad duerme de 6 a 8 horas. Menos de la mitad consumen huevo 1 o 2 veces a la semana.

- De los determinantes de redes sociales y comunitarias las gestantes adultas del Pueblo Joven la Unión en su totalidad no recibe apoyo social de pensión 65, casi la totalidad tienen SIS-MINSA, no reciben algún apoyo social organizado, la mayoría los 12 últimos meses se atendieron en un Puesto de Salud, si existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa. Un poco más de la mitad reciben apoyo social natural de sus familiares. Menos de la mitad consideran que el lugar donde lo atendieron está lejos, el tiempo de espera para su atención es largo y la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue buena.

5.2. RECOMENDACIONES:

- Sensibilizar y concientizar a las autoridades, para que por medio de los resultados encontrados coordinen, elaboren y ejecuten acciones a favor de un adecuado estilo de vida, también que brinden trabajos para las personas que sus ingresos económicos es menor de 750 soles mensuales y tienen trabajos eventuales, Además que pongan en plan que el carro recolector pase de 2 a 3 veces a la semana y que se realice la compañía de limpieza para minimizar el riesgo de enfermedades y por otro lado dar una mejor calidad de vida a las personas a través de acciones que determinen recuperar o tener una vida saludable.
- Informar a la Municipalidad de Chimbote a cerca de los resultados obtenidos sobre los determinante de la salud en las gestantes adultas, para que por medio de esta investigación prioricen los problemas que se presentan en las gestantes adultas del pueblo joven La Unión para que a través de ello se promuevan estilos de vida saludables; del mismo modo servirá para que fortalezcan la estrategia sanitaria nacional de enfermedades no transmisibles, a través de una atención con calidad.
- Hacer llegar los resultados e información a los profesionales de salud que laboraran en el puesto de salud la Unión con la finalidad de encaminar acciones en la búsqueda del cuidado integral de las

gestantes adultas ya conocidos los resultados de nuestra investigación para ello la necesidad de promover estilos de vida saludable y disponer de herramientas prácticas para ayudar a este grupo de gestantes a asumir integralmente esta etapa de su vida y cumplir con los objetivos de salud establecidos según la OMS y promover la calidad del cuidado y salud de las gestantes adultas del pueblo joven la Unión.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Rodés R, Piqué M , Trilla A. Libro de la salud del Hospital Clinic de Barcelona. Bilbao: Fundación BBVA, 2013.Disponible en: http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/salud/tlfb_librosalud_legal.html
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. Dr. Acevedo G, Dr. Martinez D. Manual de Medicina Preventiva y Social I .La Salud Y Sus Determinantes. La Salud Pública Y La Medicina Preventiva.2014.Disponible en: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/MPyS-1-Unidad-1-Determinantes-de-la-Salud-V-2013.pdf>
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. UNICEF. Informe sobre Equidad en Salud 2016. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Calle Alberto Tejada, Edificio 102, Ciudad del Saber. Panamá, República de Panamá. Disponible en: <http://www.apromiserenewedamericas.org/wp-content/uploads/2016/12/Informe-sobre-Equidad-en-Salud-2016.pdf>
9. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.
10. Organización Mundial De La Salud (OMS). Determinantes sociales de la salud: resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Río de Janeiro, Brasil, octubre de 2011). ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A65/16 Punto 13.6 del orden del día provisional 22 de marzo de 2012. Disponible en: http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/A65_16-sp.pdf
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. Ministerio de Salud. “Mortalidad materna se redujo 10% entre 2012 y 2015”. Sala de prensa, Lima-Perú- 2015. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16498>.
14. Dirección región de salud Red Pacifico Norte estadísticas de Puesto de Salud la Unión Chimbote-Perú, 2015.

15. Martin M. Determinantes que afectan la salud de las mujeres embarazadas de la jurisdicción de Chisec central durante el mes de setiembre-2014. universidad de San Carlos de Guatemala facultad de ciencias médicas escuela de estudios de postgrados .Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0154_E.pdf
16. Mejía M, Laureano J, Gil E, Ortiz R, Blackaller J (16), Condiciones Socioculturales Y Experiencia Del Embarazo En Adolescentes De Jalisco, México: Estudio Cualitativo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 66 No. 4 • Octubre-Diciembre 2015. (242-252) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n4/v66n4a03.pdf>
17. Luparello R ,Embarazo adolescente no planificado y determinantes de la salud presentes en adolescentes embarazadas registrados en el Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro de la comunidad de Hernando, durante el año 2010.Universidad Nacional De Córdoba Facultad De Ciencias Médicas Escuela De Salud Pública Maestría En Salud Pública Córdoba, Diciembre 2014 . Art. 23.- Ord Rectoral3/77.Disponible en: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/luparello_rosalia_cecilia.pdf
18. Hinojosa R, Gamonal D, Nivel de Conocimiento sobre Estimulación Prenatal en Gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011.Universidad Nacional De San Martín Facultad De Ciencias De La Salud Escuela Académica Profesional De Obstetricia, Tarapoto – Perú 2011 .Disponible en: http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_83_Binder1.pdf

19. Fassio.I; Medina. A. “Consecuencias psicosociales del embarazo en mujeres
añosas de 35 años a más. Hospital Regional Docente de Trujillo .Enero-
diciembre 2013” [tesis para obtener el título profesional de obstetra].
Universidad Privada Antenor Orrego Escuela Profesional de Medicina
Humana, Trujillo- Perú 2015: Disponible en:
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/609>
20. Ruiz J. “Determinantes de la salud en adolescentes gestantes que acuden al
puesto de salud Nicolás Garatea, 2014”.Tesis para optar el título profesional
de licenciado en Enfermería: Universidad Católica Los Ángeles de
Chimbote-Perú 2016.Disponible en:
[file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20\(2\).p
df](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(2).pdf)
21. Neira S .Determinantes de la salud en gestantes adultas con desnutrición en
el puesto de salud la Unión Chimbote. Perú 2012; [Tesis para título de
licenciada en enfermería].Chimbote: Universidad Uladech Católica Los
Ángeles De Chimbote Escuela Profesional De Enfermería, 2014
22. 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.
23. 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.
24. Dalhigren, G. Whitehead, M.. Levelling up (Part 2) a discussion paper on
European strategies for tackling soci al inequities in health. Studies on social

- and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006.
25. 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.
26. Botero M. Hacia una Buena salud Física y Mental. Instituto de Estudio e Investigaciones Educativas-IEIE .Mayo 19 al 23 de 2014-PERU .Disponible en <http://ieie.udistrital.edu.co/pdf/Mayo%2019%20Conceptos%20de%20salud%20y%20enfermedad.pdf>
27. Bernardo M. La comunidad y la salud comunitaria.Universidad nacional de entre Ríos .Facultad de ciencias de la salud.2013 Disponible en:<http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/Manual-de-Trabajo-en-Comunidad-SpyC.pdf>
28. OPS. Organización Panorámica de La Salud. Sistemas de Salud Basados en Atención Primaria de la Salud.2014.Disponible en: <http://190.104.117.163/2014/septiembre/covertura/contenido/ponencias/Reynaldo%20Holder/Sistemas%20de%20salud.pdf>
29. Montero L.Aportes del concepto de educación en Luhmann y su vinculación con el estudio de la exclusión Universidad Federico Santa María, Hualpén, Chile. Estudios Pedagógicos, vol. XL, n. 1, 309-326, 2014 .Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/estped/v40n1/art19.pdf>
30. Ministerios de empleo y seguridad social. Jornada y horarios de trabajos Madrid, agosto 2014.Disponible en:

<http://oect.es/Observatorio/5%20Estudios%20tecnicos/Encuestas%20de%20condiciones%20de%20trabajo/Encuestas%20especificas/Jornada%20y%20Horarios%20de%20Trabajo.pdf>

31. PROFAM -MINSA .Diplomado de atención integral con enfoque en salud familiar y comunitaria.2014 Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/243543198/PROFAM-Modulo-1-Unidad-I-pdf>
32. Gavidia M, Talavera V. La construcción del concepto de salud. Didáctica CC. Experimentales y Sociales Universidad de Valencia (España).2012.Disponible en: <http://www.uv.es/comsal/pdf/Re-Esc12-Concepto-Salud.pdf>
33. Núñez L. “Atención de enfermería al pre-escolar, adolescente, joven, adulto sano y trabajador”. Enfermería Familiar y social 2011(citado el 27 de abril de 2016) Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/prescolar.pdf>
34. Organización Mundial de la Salud. “Mortalidad Materna 2015” Citado en abril 2016.Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
35. Ortiz A. “El profesional de enfermería en el siglo XXI: Reflexiones desde el servicio social”. Rev. CONAMED 2013; 18 Supl 1: S42 - S44.Citado el 27 de abril de 2016.Disponible en: <https://www.google.com/#q=El+profesional+de+enfermer%C3%ada+en+el+siglo+XXI%3A>

36. Ministerio de salud de Perú. “Modelo de intervenciones de enfermería 2011”Citado el 27 de abril de 2016.Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/esnssr_modinte.asp
- 37.31Cortés M. Generalidades sobre Metodología de la Investigación Universidad Autónoma Del Carmen .Colección Material Didáctico. México 2014.Disponible en:
http://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf
- 38.32Fidias A .El Proyecto de Investigación Introducción a la metodología científica 6ª Edición. Caracas - República Bolivariana de Venezuela- 2014.Disponible en: <http://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2014/12/EL-PROYECTO-DE-INVESTIGACION%206ta-Ed.-FIDIAS-G.-ARIAS.pdf>
39. Morales R. Diseños de estudio simple. [Monografía en internet]. 2012. [Citado 2017 julio. 9]. [32 paginas]. Disponible en URL:
<https://es.slideshare.net/HermiasMontess/diseos-de-investigacion-hms>
40. Barbosa E. Investigación descriptiva simple. 20ava. Reimpresión, México- 2013. <https://prezi.com/3xjqprnm92vd/investigacion-descriptiva-simple/>
41. Pérez Díaz Julio. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas. CSIC. 2012 disponible en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>

42. Girondella L. “Sexo y Género: Definiciones” Catalogado en: [naturaleza humana](#). 23 febrero 2013. Disponible en: <http://contrapeso.info/2012/sexo-y-genero-definiciones/>
43. SIISE .sistema Integrado de indicadores Sociales del Ecuador –SIISE 2014. Disponible en: http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/Educacion/ficedu_E03.htm
44. Mondregon M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de los adultos a sus a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. México; 2012. Disponible en: <http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
45. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
46. 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
47. Wong C. Estilos de vida. Universidad De San Carlos De Guatemala. Facultad de ciencias médicas. Fase I, Área De Salud Publica I-2012 .Disponible en: <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida-2012.pdf>

48. Organización mundial de la salud. “Definición alimentación”.2016.Disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
49. Martos Carrión Esther. Analisis 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>
50. Sánchez Isla Laura: “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>
51. 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>
52. 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>
53. 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
54. Donoso E, Carvajal J, Vera C, Poblete J. “La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil 2013”. Unidad de

- Medicina Materno-Fetal, división de obstetricia y ginecología, escuela de Medicina, Pontificia universidad católica de Chile. Santiago de Chile-2014. rev Med Chile 2014; 142: 168-174. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf> Ministerio de salud de Perú. “Modelo de intervenciones de enfermería 2011” Citado el 27 de abril de 2016. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/esnsr_modinte.asp
55. Piray M, Riofrio S. Evaluación De Los Cuidados De Enfermería A Las Pacientes Embarazadas Con Pre Eclampsia Hospitalizadas Y Sus Efectos En La Recuperación De La Salud En El Servicio De Gineco-Obstetricia Del Hospital Provincial General Docente Riobamba De Junio – Diciembre 2014. Disponible En: <Http://Www.Dspace.Uce.Edu.Ec/Bitstream/25000/4991/1/T-Uce-0006-181.Pdf>
56. García I, Alemán M. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010; 36(4)481-489. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n4/gin02410.pdf>
57. Gutiérrez C. “Edad como factor de riesgo para depresión en gestantes; Hospital Lazarte – Trujillo, periodo diciembre 2013 – marzo 2014” [Tesis para obtener el título de Médico Cirujano]. Universidad Privada Antenor Orrego Escuela Profesional de Medicina Humana, Trujillo- Perú 2014: Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/502>
58. INEGI. Encuesta nacional de la dinámica demográfica 2014. Boletín De Prensa Núm. 271/15 9 De julio De 2015 Aguascalientes. Disponible en:

http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf

59. Vázquez R. El embarazo tardío conlleva más riesgos para la madre y el bebé, aunque los avances médicos actuales permiten reducir su incidencia 2012.EROSKI CONSUMER. Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/bebe/embarazo/tercertrimestre/2012/04/20/208781.php#sthash.qeLkKfzP.dpuf>
60. Educación por Departamentos. Encuesta Maguey P. Riesgos y cuidados del embarazo después de los 40. Salud y estilos de vida saludable 2014.Disponible en: <http://www.salud180.com/maternidad-e-infancia/riesgos-y-cuidados-del-embarazo-despues-de-los-40>
61. Hinostroza R, Gamonal D. ““Nivel de Conocimiento sobre Estimulación Prenatal en Gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011””; [Tesis para obtener el título profesional de obstetriz]. Universidad Nacional De San Martín Facultad De Ciencias De La Salud Escuela Académica Profesional De Obstetricia. Tarapoto-Peru 2011.Disponible en: http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_83_Binder1.pdf
62. Barrientos L. Determinantes sociales de la salud relacionadas con el embarazo en la Adolescencia en el área geográfica de La Hachadura Municipio de Sanfrancisco Menéndez Departamento de Ahuachapán. Enero a junio 2011. [Tesis para título de maestro en salud pública].Ahuachapán:

Universidad del salvador Facultad de medicina Maestría en salud pública,
2011.

63. Vílchez A. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. INI-Perú 2013.

Disponible en:

[https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/httpwwwineigobpemediamenurecur
sivopublicaciones_digitalesestlib1151indexhtml-7561/](https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/httpwwwineigobpemediamenurecur
sivopublicaciones_digitalesestlib1151indexhtml-7561/)

64. INI. Perú: Indicadores Nacional de Hogares.

Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones
_digitales/Est/Lib1150/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones
_digitales/Est/Lib1150/libro.pdf)

65. Ministerio de Educación.” Educación Calidad y Equidad”. Reglamentación
de la Ley General de Educación N° 28044 [Página En Internet]. Perú:

2013[actualizado el 14 de octubre del 2013] Disponible en:

[http://www.minedu.gob.pe/normatividad/reglamentos/EducacionCalidadyE
quidad.pdf](http://www.minedu.gob.pe/normatividad/reglamentos/EducacionCalidadyE
quidad.pdf)

66. OMS. El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva N° 364

.Actualización de septiembre de 2014. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

67. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Resultados de la
Encuesta Nacional a Instituciones Educativas de Nivel Inicial, Primaria y
Secundaria, 2014. Disponible en:

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/
Lib1257/cap04.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/
Lib1257/cap04.pdf)

68. Jueguen F. “El trabajo eventual crece en el país”. Pamer U de Lima [Página En Internet]. Perú: 2012[actualizado el 20 de mayo de 2012] Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1474914-el-trabajo-eventual-crece-en-el-pais>
69. Escobedo L, Lavado M. Conocimientos y actitudes sobre requerimientos nutricionales durante el embarazo en gestantes del I trimestres. Hospital Belén de Trujillo 2012 [Tesis para título profesional de obstetra]. Universidad Privada Antenor Obrego. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1118/1/ESCOBEDO_LOURDES_CONOCIMIENTO_ACTITUDES_EMBARAZO.pdf
70. INI. Evolución del ingreso por capital real. Evolución de la pobreza monetaria 2007-2012. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/pobreza_informetecnico2013_1.pdf
71. Banco General de Washington. Informe sobre el desarrollo mundial 2013. Panorama General. Disponible en: http://siteresources.worldbank.org/EXTNWDR2013/Resources/8258024-1320950747192/8260293-1322665883147/Overview_Spanish.pdf
72. Ministerio de trabajo y promoción de empleo. Informe anual del empleo en el Perú 2014. Lima-Peru. Disponible en: http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/enaho/INFORME_ANUAL_EMPLEO_ENAHO_2012.pdf
73. INEI. Evolución de la pobreza monetaria en el Perú 2014 .Canasta básica .Lima –Perú Disponible en:

https://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/evolucion_pobreza_2014.pdf

74. INEI. Estado de la población peruana 2014.11 de julio día mundial de la población Lima –Perú Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf
75. Calle M, Guasco R, Lligüisaca T .factores predisponentes de insalubridad de las viviendas en la comunidad Llayzhatan de la parroquia Jadan. CUENCA, 2014. [Tesis para obtención del título de licenciada en enfermería] .Universidad De Cuenca Facultad De Ciencias Médicas Escuela De Enfermería. Cuenca, Ecuador 2015.Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21711/1/TESIS.pdf>
76. Arias A, Malo D. Coordinación dimensional para la vivienda económica con materiales prefabricados 2013. [Tesis para obtención del título de Arquitecto]. Universidad DE Cuenca Facultad De Arquitectura y Urbanismo. Cuenca-Ecuador 2013.Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/5039>
77. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú- 2014.Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
78. RPP.Perú Entre Países Con Viviendas De Peor Calidad En Latinoamérica. Noticias 29 De mayo Del 2016 .Disponible en: <http://rpp.pe/economia/economia/peru-entre-paises-con-viviendas-de-peor-calidad-en-latinoamerica-noticia-481672>

79. Yuca S. lineamientos para la promoción de viviendas saludables con adaptación al cambio climático 2011 .Gestión integral y adaptativa de recursos ambientales para minimizar vulnerabilidades al cambio climático en micro cuencas andinas. Disponible en: <http://www1.paho.org/per/images/stories/PyP/PER37/12.pdf>
80. INEI. Estado de la población peruana 2014.11 de julio día mundial de la población Lima –Perú Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1157/libro.pdf
81. Compendio estadístico del Perú. Vivienda y hogar Peru-2014.Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1173/cap04/cap04.pdf
82. Cámara De Diputados Del H. Congreso De La Unión Secretaría General Secretaría De Servicios Parlamentarios .Ley de la vivienda 2012. Última Reforma DOF 20-04-2015-EE.UU Disponible: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LViv_200415.pdf
83. Changuán J. “Plan de intervención para la prevención de enfermedades generadas por la contaminación del medio ambiente en los habitantes de Cristóbal colón 2013”. [Tesis para obtención del título de licenciada en enfermería]. Universidad Regional Autónoma De Los Andes uniandes. Facultad De Ciencias Médicas. Tulcán, 2013.Disponible en: <http://186.3.45.37/bitstream/123456789/3415/1/TUTENF002-2013.pdf>
84. Conde A. Efectos nocivo de la contaminación ambiental sobre la embarazada 2013. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

- Facultad "Enrique Cabrera Coffio". La Habana, Cuba. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol51_2_13/hie11213.htm
85. Gustavo F. Gonzales, Zevallos A, Gonzales C, Nuñez D , Gastañaga C, Cabezas C, Naeher L, Levy K, Steenland K. Contaminación ambiental, variabilidad climática y cambio climático: una revisión del impacto en la salud de la población peruana 2014. Instituto Nacional De Salud .Rev Perú Med Exp Salud Publica vol.31 n.3 Lima Jul. /Sep. 2014. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4351992/>
86. Salazar V. Hacinamiento Familiar Un Problema Social. Miércoles, 28 de noviembre de 2012-Lima- Perú .Plantilla Simple. Con la tecnología de Blogger. Disponible en:
http://veronica159.blogspot.pe/2012/11/hacinamiento-familiar-un-problemasocial_28.html
87. Centro familiar VID. Consecuencias del hacinamiento en la vida familiar 2014.Lima-Perú.Derechos reservados. Disponible:
<http://www.cfamiliavid.org.co/index.php/consecuencias-del-hacinamiento-en-la-vida-familiar/>
88. López P. Abastecimiento de agua potable: y disposición y eliminación de excretas. México: Instituto Politécnico Nacional, 2010. ProQuest Ebrard. Web. 13 mayo 2015.
89. INEI. Anuario de estadísticas ambientales Perú 2014: Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1197/libro.pdf

90. Anuario de las estadísticas ambientales .Residuos Sólidos Perú - 2014.Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1197/cap05.pdf
91. OEFA (Organización de Evaluación y Fiscalización Ambiental) .Fiscalización ambiental en residuos sólidos de gestión municipal provincial 2013-2014. Índice de cumplimiento de los municipios provinciales a nivel nacional Cf. Artículo 14° de la Ley N° 27314 - Ley General de Residuos Sólidos. Disponible en: https://www.oefa.gob.pe/?wpfb_dl=13926
92. Boletín de salud Ambiental. Dirección ejecutiva de salud ambiental DIRESA-HUANUCO. Perú-2014.Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/diresahuanuco/SAMBIENTAL/2014/RESIDUOS.pdf>
93. Pórtela L, Ferreira V. Prevalencia y factores asociados al uso de alcohol en adolescentes embarazadas 2013. Universidad Federal do Piauí Campus Universitario Ministro Petrônio Portella Bairro Ininga.Rev. Latino-Am. Enfermagem. Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/es_v21n1a20.pdf
94. López M, Arán V, Cremonte M. Consumo de alcohol antes y durante la gestación en Argentina 2015: prevalencia y factores de riesgo. Rev Panam Salud Pública. 2015;37(4/5):211-7.Disponible en:
<https://www.google.com/search?client=firefox-b&biw=1366&bih=657&nojs=1&q=estudios+del+consumo+del+alcohol+durante+la+gestaci%C3%B3n>

+pdf+2013&spell=1&sa=X&ved=0ahUKEwjS6OmA0IfNAhVJNSYKHUi
NCVMQvwUIGigA&gfe_rd=cr&ei=RkBPV8LZLtTT8geAi4ywBA

95. Guevara J. El alcoholismo problema de salud pública. Argentina: El Cid Editor | apuntes, 2012. ProQuest Ebrard. Web. 13 Mayó 2015.
96. Picardo A, Ramirez S, Artavia M, Vasquez Y. Efectos del consumo de alcohol, Marihuana y cocaína en el embarazo. Universidad Autónoma De Centro América -2014.Disponible en:
https://www.google.com/?client=firefoxb#q=UNIVERSIDAD+AUTONOMA+DE+CENTRO+AMERICA+EFFECTOS+DEL+CONSUMO+DE+ALCOHOL,+MARIHUANA+Y+COCAINA+EN+EL+EMBARAZO&gfe_rd=cr
97. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. El tabaco, el alcohol, las drogas y el embarazo. Copyright 2016.Disponible en:
<http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/El-tabaco-el-alcohol-las-drogas-y-el-embarazo>
98. Fernández T. “Prevalencia De Consumo Regular De Tabaco Durante El Embarazo”. Observatorio Chileno de Drogas Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).Nº 22 / marzo-abril 2014 ISSN: 0719-2770.Disponible en:
http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2014/04/boletin22_11042014.pdf
99. Barcaz E. Toxicidad y factores psicosociales que repercuten en la salud del adolescente fumador del municipio Tunas. Argentina: El Cid Editor | apuntes, 2011.

100. Ramón J, Díaz V, González C. Nacer y Vivir libre de humos 2010. Guía De Autoayuda Para La Embarazada Fumadora .Dirección General de Salud Pública y Consumo Consejería de Salud GOBIERNO DE LA RIOJA, 2010.Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Tabaco/Guia_AutoayudaEmbarazadas%20pdf.pdf
101. Morales M, Cano L, Casal G. Sueño y calidad de vida. Colombia: Red Revista Colombiana de Psicología, 2009. ProQuest Ebrard. Web. 13 Mayó 2015.
102. Función Iberoamericano de seguridad y salud ocupacional (FISO).2014.Disponible en: <http://www.fiso-web.org/Content/files/articulos-profesionales/DORMIR-BIEN-PARA-UN-MEJOR-RENDIMIENTO-EN-EL-TRABAJO.pdf>
103. González R, Javier J. Un análisis de la actividad física para la salud. España: D - Fundación General de la Universidad Autónoma de Madrid, 2010. ProQuest Ebrard. Web. 13 Mayó 2015.
104. Duarte P. Ejercicio Físico En El Embarazo .Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada Clases de Residentes 2012. Disponible en:http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2012/clase2012_ejercicio_fisico_embarazo.pdf
105. Quigüirí A, Ramírez A.Importancia de la actividad física durante la gestación como parte del rol educativo del profesional de enfermería en las

embarazadas en el subcentro flor 3 -2014 .[Tesis previa a la obtención del título de licenciada en enfermería]. Universidad De GuayaquilFacultad De Ciencias Médicas Escuela De Enfermería. Guayaquil –Ecuador 2015.Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/8731/1/tesis%202014%20Quiquiri%20-%20Ramirez%20pdf.pdf>

106. Duarte P. Ejercicio físico en el embarazo 2012. Servicio De Obstetricia Y Ginecología Hospital Universitario Virgen De Las Nieves Granada. Disponible en:http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/figheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2012/clase2012_ejercicio_fisico_embarazo.pdf
107. Miranda M, Navío C. Beneficios del ejercicio físico para la mujer embarazada 2013. Journal Of Sport And Health Research.5 (2):229-232. [Artículo en internet]. 2013 [Citado 2013 mayo. 28].
108. Aguilar R. Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor abril del 2012. OPS y OMS-Chile. Disponible en: <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
109. Ghazoul F. Higiene Y Cuidados Del Cuerpo 2014. Departamento De Educación Para La Salud Dirección General De Promoción, Prevención Y Atención Primaria Ministerio De Salud – Mendoza.2015.Disponible en: http://salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2014/09/higiene_cuidado_cuerpo.pdf

110. Giménez S. Cuidados higiénicos en la mujer embarazada .Medicina 21 “Ciencia, medicina y paciente”. Perú 2015.Disponible en: http://medicina21.com/Articulos-V1340-Cuidados_higienicos_en_la_mujer_embarazada.html
111. Mejía C. “Asociación entre inadecuada ganancia de peso según hábito corporal en gestantes a término y complicaciones maternas. Instituto Nacional materno Perinatal. 2006-2009” [Tesis para título de licenciada en Obstetricia]. Universidad Ricardo Palma Facultad De Medicina Humana, Lima-Perú 2010: Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/49>
112. Gómez G, Sánchez J, Munares O. Estado nutricional de las gestantes atendidas en el servicio de salud del ministerio de salud Peru 2011.Revista Peruana de Epidemiologia 20131701-09. [Artículo en internet]. [Citado 2016 marzo. 25]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203128542003>.
113. Landívar L, Pillco V. Determinación de la ingesta alimentaria y su relación con el estado nutricional de las gestantes que asisten al subcentro de salud del Valle y Sinincay. Cuenca. Año 2014[Tesis previa a la obtención del título de licenciada en nutrición y dietética]. Universidad De Cuenca Facultad De Ciencias Médicas Ecuador 2015.Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22549/1/TESIS.pdf>
114. Argüello C. “Programa de alimentación para control de peso en embarazadas de la parroquia la matriz en latacunga, primer Semestre, año 2014”.Universidad Regional Autónoma De Los Andes Uniandes. Facultad

- De Ciencias Médicas. Ambato -Ecuador2014.disponible en:
<http://186.3.45.37/handle/123456789/2930>
115. Darnton I. Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo 2013. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA) .Universidad Tufts (Estados Unidos) y Universidad de Sidney (Australia). [Artículo en internet]. 2013 [Citado 2016 marzo. 25].Disponible en:
http://www.who.int/elena/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/
116. OMS. Obesidad y Sobrepeso Junio- 2016.Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
117. Alimentación saludable: primera prevención. Perú: Ediciones UNL, 2014. ProQuest Ebrard. Web. 13 mayo 2015.
118. OMS. Alimentación Sana Septiembre- 2015.Nota descriptiva N° 394 Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
119. Miranda k. “Relación de factores biosococulturales y asistencia al control prenatal en gestantes. El porvenir. 2014”. [Tesis para obtener el título de Grado]. Universidad Nacional De Trujillo –Perú 2014: Disponible en:
<http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/handle/UNITRU/848>
120. Camarena P. “Asociación entre los factores de abandono al control prenatal en gestantes atendidas en el hospital Marino Molina – Es salud – 2011”; [Tesis para título de Maestría en enfermería].Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ 2012.Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2954>

121. Navarro M. “Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” - enero a marzo del 2015”. ” [Tesis para optar el grado de Licenciada en Obstetricia]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ 2015: Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4194>
122. Fernández G, Méndez V, Aparecida M. “La calidad de asistencia de enfermería en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada”. Universidad de la sabana, Aquichán vol.14 no.2 Bogotá May/Aug. 2014 Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2486>
123. Canchis C. Tu Tiempo, Nuestro Tiempo” Nuevo Enfoque En La Atención A La Gestante.Postulación al “XI Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento de la Calidad en Salud 2014”.Primer nivel de atención 1-4. Gerencia Regional De Salud La Libertad Centro De Salud “Alto Trujillo”. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/2014/002.pdf>
124. Bravo M. “Percepción de la calidad de atención que tienen los usuarios de la consulta externa del Subcentro de Salud de Amaguaña-Quito 2011” [título de Diploma Superior en Gerencia Y Calidad En Servicios De Salud]. Universidad Técnica Particular De Loja La Universidad Católica de Loja .Escuela de Medicina. Disponible en: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2843/1/Bravo%20Tapia%20Melida%20Rosario.pdf>

125. INI. Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/httpwwwineigobpemediamenurecursivopublicaciones_digitalesestlib1151indexhtml-7561/
126. Blog Calidad y Excelencia. Conceptos fundamentales de la calidad en salud 2015. Disponible en: <https://www.isotools.org/2015/06/29/conceptos-fundamentales-de-la-calidad-en-salud/>
127. Habich M. Del Carmen J. Análisis De Situación De Salud Del Perú. Ministerio De Salud Dirección General De Epidemiología .Impreso En Perú: Setiembre 2013. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>
128. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 13]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
129. OPS Y OMS. “Un Seguro Integral de Salud que Protege a los Más Vulnerables”. Perú 2015. Última actualización el Viernes 01 de Mayo de 2015 08:57. Disponibles en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10817%3A2015-peru-comprehensive-health-that-protects-vulnerable&catid=4717%3Afgl-news&Itemid=39620&lang=es
130. OXFAN. Pobreza y Desigualdad en el Perú: Cuando el CRECIMIENTO económico no basta. Lima Perú 2014. Disponible en: <http://www.oxfamblogs.org/lac/wp-content/uploads/2014/10/Anexo-Peru-Desigualdad.pdf>

131. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. La Delincuencia en el Perú: Propuesta de Intervención Articulada. Enero 2013. Disponible en: <http://www.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2013/07/Documento-de-Trabajo-No.-01.pdf>
132. Molinas R. Ocupación y significado: Aportes a terapia ocupacional desde un modelo constructivista. Psicóloga, docente en la carrera de TO (UNL), 2006. Disponible en : <http://animasalud.files.wordpress.com/2010/01/ocupacion-y-significado-apor-tes-a-terapia-ocupacional-desde-un-modelo-constructivista.pdf>
133. Urreta M. “Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho -2010” [Para Optar El Título Profesional De Licenciada En Enfermería]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos Facultad De Medicina Humana. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3313/1/Urreta_pm.pdf
134. Córdova N .La importancia del apoyo familiar durante el embarazo 2015. Defensorias de mamas. Disponible en: <http://www.defensoresdemamas.org/single-post/2015/08/31/La-importancia-del-apoyo-familiar-durante-el-embarazo-1>

ANEXO 1



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA D

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA
ADULTA DEL PERU**

Elaborado por Vélchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES SOCIOECONOMICO

1. Grado de instrucción:

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

2. 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 ()

3. Ocupación del jefe de familia:

- Trabajador estable ()
- Eventual ()
- Sin ocupación ()
- Ama de casa ()
- Estudiante ()

4. 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 ()
- Entablado ()
- 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
• Fruta					
• Carne (Pollo, res, cerdo, etc.)					
• Huevos					
• Pescado					
• Fideos, arroz, papas.....					
• Pan, cereales					
• Verduras y hortalizas					
• Legumbres					
• Embutidos, enlatados					
• Lácteos					
• Dulces, gaseosas					
• Refrescos con azúcar					
• Frituras					

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

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 recibí 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

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 los adultos jóvenes en las Regiones del Perú desarrollada por la 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 DEL ADULTO JOVEN 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.

Nº	V de Aiken	Nº	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.

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

ANEXO N° 2

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

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	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
Coficiente de validez del instrumento														0,998

ANEXO N° 03

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

Gracias por su colaboración.



**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES
DE CHIMBOTE**

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LAS MUJERES
ADULTAS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN SAN PEDRO –
CHIMBOTE, 2015.**

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

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

.....

FIRMA

ANEXO 04

**DETERMINANTES DE LA SALUD SOCIOECONÓMICOS Y
AMBIENTALES**

GRÁFICO N°01

**GRÁFICO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LAS GESTANTES ADULTAS
DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE - 2015.**

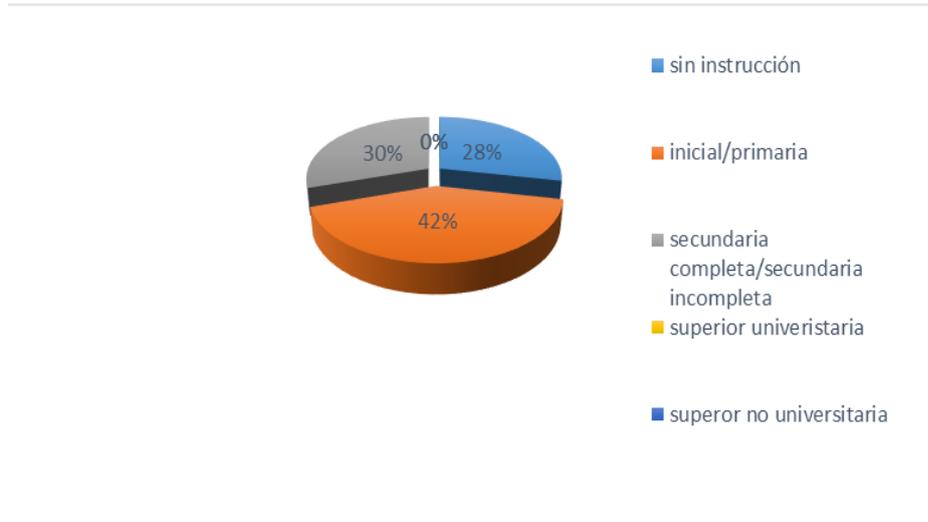


Figura: Tabla N°01

GRÁFICO N°02

**GRÁFICO SEGÚN INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR DE LAS GESTANTES
ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE - 2015.**

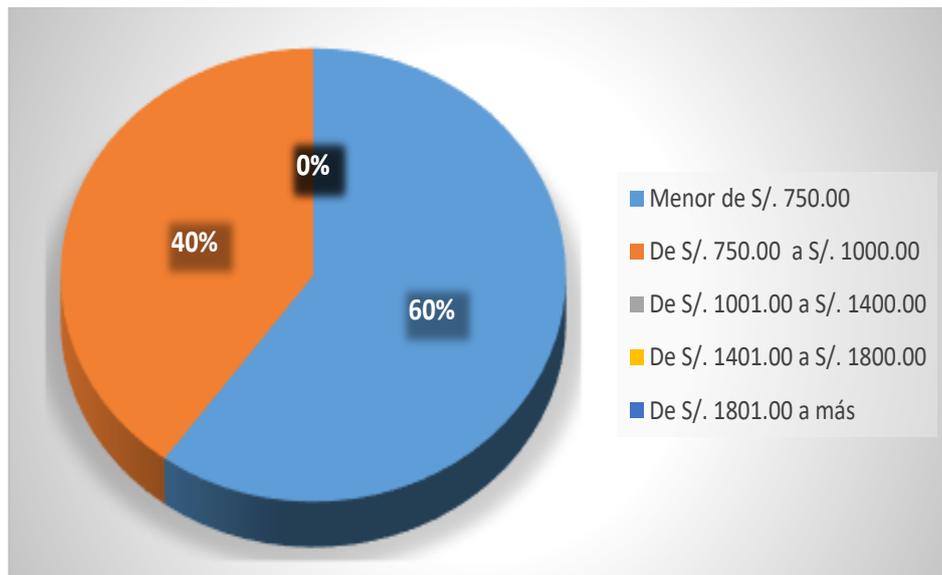


Figura: Tabla N°01

GRÁFICO N°03

GRÁFICO SEGÚN OCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE - 2015.

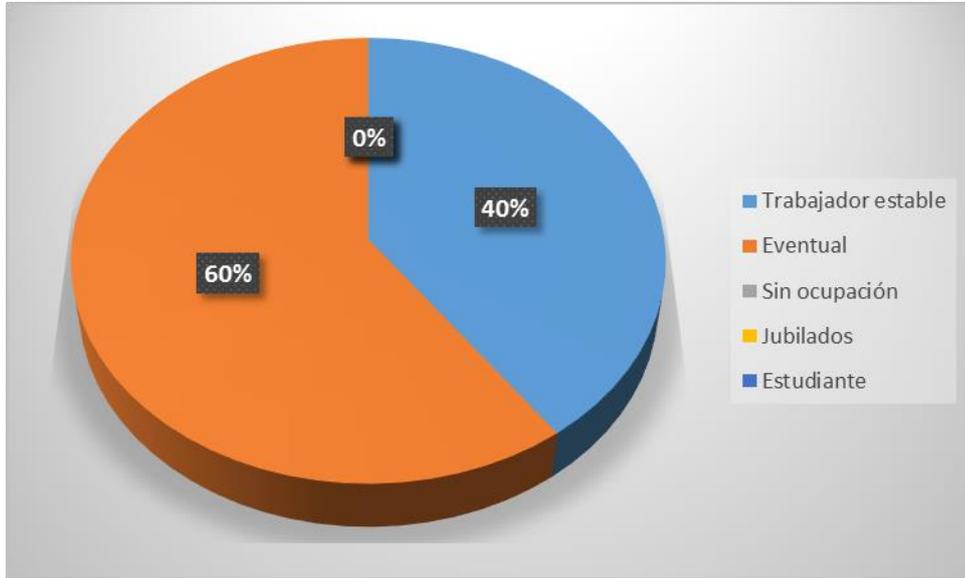


Figura: Tabla N°01

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRÁFICO N°04

GRÁFICO SEGÚN TIPO DE VIVIENDA DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE - 2015.

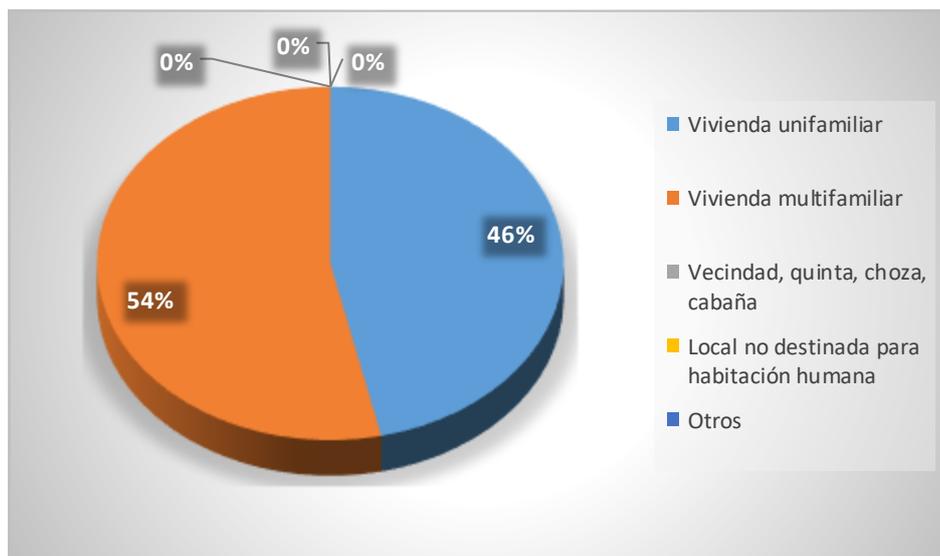


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°05

GRÁFICO SEGÚN TENENCIA DE LA VIVIENDA DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE - 2015.

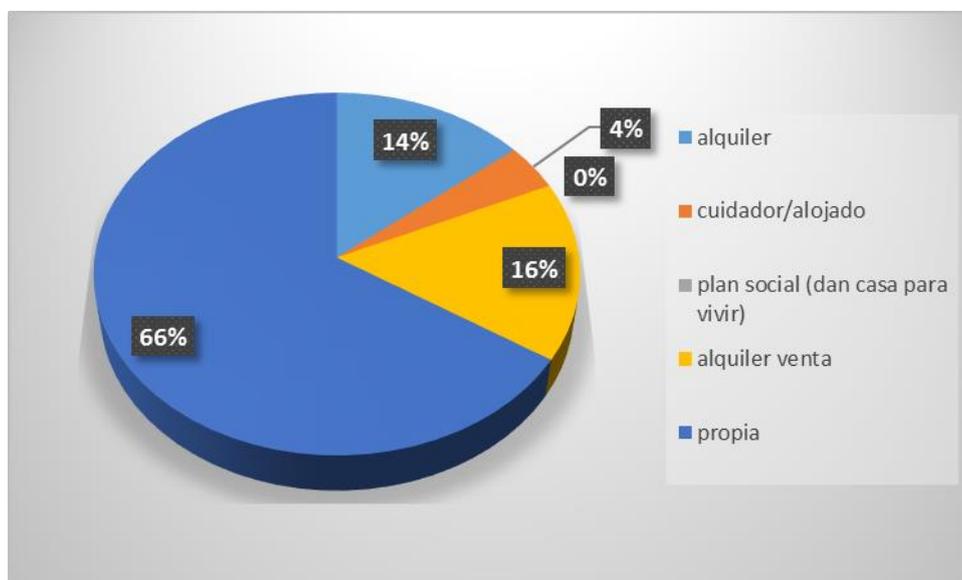


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°06

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION CHIMBOTE - 2015.

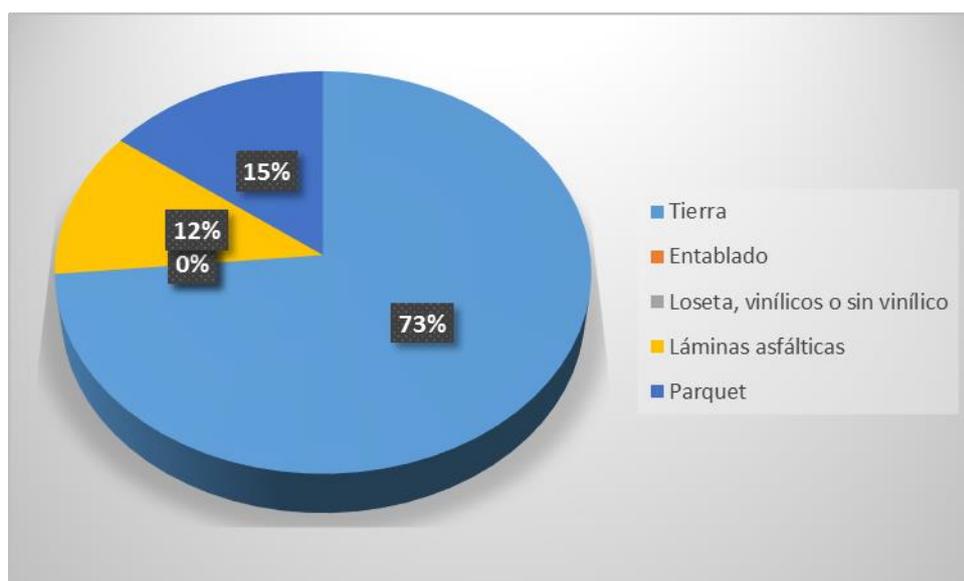


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°07

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE - 2015.

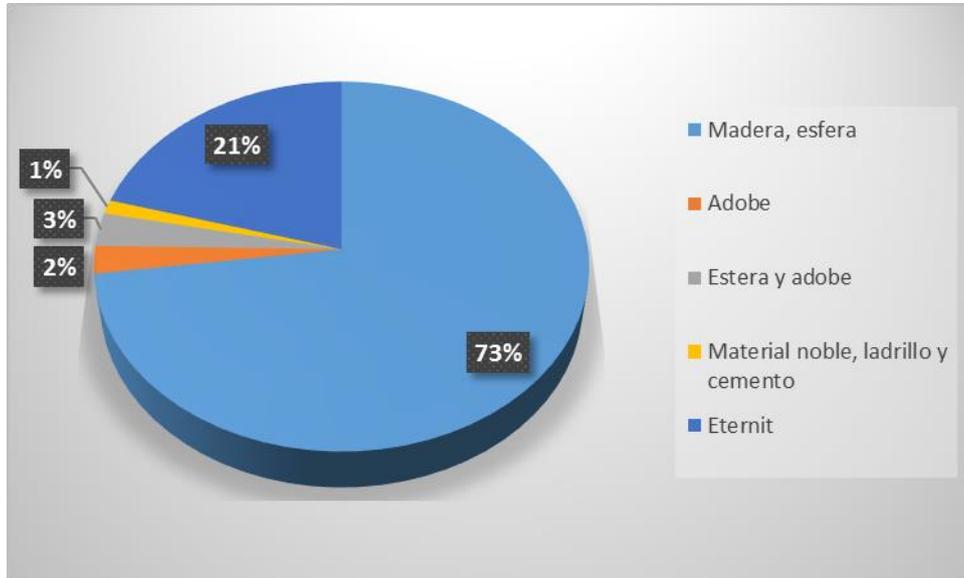


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°08

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA VIVIENDA DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE - 2015.

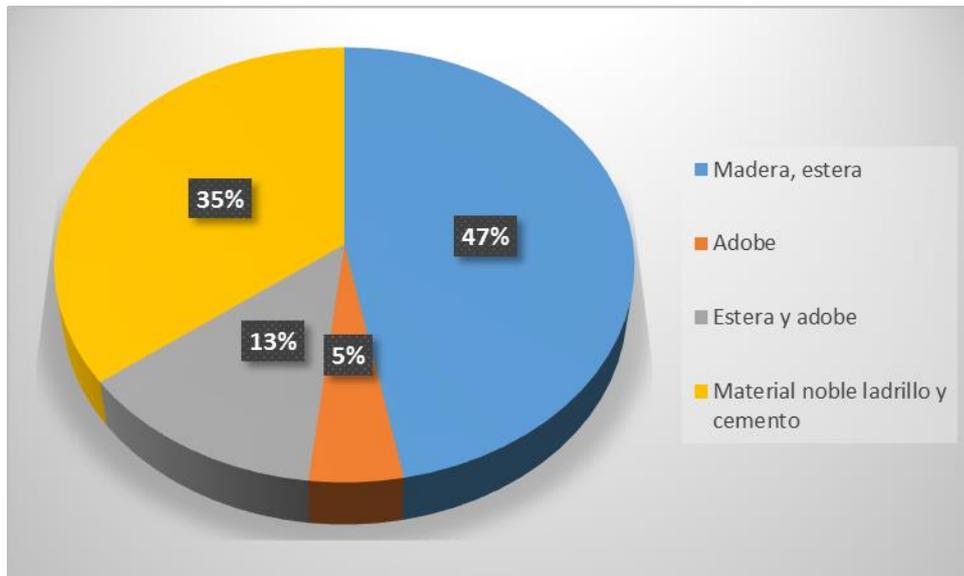


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°9

GRÁFICO SEGÚN NÚMERO DE PERSONAL QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN DE LA VIVIENDA DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE - 2015.

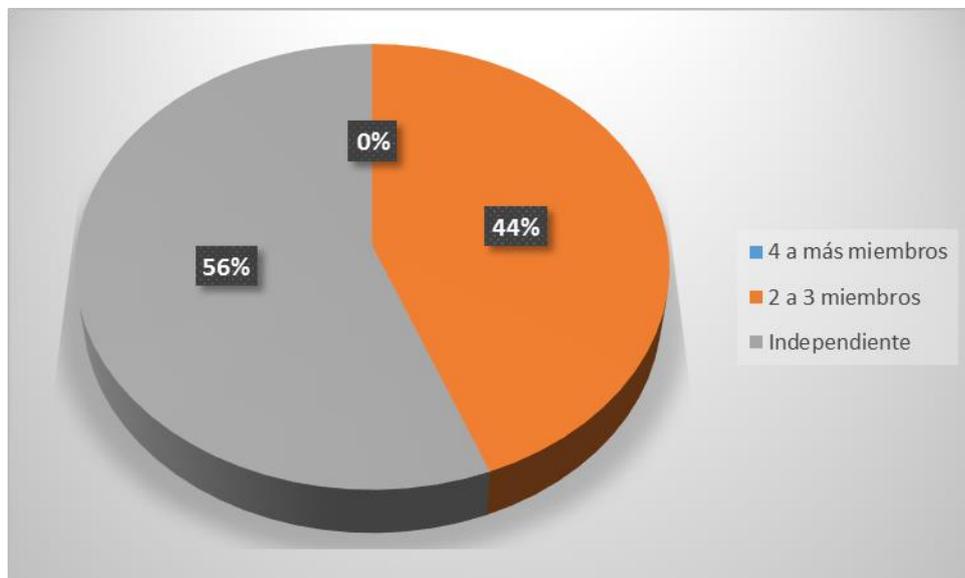


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°10

GRÁFICO SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LA VIVIENDA DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE - 2015.

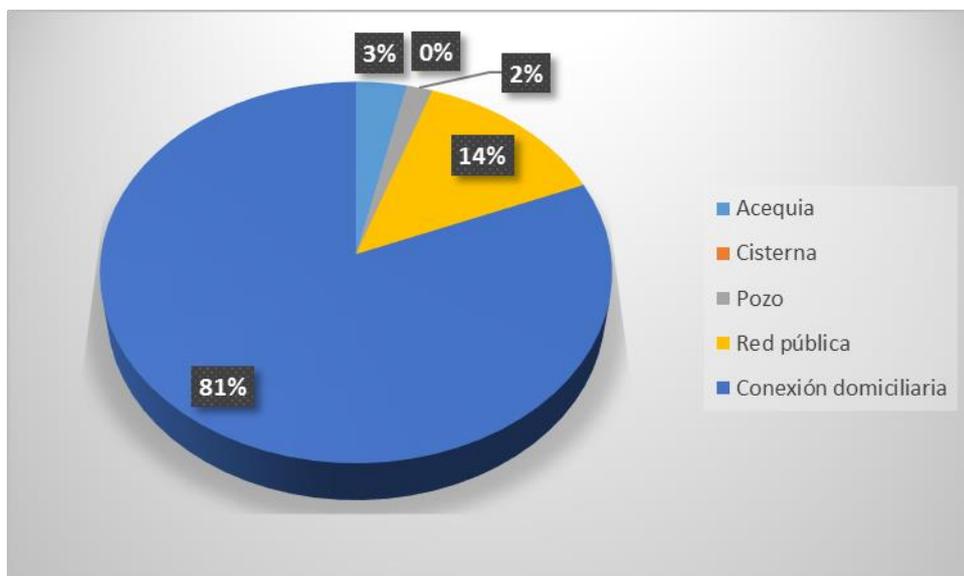


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°11

GRÁFICO SEGÚN ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LAS VIVIENDAS DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. PUEBLO JOVEN SAN PEDRO, CHIMBOTE - 2015.

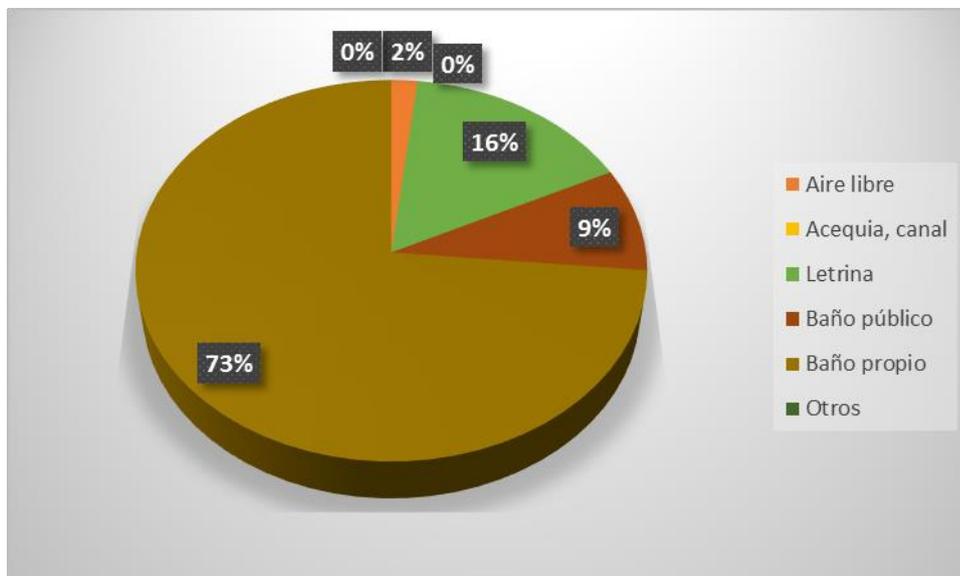


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°12

GRÁFICO SEGÚN COMBUSTIBLE QUE SE UTILIZA PARA COCINAR EN LAS VIVIENDAS DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE - 2015.



Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°13

GRÁFICO SEGÚN ENERGÍA ELÉCTRICA QUE SE UTILIZAN EN LAS VIVIENDAS DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE - 2015.

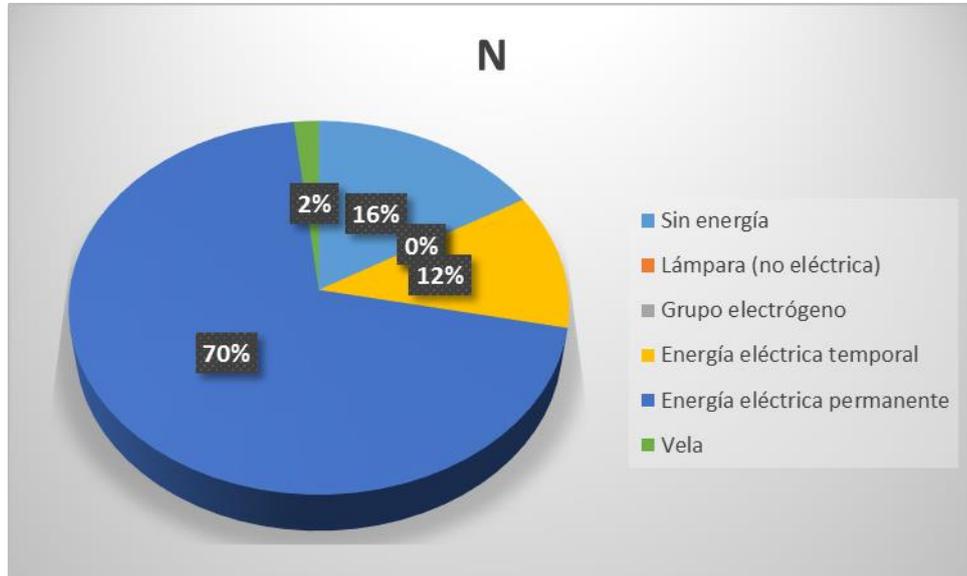


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°14

GRÁFICO SEGÚN DISPOSICIÓN DE LA BASURA EN LAS VIVIENDAS DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE - 2015.

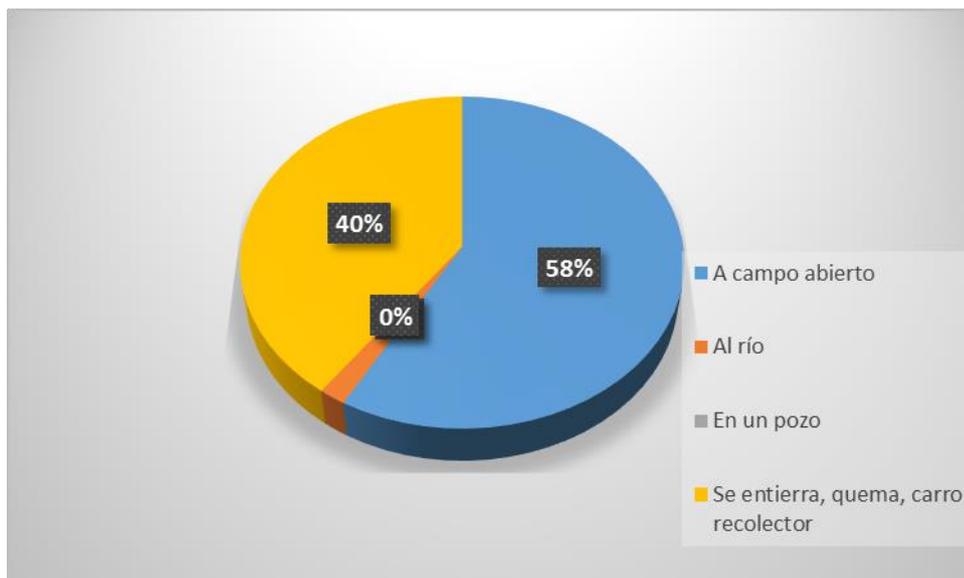


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°15

GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUÉ PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR LAS VIVIENDAS DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE - 2015.

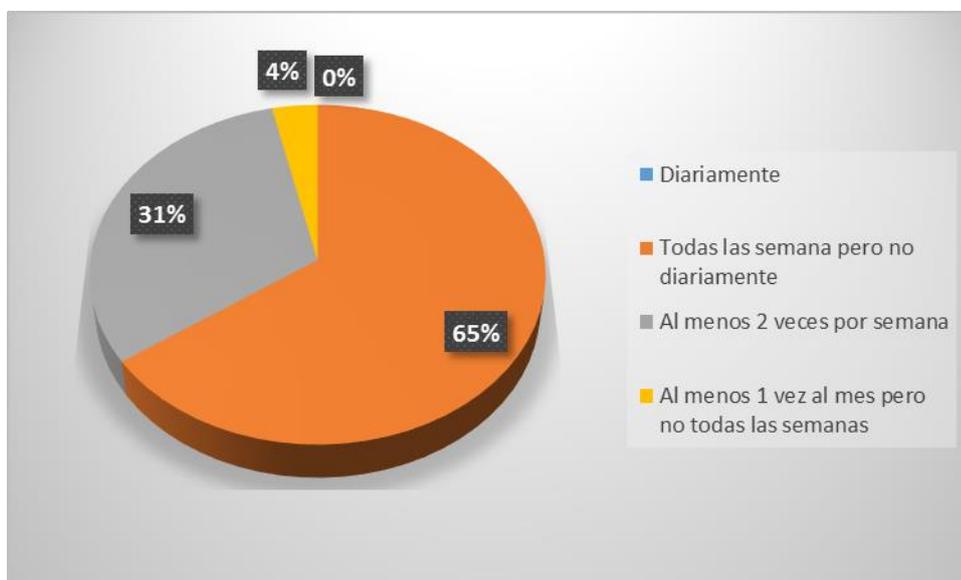


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO N°16

GRÁFICO SEGÚN LUGARES DONDE SUELEN ELIMINAR LA BASURA DE LAS VIVIENDAS DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE – 2015.

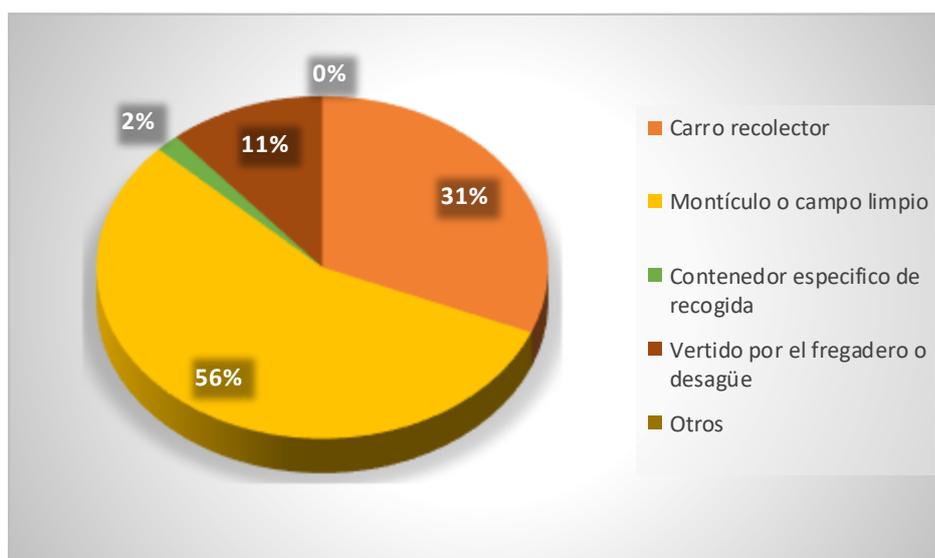


Figura: Tabla N°02

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION.CHIMBOTE, PERU- 2013

GRÁFICO N°17

GRÁFICO SEGÚN TIENEN HÁBITO DE FUMAR ACTUALMENTE DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE – 2015.

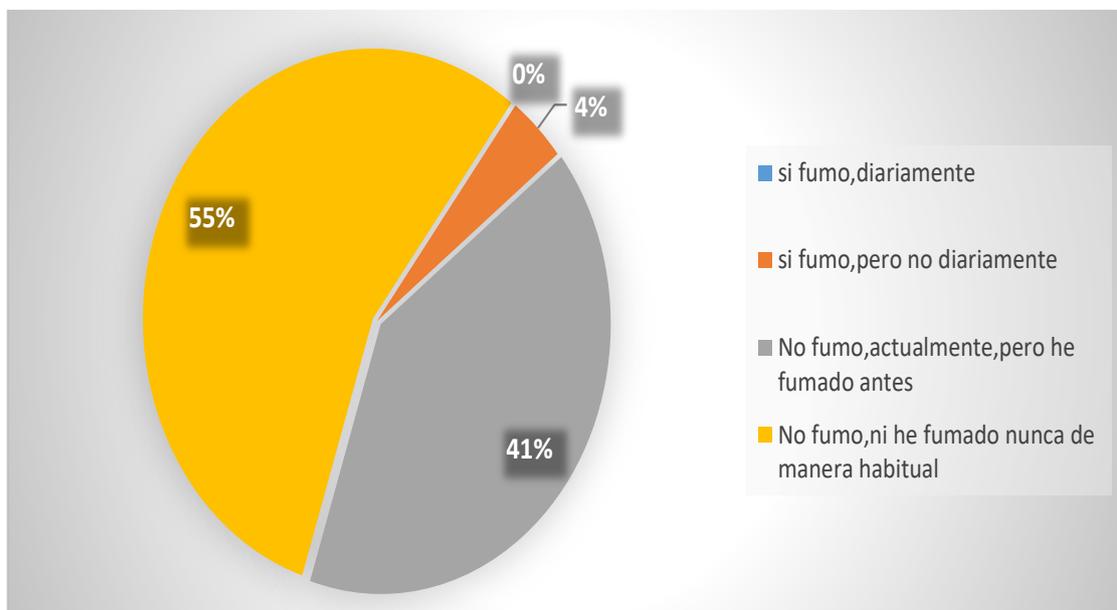


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO N°18

GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUÉ INGIEREN BEBIDAS ALCOHÓLICAS DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE – 2015.

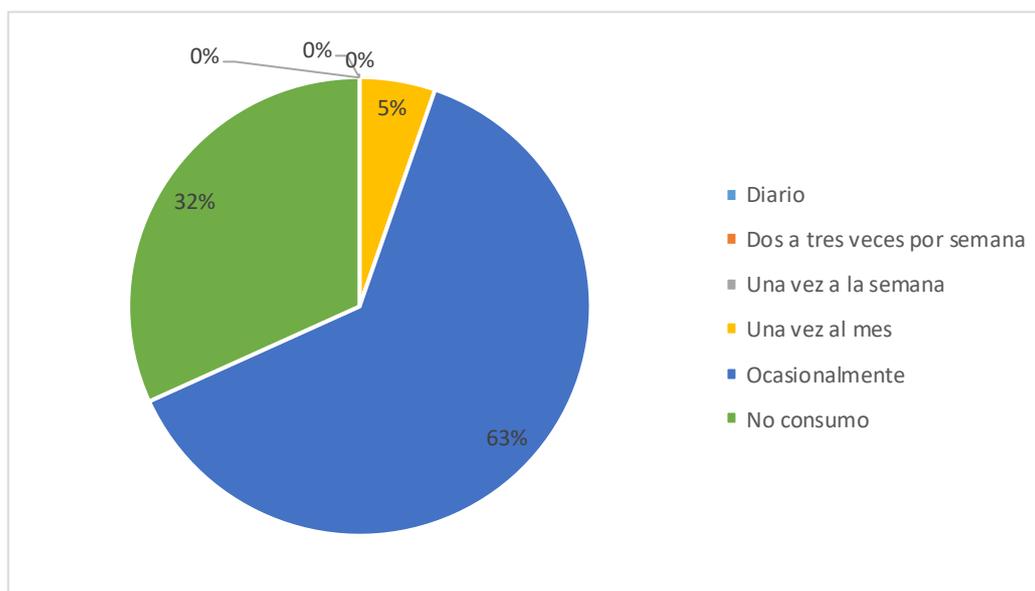


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO N°19

GRÁFICO SEGÚN NÚMERO DE HORAS QUE DUERMEN DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE – 2015.

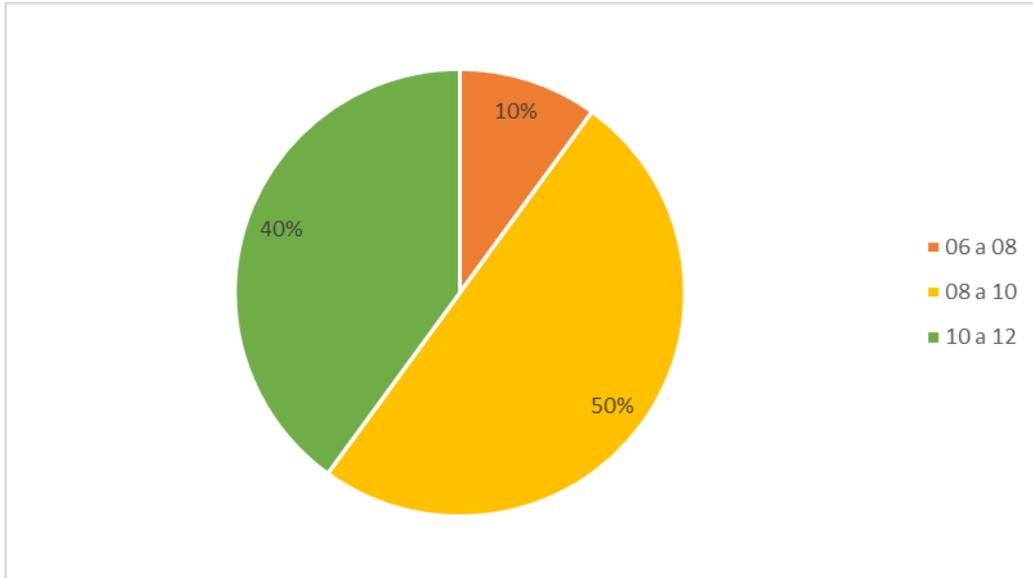


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO N°20

GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑAN LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE – 2015.

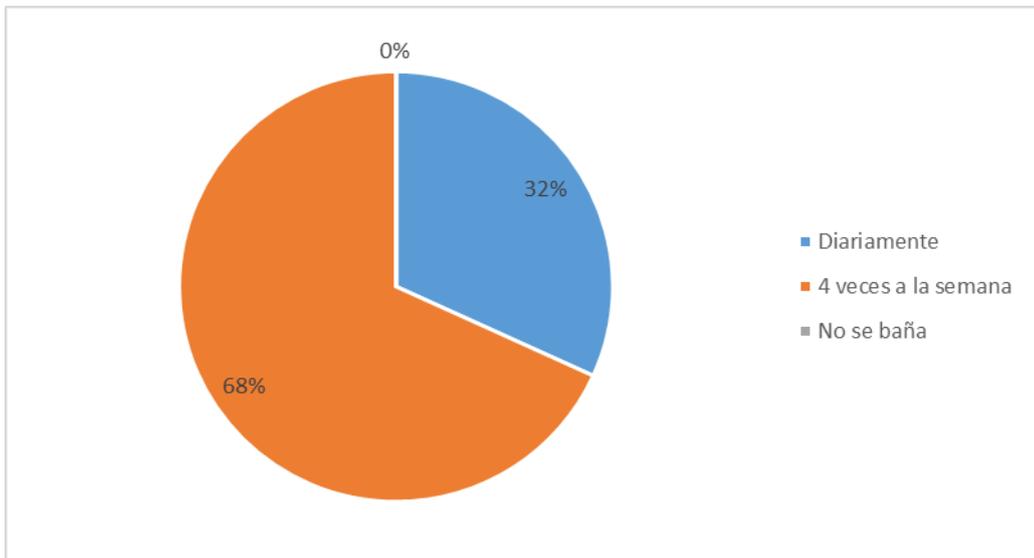


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO N°21

GRÁFICO SEGÚN EXAMEN MEDICO PERIODICO, EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE – 2015.

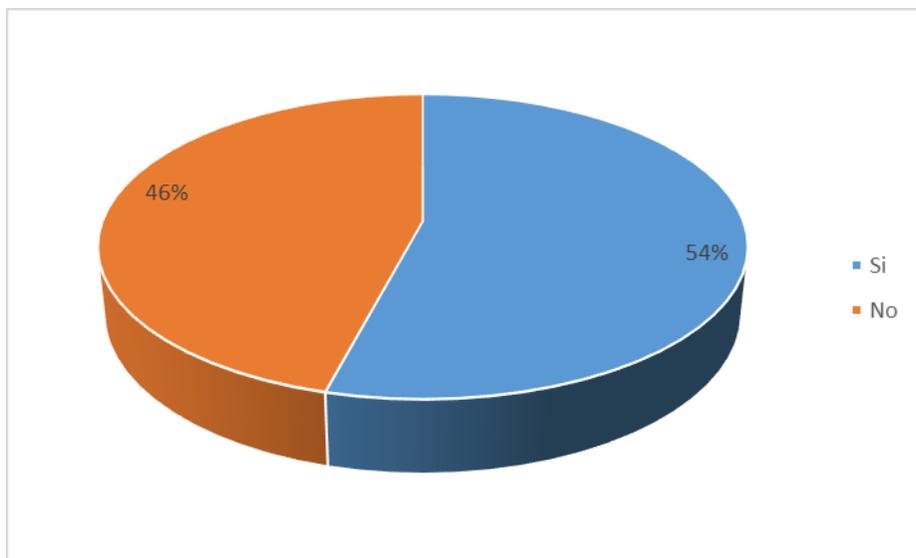


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO N°22

GRÁFICO SEGÚN EN TIEMPO LIBRE QUE REALIZAN ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE – 2015.

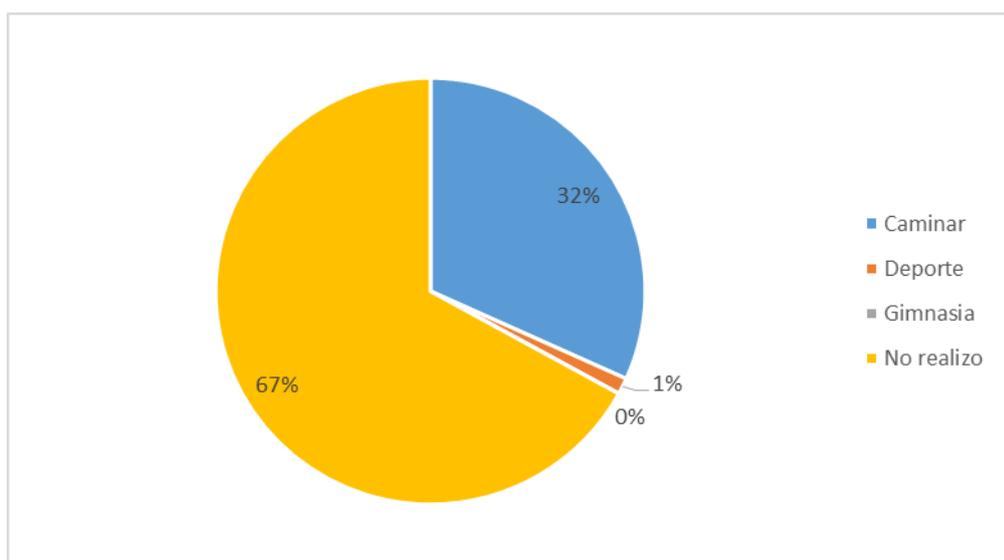


Figura: Tabla N°03

GRAFICO N°23

GRÁFICO SEGÚN EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS REALIZARON ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE MÁS DE 20 DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE – 2015.

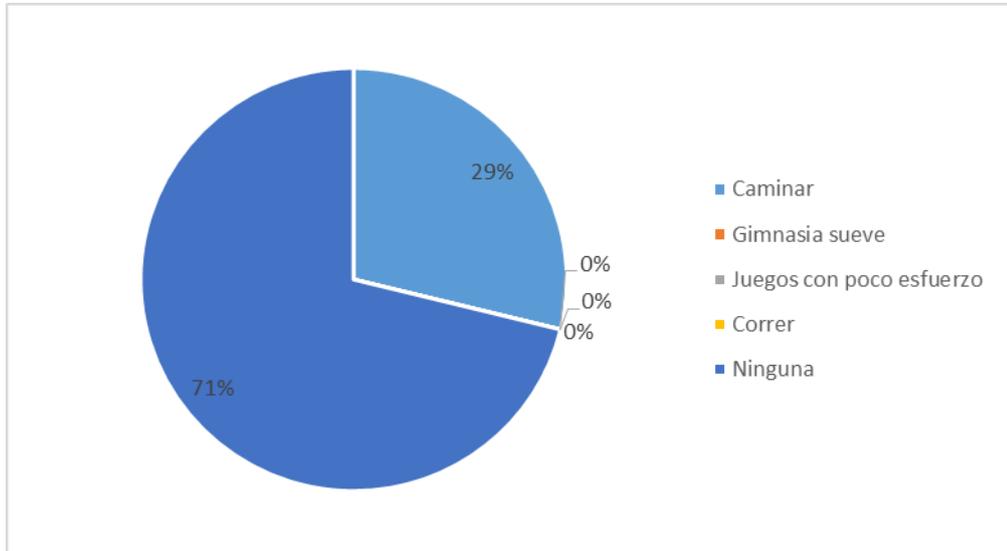
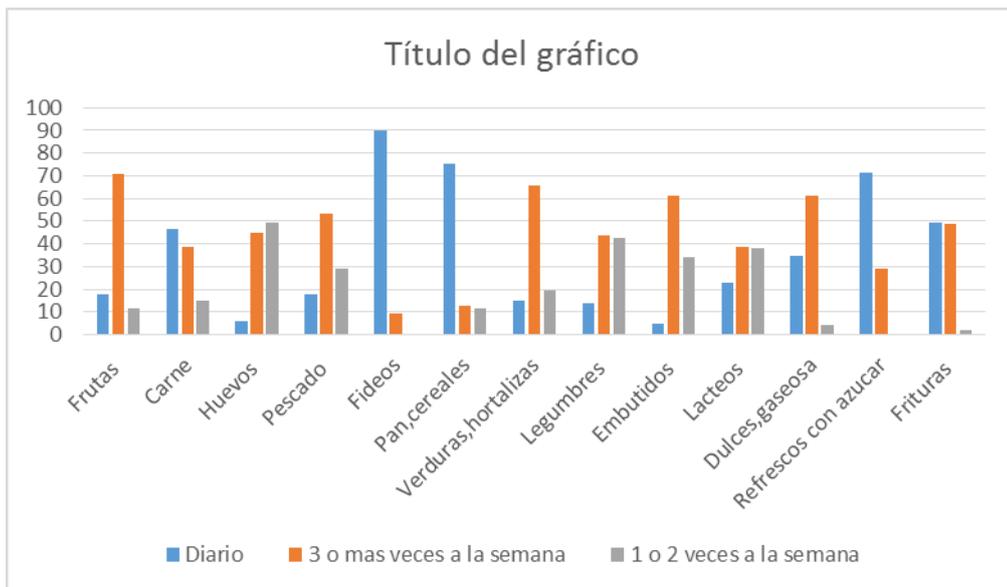


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO N°24

GRÁFICO SEGÚN CONSUMO DE ALIMENTOS DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE – 2015.



Fuente: Tabla N

DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO

GRÁFICO N°28

GRÁFICO SEGÚN INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIERON EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE – 2015.

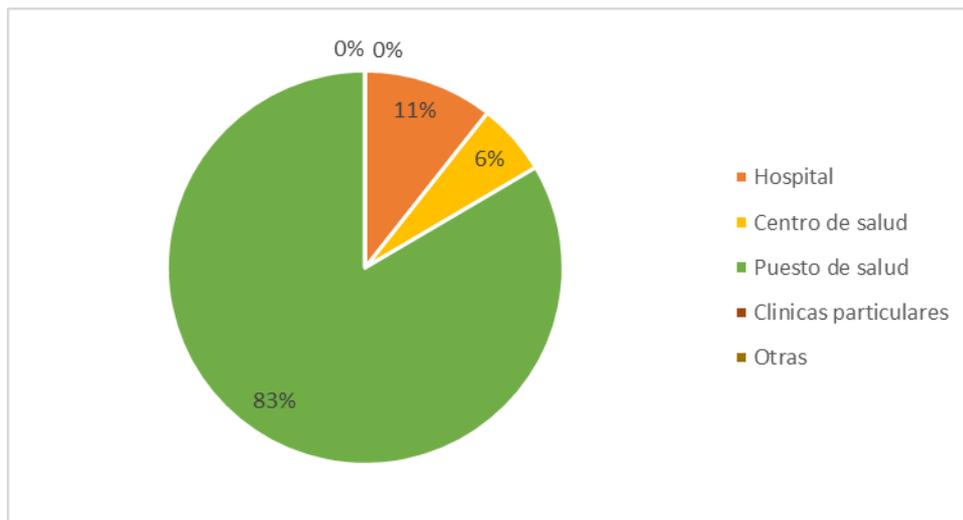
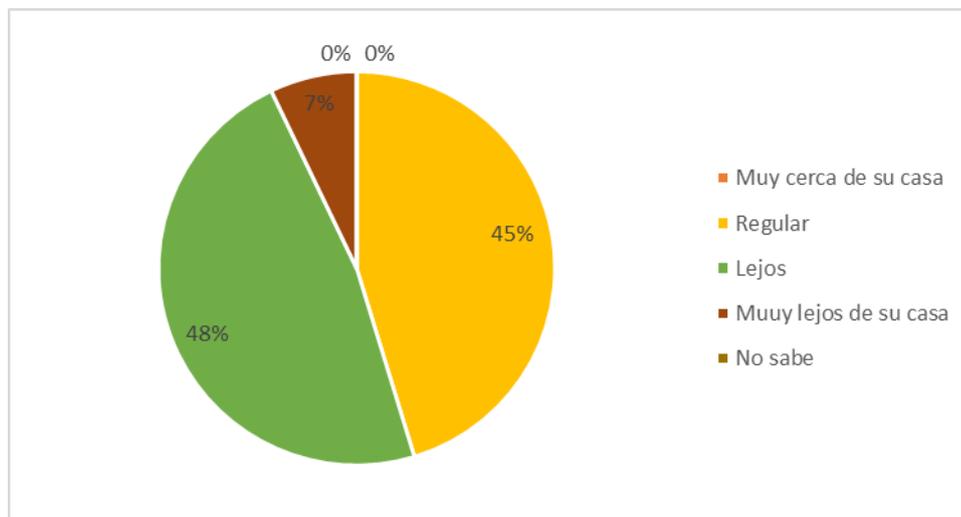


Figura: Tabla N°04

GRAFICO N°29

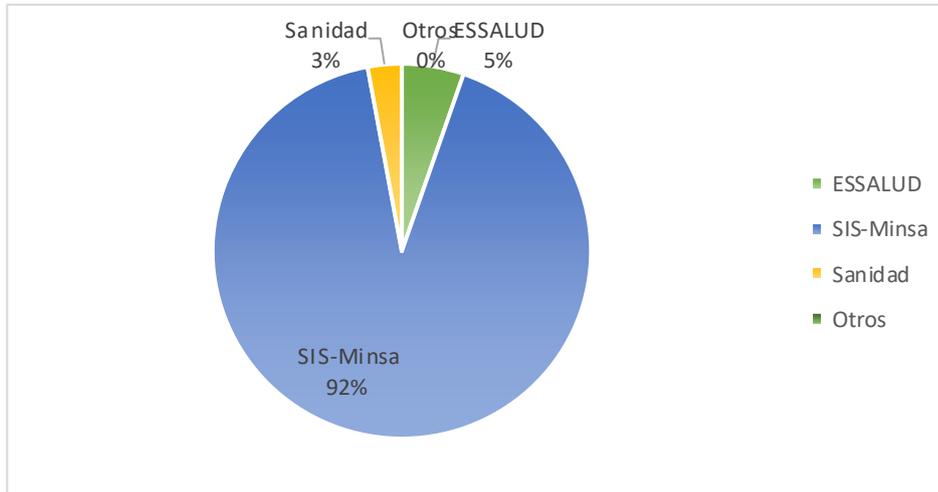
GRÁFICO SEGÚN UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE ATENDIERON EN RELACIÓN A LA UBICACIÓN DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE – 2015.



Fuente: Tabla N°04

GRÁFICO N°30

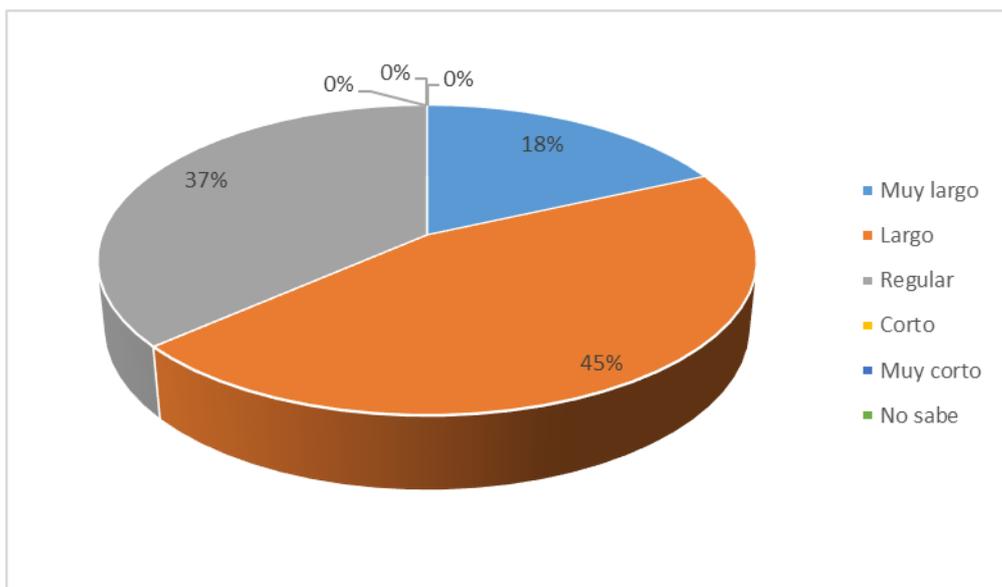
GRÁFICO SEGÚN TIPO DE SEGURO QUE TIENEN LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE – 2015.



Fuente: Tabla N°04

GRÁFICO N°31

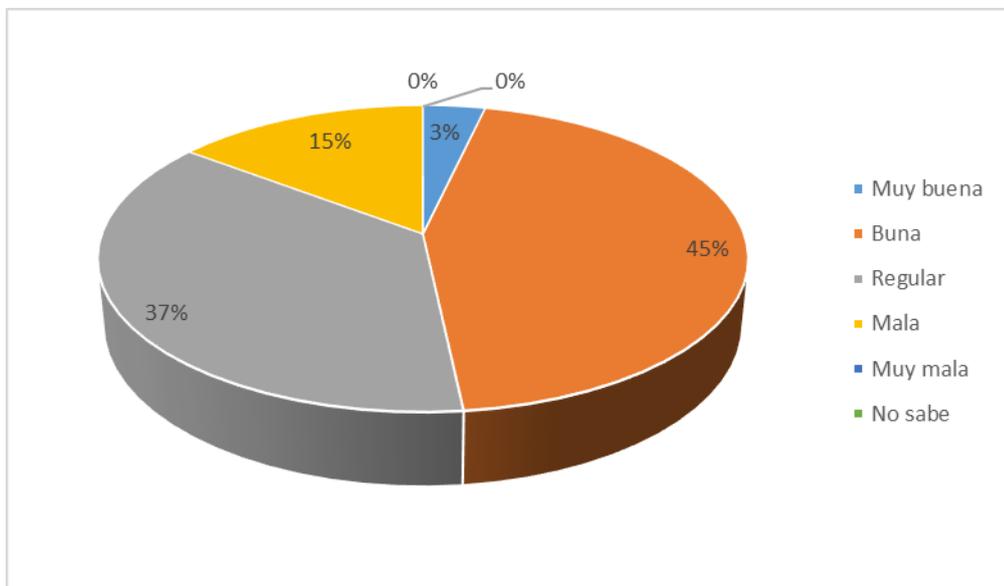
GRÁFICO SEGÚN PERCEPCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE – 2015.



Fuente: Tabla N°04

GRÁFICO N°32

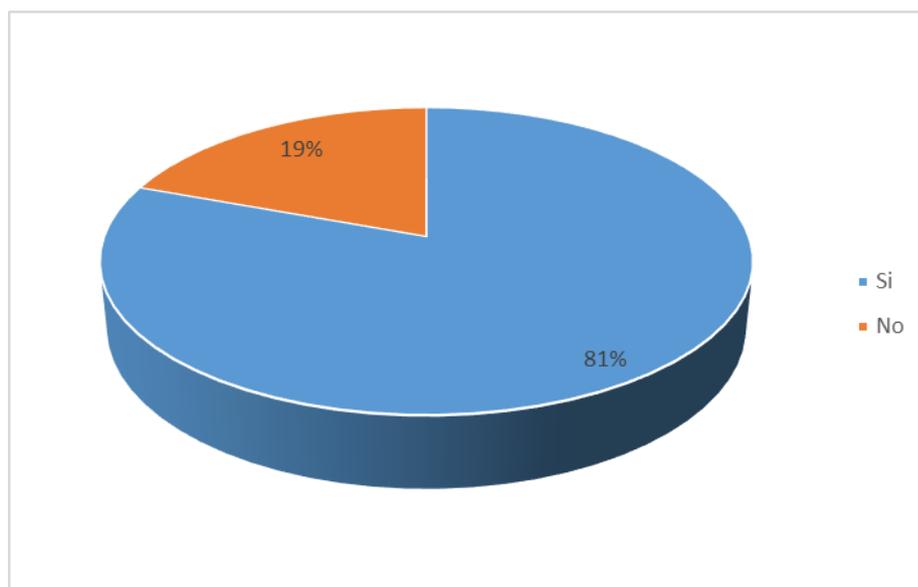
GRÁFICO SEGÚN CALIDAD DE LA ATENCIÓN QUE RECIBIERON DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE – 2015.



Fuente: Tabla N°04

GRÁFICO N° 33

GRÁFICO SEGÚN PRESENCIA DE PANDILLAJE O DELICUENCIA CERCA DE LA VIVIENDA DE RECIBIERON DE LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE – 2015.



Fuente: Tabla N°04

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL

GRÁFICO N° 25

GRÁFICO SEGÚN RECIBEN ALGÚN APOYO SOCIAL NATURAL LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE – 2015.

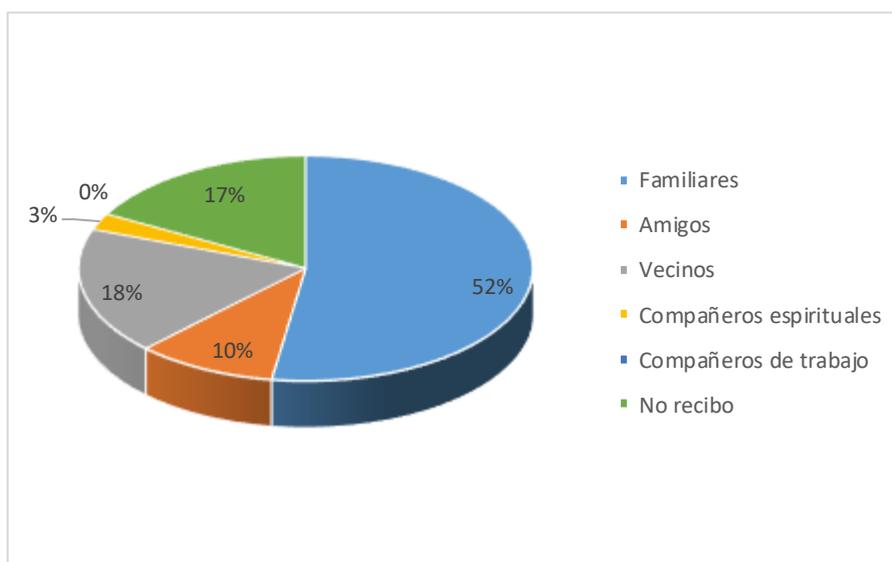


Figura: Tabla N°05

GRÁFICO N°26

GRÁFICO SEGÚN RECIBEN ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. PUEBLO JOVEN SAN PEDRO, CHIMBOTE – 2015.

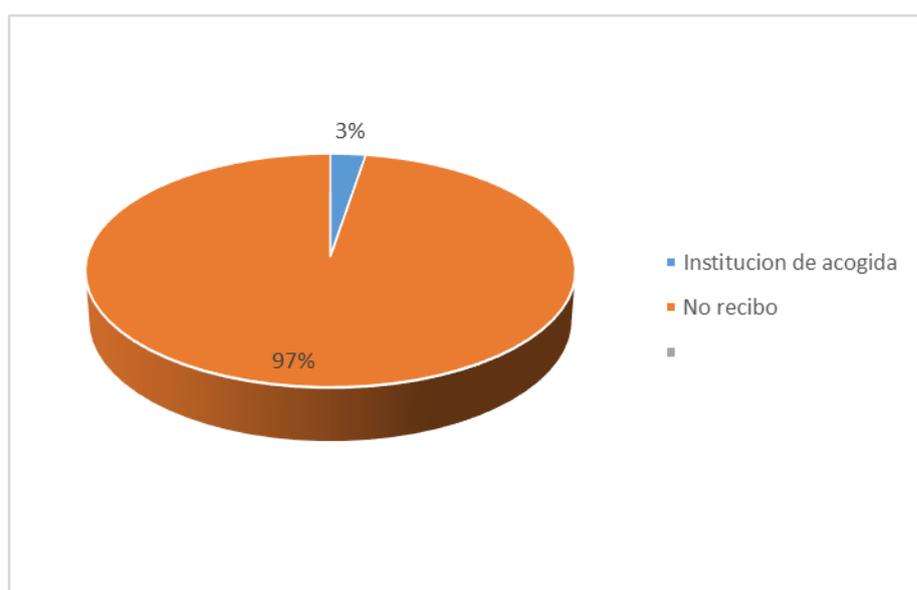
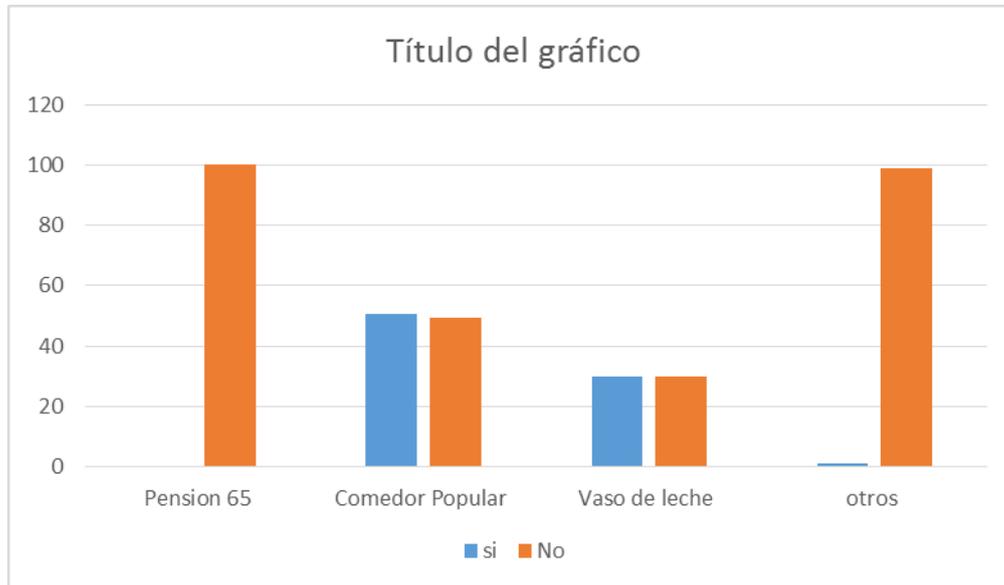


Figura: Tabla N°05

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN

GRÁFICO N°27

GRÁFICO SEGÚN APOYO QUE RECIBEN DE ALGUNAS ORGANIZACIONES LAS GESTANTES ADULTAS DEL PUEBLO JOVEN LA UNION, CHIMBOTE – 2015.



Fuente: Tabla 6