



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS
MAYORES. ASOCIACIÓN DE TRABAJADORES
AZUCAREROS JUBILADOS LAREDO – TRUJILLO,
2015**

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

**AUTORA:
ELENA RITA AVILA BERMUDEZ**

**ASESORA:
Dra. Enf. SONIA MARY DEL AGUILA PEÑA**

**TRUJILLO - PERÚ
2017**

JURADO EVALUADOR

Mgtr. GRADOS URCIA ELCIRA LEONOR

PRESIDENTE

Mgtr. HERRERA ALVA MONICA ELIZABETH

MIEMBRO

Mgtr. RIVAS CHIROQUE AURA

MIEMBRO

DEDICATORIA

A mi madre, con mucho cariño y amor porque cada día me demuestra el significado de la unión y el amor. Por brindarme su apoyo incondicional en las dificultades y sobre todo por confiar en mí.

A mis hermanos(as), a los cuales admiro y quiero mucho, por brindarme su apoyo incondicional y motivación para salir adelante esperando siempre lo mejor de mí.

A mis Amigas de ULADECH, quienes apoyándonos mutuamente hemos podido lograr nuestros objetivos. A mi novio por haberme motivado y apoyado moralmente en todo el proceso de mi formación profesional.

ELENA

AGRADECIMIENTO

Estoy agradecida con Dios: Por darme la vida, la salud y ser mi fuerza en los momentos de debilidad, gracias brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencias y sobre todo amor.

A mi Madre y hermanas: Por su confianza y apoyo en todo momento, por los valores que juntas hemos practicado desde muy pequeñas, por motivarme cada día para vencer los obstáculos y sobre todo por su amor incondicional.

A mis docentes de ULADECH: Por su apoyo, dedicación y esmero al compartir su tiempo, conocimientos y experiencias durante todo el proceso de aprendizaje, y, hacer posible el presente trabajo de investigación.

ELENA

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue de tipo cuantitativo, nivel descriptivo con diseño de una sola casilla. Tiene como objetivo describir los determinantes de la salud en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo – Trujillo, 2015. La muestra estuvo constituida por 142 adultos mayores a quienes se les aplicó un cuestionario sobre los determinantes de salud utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron vaciados al programa 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, siendo los principales resultados: la mayoría de adultos mayores son de sexo masculino, tienen un ingreso económico de 751 a 1,000 soles, todos son jubilados, en cuanto al entorno físico, tienen una vivienda unifamiliar, propia, en su mayoría el material del piso son de loseta vinílicos o sin vinílicos, techo y las paredes de material noble, duermen de 2 a 3 personas en una habitación, cuentan con baño propio, su combustible para cocinar es a gas, energía eléctrica permanente, la disposición de la basura es en el carro recolector con una frecuencia diaria; según sus estilos de vida no fuman actualmente pero han fumado antes y consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente; se bañan 4 veces por semana, la mayoría se realiza algún examen médico periódico, no realizan actividad física, los alimentos que consumen diariamente son frutas, carne, fideos, verduras y legumbres; no reciben apoyo social organizado, en los últimos 12 meses se atendieron en un hospital, el lugar está muy lejos de su casa, todos cuentan con ESSALUD, el tiempo que demoró para que lo atendieran fue muy largo, la calidad de atención fue regular, la delincuencia o pandillaje es nula cerca de sus viviendas.

Palabras clave: Determinantes de la salud, adultos mayores.

ABSTRACT

This research work was quantitative type, descriptive level with a single box design. It aims to describe the determinants of health in older adults. Association of workers Mills retired Laredo - Trujillo, 2015. The sample consisted of 142 older adults who was applied a questionnaire on the determinants of health using the technique of interview and observation. The data were emptied to the Microsoft Excel program to then be exported to a database in the PASW Statistics 18.0, for respective processing version software. Absolute and relative frequency percentage distribution tables were built for the analysis of the data. As well as their respective statistical graphs, being the main results: the majority of older adults are male, have income from 751 to 1,000 soles, all are retirees, in terms of the physical environment, have a single family, own home, mostly floor material are vinyl tile or sheet vinyl, ceiling and walls of noble material they sleep from 2 to 3 people in a room, are equipped with their own bathroom, their fuel for cooking is gas, permanent electrical energy, eliminate waste every day in the collector car, in terms of lifestyle do not currently smoke but they have smoked before and consume alcoholic beverages occasionally; They bathe four times a week, the most is a periodic medical examination, they are not involved in physical activity, the food consumed daily are fruits, meat, noodles, vegetables and legumes; they do not receive social support organized, in the past 12 months they attended at a hospital, the place is far away from his home, all have ESSALUD, while it take so that they met it was very long, the quality of care was regular, there is no gang near his home.

Key words: Determinants of health, older adult.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISION DE LA LITERATURA	8
2.1 Antecedentes:.....	8
2.2 Bases teóricas:.....	9
III. METODOLOGÍA	15
3.1 Tipo y nivel de investigación:.....	15
3.2 Diseño de investigación.....	15
3.3 Universo muestral.....	15
3.4 Definición y operacionalización de variables.....	16
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:.....	26
3.6 Procedimientos de la recolección de datos:.....	28
3.7 Análisis y procesamiento de datos.....	29
3.8 Consideraciones éticas.....	29
IV. RESULTADOS	31
4.1 Resultados.....	31
4.2 Análisis de resultados.....	39
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
5.1 Conclusiones.....	55
5.2 Recomendaciones.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	67

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1	31
Determinantes del entorno biosocioeconómico en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015	
TABLA N° 2	32
Determinantes del entorno físico en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015	
TABLA N° 3	35
Determinantes de los estilos de vida en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015	
TABLA N° 4	37
Determinantes de las redes sociales y comunitarias en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICOS DE LA TABLA N° 1.....	91
Determinantes del entorno biosocioeconómico en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015	
GRÁFICOS DE LA TABLA N° 2.....	93
Determinantes del entorno físico en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015	
GRÁFICOS DE LA TABLA N° 3.....	100
Determinantes de los estilos de vida en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015	
GRÁFICOS DE LA TABLA N° 4.....	104
Determinantes de las redes sociales y comunitarias en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015	

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación se realizó con el propósito de identificar los Determinantes de la salud en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados, Laredo Trujillo, y con ello contribuir de los estilos y calidad de vida.

El presente trabajo se fundamentó en las bases conceptuales de los Determinantes de la Salud, definiendo la OMS como circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. (1)

Los determinantes de la salud suponen una íntima unión y relación con el estilo de vida, que es el conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de la alternativa que están disponibles a las personas de acuerdo a su circunstancia socioeconómicas a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones. (2)

El presente trabajo está organizado en 5 capítulos: Capítulo I: Introducción, Capítulo II: Revisión de la literatura, Capítulo III: Metodología, Capítulo IV: Resultado, Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones, los cuales contienen hallazgos importantes y valiosos que contribuirán de una u otra manera al enriquecimiento del sistema de conocimientos teóricos.

En la actualidad la salud del siglo XXI cobra una vital importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está tomando una magnitud muy especial en cuanto a protección respecta. Como tema de seguridad, la salud ha progresado en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos enfocamos a las presentes amenazas globales de las epidemias, bioterrorismo, priorizando así el tema de salud. La población está establecida por las interacciones complejas entre las características individuales y sociales que abarca una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente. (3)

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. (4)

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. (4)

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 que 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. (5)

El concepto de determinantes surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. La salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales. (6)

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. (7)

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. (7)

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. (7)

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. (8)

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. (9)

Equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediabiles en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente”. (10)

Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo, las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles. (10)

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. (11)

Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud. (12)

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. (13)

En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado. 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. (13)

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. (13)

No ajeno 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. (14)

Similares problemáticas presentan los adultos mayores de la Asociación de Trabajadores Azucareros Jubilados del Distrito de Laredo, que se ubica a pocos metros del Instituto de Educación Superior Tecnológico Público - Laredo. Fue fundado el 11 de enero de 1979. Partida 0314395 Tomo 4- Fo. 453, reinscrita en registro público el 30 de noviembre del 2006, cuenta con un local propio ubicado en Prolg: Reforma N° 8, en el 2002 cuenta con 196 adultos mayores jubilados, en 2015 cuenta exactamente con 142 adultos mayores quienes realizan diversas actividades en cada fecha importante. (15)

La asociación tiene como finalidad velar por los derechos individuales y colectivos de cada integrante, así mismo los adultos mayores de la asociación de trabajadores azucareros jubilados viven de su sueldo, refieren que su sueldo es insuficiente para

cubrir todas sus necesidades, sin embargo, algunos de ellos se dedican al cuidado de sus nietos, y otros están al cuidado de sus familiares ya que la mayoría cuentan con enfermedades crónicas. (15)

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en adultos mayores de la Asociación de Trabajadores Azucareros Jubilados Laredo – Trujillo, 2015?

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

- ✓ Describir los determinantes de la salud en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo – Trujillo, 2015

Para poder conseguir el objetivo general, se planteó los siguientes objetivos específicos:

- ✓ Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico en adultos mayores. (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).
- ✓ Identificar los determinantes de los estilos de vida en adultos mayores. Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad.
- ✓ Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias en adultos mayores. Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

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

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

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

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

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

II. REVISION DE LA LITERATURA:

2.1. Antecedentes:

Goncalves M. y Col, en su investigación “Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil”. Los resultados obtenidos revelan, que los factores socioeconómicos, medidos por la escolaridad, influyen significativamente la condición de salud de los ancianos. Además, fueron observados diferenciales de género: las mujeres presentaron peores condiciones de salud con relación a los hombres. (16)

Tovar C. y García C, en su investigación titulada “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida en Colombia, 2003”, concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones. (17)

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

tuvieron bajo peso al nacer, padres prefieren que hijos trabajen en las vaquerías, repitiendo el año escolar, limitando sus competencias para acceder a un trabajo bien remunerado y a servicios de salud. (18)

Melgarejo E. y Col, en su investigación titulada: Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local de Chimbote y Nuevo Chimbote. 2008. Concluye que en el contexto de la participación comunitaria de cada 10 comunidades 8 de ellas están en un contexto interdependiente y 2 en autogestión. Los factores personales (edad, sexo, grado instrucción, responsabilidad, antecedente de enfermedad y estado de salud) no tienen relación estadística significativa con el contexto de la participación comunitaria. Existe relación estadística significativa entre lugar de nacimiento y sobrecarga laboral. (19)

2.2 Bases teóricas:

La presente investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones. (20)

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. (21)

Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en

salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano. (20)

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales. 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. (21)

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. (21)

El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores. 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. (22)

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 sociopolítico, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macroeconómicas, 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. (22)

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. (22)

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 (22).

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud. (22)

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los

ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes. (22)

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

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

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

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

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

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

Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y

fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud. (23)

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y nivel de investigación:

Cuantitativo, descriptivo. (24) (25)

3.2. Diseño de investigación

Diseño de una sola casilla, de corte transversal. (26) (27)

3.3. Universo muestral

El universo estuvo constituido por 142 adultos mayores. Asociación de Trabajadores Azucareros jubilados Laredo – Trujillo, 2015.

3.3.1. Unidad de análisis

Adulto Mayor de la Asociación de Trabajadores Azucareros Jubilados, que formaron parte de la muestra y respondieron a los criterios de la investigación.

Criterios de inclusión

- ✓ Adulto mayor que perteneció más de 3 años a la asociación de trabajadores azucareros jubilados.
- ✓ Adulto Mayor que aceptó participar en el estudio.
- ✓ Adulto Mayor que tuvo disponibilidad para participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de exclusión:

- ✓ Adulto Mayor que tuvo algún trastorno mental.
- ✓ Adulto Mayor que presentó problemas de comunicación.

3.4. Definición y operacionalización de variables

3.4.1. Determinantes del entorno biosocioeconómico

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

➤ **Sexo:**

Definición conceptual.

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres. (28)

Definición operacional

Escala nominal

- ✓ Masculino
- ✓ Femenino

➤ **Grado de instrucción:**

Definición conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. (29)

Definición operacional

Escala Ordinal

- ✓ Sin nivel instrucción
- ✓ Inicial/Primaria
- ✓ Secundaria Completa / Secundaria Incompleta
- ✓ Superior Universitaria completa e incompleta

- ✓ Superior no universitaria completa e incompleta

➤ **Ingreso económico:**

Definición conceptual

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares. (30)

Definición operacional

Escala de razón

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

➤ **Ocupación:**

Definición conceptual

Las condiciones de trabajo son un área interdisciplinaria relacionada con la seguridad, la salud y la calidad de vida en el empleo. (31)

Definición operacional

Escala Nominal

- ✓ Trabajador estable
- ✓ Eventual
- ✓ Sin ocupación

- ✓ Jubilado
- ✓ Estudiante

3.4.2. Determinantes del entorno físico

➤ Vivienda:

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales. (32)

Definición operacional

Escala nominal

Tipo:

- ✓ Vivienda Unifamiliar
- ✓ Vivienda multifamiliar
- ✓ Vecindada, quinta choza, cabaña
- ✓ Local no destinado 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
- ✓ Parquet

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones:

- ✓ 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)

Energía eléctrica:

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

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

3.4.3. Determinantes de los estilos de vida

Definición conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas. (33)

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

➤ **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:

Camina () Deporte () Gimnasia () No realiza ()

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

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad:

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

➤ **Alimentación:**

Definición conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación. (34)

Definición operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos:

- ✓ Diario
- ✓ Tres o más veces por semana
- ✓ Una o dos veces a la semana
- ✓ Menos de una vez a la semana
- ✓ Nunca o casi nunca

3.4.4. 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. (35)

➤ **Apoyo social natural:**

Definición operacional

Escala ordinal

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

➤ **Apoyo social organizado:**

Escala ordinal

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

➤ **Apoyo de organizaciones del estado:**

- ✓ Pensión 65
- ✓ Comedores populares
- ✓ Vaso de leche
- ✓ Otros
- ✓ No recibo

➤ **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) (36)

➤ **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

Distancia del lugar de atención:

- ✓ 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 ()

3.5. 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 fue elaborado en base al cuestionario sobre los determinantes de la salud en el Adulto.

Elaborado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 29 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera. (Anexo N° 01)

- ✓ Datos de Identificación, donde se obtuvo las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.

- ✓ Los determinantes Biosocioeconómico (Edad, sexo, 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 personas.
- ✓ Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Apoyo social natural, organizado, Acceso a los servicios de salud.

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 el Adulto, desarrollado por Ms. Vílchez Reyes Adriana, director 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 el Adulto.

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 con 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 0,997, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud en el Adulto. (Anexo N° 02)

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del coeficiente de kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistados, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador. (37,38) (Anexo N° 03)

3.6 Procedimientos de la recolección de datos

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

- ✓ Se informó y se solicitó consentimiento a los adultos mayores de la Asociación de Trabajadores Azucareros Jubilados Laredo – Trujillo, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.

- ✓ Se coordinó con los adultos mayores de la Asociación de Trabajadores Azucareros Jubilados Laredo - Trujillo, su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- ✓ Se aplicó el instrumento a cada adulto mayor de la Asociación de Trabajadores Azucareros Jubilados Laredo - Trujillo.
- ✓ Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos a los adultos mayores de la Asociación de Trabajadores Azucareros Jubilados Laredo –Trujillo.
- ✓ El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas serán marcadas de manera personal y directa por adultos mayores de la Asociación de Trabajadores Azucareros Jubilados Laredo –Trujillo.

3.7 Análisis y procesamiento de datos

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

3.8 Consideraciones éticas

En toda investigación que se lleva 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. (39)

Anonimato

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

Privacidad

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

Honestidad

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

Consentimiento

Solo se trabajó con adultos mayores de la asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, quienes aceptaron voluntariamente participar en la presente investigación. (Anexo N° 04)

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 Determinantes del entorno biosocioeconómico.

Tabla N° 1

Determinantes del entorno biosocioeconómico en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo – Trujillo, 2015

Sexo	N	%
Masculino	108	78.3
Femenino	30	21.7
Total	138	100
Grado de instrucción	N	%
Sin instrucción	39	28.6
Inicial / Primaria	97	74.6
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	2	1.4
Superior completa / superior incompleta	0	0
Total	138	100
Ingreso económico (Soles)	N	%
Menor de 750 soles	17	12.3
De 751 a 1000 soles	44	31.9
De 1001 a 1400 soles	43	31.2
De 1401 a 1800 soles	32	23.2
De 1801 a más	2	1.4
Total	138	100
Ocupación	N	%
Trabajador estable	0	0
Eventual	0	0
Sin ocupación	0	0
Jubilado	138	100
Estudiante	0	0
Total	138	100

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015 Elaborado por Dra. Vilches Reyes Adriana, directora de la presente línea de investigación.

4. 1.2 Determinantes del entorno físico

Tabla N° 02

Determinantes del entorno físico en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo – Trujillo, 2015

Tipo	N	%
Vivienda unifamiliar	89	64.5
Vivienda multifamiliar	49	35.5
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0
Local no destinada para habitación humana	0	0
Otros	0	0
Total	138	100
Tenencia	N	%
Alquiler	0	0
Cuidador/alojado	0	0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0
Alquiler venta	0	0
Propia	138	100
Total	138	100
Material del piso	N	%
Tierra	21	15.2
Entablado	7	5.1
Loseta, vinílicos o sin vinílico	102	73.9
Láminas asfálticas	5	3.6
Parquet	3	2.2
Total	138	100
Material del techo	N	%
Madera, esfera	0	0
Adobe	13	9.4
Estera y adobe	11	8.0
Material noble, ladrillo y cemento	113	81.9
Eternit	1	0.7
Total	138	100
Material de las paredes	N	%
Madera, estera	0	0
Adobe	25	18.1
Estera y adobe	0	0
Material noble ladrillo y cemento	113	81.9
Total	138	100
N° de personas que duermen en una habitación	N	%
4 a más miembros	0	0
2 a 3 miembros	88	63.8
Independiente	50	36.2
Total	138	100

Tabla N° 02: Determinantes del entorno físico

Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0
Cisterna	0	0
Pozo	13	9.4
Red pública	44	31.9
Conexión domiciliaria	81	58.7
Total	138	100
Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	0	0
Acequia, canal	0	0
Letrina	0	0
Baño público	0	0
Baño propio	138	100
Otros	0	0
Total	138	138
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	136	98.6
Leña, carbón	2	1.4
Bosta	0	0
Tuza (coronta de maíz)	0	0
Total	138	100
Energía eléctrica	N	%
Sin energía	0	0
Lámpara (no eléctrica)	0	0
Grupo electrógeno	0	0
Energía eléctrica temporal	0	0
Energía eléctrica permanente	138	100
Vela	0	0
Total	138	100
Disposición de basura	N	%
A campo abierto	0	0
Al río	0	0
En un pozo	0	0
Se entierra, quema, carro recolector	138	100
Total	138	100
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	N	%
Diariamente	138	100
Todas las semana pero no diariamente	0	0
Al menos 2 veces por semana	0	0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0
Total	138	100

Tabla N° 02: Determinantes del entorno físico.

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	N	%
Carro recolector	138	100
Montículo o campo limpio	0	0
Contenedor específico de recogida	0	0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0
Otros	0	0
Total	138	100

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015 Elaborado por Dra. Vilches reyes Adriana, Directora de la presente línea de investigación.

4.1.3 Determinantes de los estilos de vida

Tabla N° 3

Determinantes de los estilos de vida en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo – Trujillo, 2015

Fuma actualmente:	N	%
Si fumo, diariamente	1	0.7
Si fumo, pero no diariamente	22	15.9
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	68	49.3
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	47	34.1
Total	138	100
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	N	%
Diario	0	0
Dos a tres veces por semana	0	0
Una vez a la semana	1	0.7
Una vez al mes	18	13.0
Ocasionalmente	77	55.8
No consumo	42	30.4
Total	138	100
N° de horas que duerme	N	%
[06 a 08)	121	88
[08 a 10)	17	12
[10 a 12)	0	0
Total	138	100
Frecuencia con que se baña	N	%
Diariamente	40	29.0
4 veces a la semana	98	71.0
No se baña	0	0
Total	138	100
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud		
Si	91	65.9
No	47	34.1
Total	138	100
Actividad física que realiza en su tiempo libre	N	%
Camina	62	44.9
Deporte	1	0.7
Gimnasia	2	1.4
No realizo	73	52.9
Total	138	100

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	N	%
Caminar	62	44.9
Gimnasia suave	2	1.4
Juegos con poco esfuerzo	0	0
Correr	0	0
Deporte	1	0.7
Ninguna	73	52.9
Total	138	100

Tabla N° 03: Determinantes de los estilos de vida

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Frutas	63	46	36	26	37	27	2	1	0	0
Carne	64	46	62	45	9	7	3	2	0	0
Huevos	12	9	40	29	75	54	11	8	0	0
Pescado	10	7	24	17	86	62	17	12	1	0.7
Fideos	138	100	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Pan, cereales	135	98	2	1	1	0.7	0	0	0	0
Verduras, hortalizas	114	83	22	16	2	1	0	0	0	0
Legumbres	70	51	53	38	15	11	0	0.0	0	0,7
Embutidos, enlatadas	19	14	35	25	51	37	24	17	9	7
Lácteos	23	18	46	33	43	31	24	17	2	1
Dulces, gaseosa	5	5	46	33	38	28	35	25	14	10
Refrescos con Azúcar	15	11	41	30	31	22	36	26	15	11
Frituras	7	5	38	28	44	32	39	28	10	7

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015 Elaborado por Dra. Vilches reyes Adriana, Directora de la presente línea de investigación.

4.1.4 Determinantes de las redes sociales y comunitarias

Tabla N° 04

**Determinantes de las redes sociales y comunitarias en adultos mayores.
Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015**

Recibe algún apoyo social natural:	N	%
Familiares	50	36
Amigos	0	0
Vecinos	1	1
Compañeros espirituales	2	1
Compañeros de trabajo	1	1
No recibo	84	61
Total	138	100
Recibe algún apoyo social organizado:	N	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0
Seguridad social	0	0
Empresa para la que trabaja	0	0
Instituciones de acogida	0	0
Organizaciones de voluntariado	1	0
No recibo	136	100
Total	138	100
Recibe algún apoyo de alguna organización:	N	%
Pensión 65	0	0
Comedor popular	0	0
Vaso de leche	0	0
Otros	0	%
Total	138	100
Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N	%
Hospital	55	40
Centro de salud	43	31
Puesto de salud	15	11
Clínicas particulares	25	18
Otras	0	0
Total	138	100
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	N	%
Muy cerca de su casa	15	11
Regular	114	83
Lejos	0	0
Muy lejos de su casa	0	0
No sabe	9	6
Total	138	100

Tabla N° 04: Determinantes de las redes sociales y comunitarias

Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	138	100
SIS – MINSA	0	0
SANIDAD	0	0
Otros	0	0
Total	138	100
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	N	%
Muy largo	11	8
Largo	59	43
Regular	43	31
Corto	21	15
Muy corto	3	2
No sabe	1	1
Total	138	100
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N	%
Muy buena	5	3.6
Buena	54	39.1
Regular	59	42.8
Mala	17	12.3
Muy mala	3	2.2
No sabe	0	0
Total	138	100
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N	%
Si	59	43
No	79	57
Total	138	100

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015 Elaborado por Dra. Vilches reyes Adriana, Directora de la presente línea de investigación.

4.2 Análisis de resultados:

En la tabla n° 1: Se muestra la distribución porcentual en relación a los determinantes de la salud Biosocioeconómico en adultos mayores, se observa que del 100% (138) de este grupo etario; el 78.3 % (108) son de sexo masculino; el 74.6% (97) tienen grado instrucción inicial y/o primaria; 31.9% (44) tienen un ingreso económico que fluctúa entre los 751 y 1000 soles mensuales; la población materia de esta investigación son jubilados.

Los resultados difieren con lo encontrado a nivel nacional por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (40), en donde se observa un 19,6% no han alcanzado ningún nivel de educación o solo estudiaron el nivel inicial y el 14,6% ha accedido a algún año de educación superior, se muestra que el 76,3% de los adultos de 60 y más años de edad son alfabetos, es decir, saben leer y escribir; y el 23,7% de adultos mayores son analfabetos. El 45,0% de los adultos mayores han estudiado algún año de educación primaria.

De igual manera los resultados se diferencian con el estudio de Rosales J. (41), en su investigación titulada “Determinantes en la Salud en Adultas Mayores del P. J “La Victoria” – Chimbote, 2013”. Cuyo resultado fue: El 68% de las adultas mayores tienen un grado de instrucción secundaria completa e incompleta.

Seguidamente se percibe discordancia con factores en el estudio hecho por Aparicio L. y Colab. (42); en su investigación titulada: “Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor” Urbanización Casuarinas, Nuevo Chimbote, 2011”, cuyos resultados obtenidos fueron: El 36.2% tienen un ingreso económico de 600 a 1000 nuevos soles.

Del mismo modo se diferencian con el indicador de ocupación, según estudio realizado por: Obeso, P. (43); en su estudio titulado: “Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor. A.H. Tres Estrellas _ Chimbote, 2012”, cuyos datos encontrados fueron, un 5.7 % tienen otra ocupación laboral.

Sin embargo, Los resultados se relacionan con Abanto Y. (44); en su estudio de investigación titulada: “Determinantes de la Salud en el Adulto Mayor con Enfermedades Crónicas (diabetes, hipertensión) en el A.H. Villa España – Chimbote, 2013”; donde se encontró que un 55% de los adultos mayores son jubilados.

De igual modo estos resultados se aproximan al estudio hecho por Felipe, L. (45); en su investigación titulada: “Estilos de Vida y factores biosocioculturales del adulto mayor. A.H Villa Magisterial _ Nuevo Chimbote, 2010”, donde se encuentra que el 62% de adultos mayores son de sexo masculino, el 70% tienen ingreso económico de 100 a 599 nuevos soles.

Al analizar los resultados del presente estudio de investigación en los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros, se encuentra que el mayor porcentaje son de sexo masculino, esto se debe a que probablemente la empresa azucarera solicitaba en mayor cantidad personal varón, para realizar trabajos rudos, forzados en agricultura como: regar y cortar la caña, para luego nuevamente sembrar y seguir el ciclo de trabajo, mientras que las mujeres solo eran solicitadas para realizar labores de menos esfuerzo físico, como hacer mantenimiento de los ambientes y materiales de la fábrica, es por ese motivo que el número es inferior.

De esta manera se dice que el sexo es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer. El sexo viene determinado por la naturaleza, es una construcción natural, con la que se nace. Al mismo tiempo los hombres tienen más probabilidades de enfermarse por los riesgos que se ven expuestos en sus labores que desempeñan. (46)

Según la investigación de la Fundación Española de diabetes, los varones se encuentran en mayor porcentaje de sufrir trastorno metabólico desde edades más precoces a diferencia con las mujeres, los hombres tienen mayor riesgo. (47)

En la presente investigación se afirma que el sexo masculino tiene más probabilidades de trabajos y por ende más desgaste físico lo que conlleva que los adultos mayores presenten factores de riesgo y consecuencias en su salud.

Por otro lado, al analizar los resultados en relación a la educación en los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados, se observa que el mayor porcentaje de los adultos mayores tuvieron grado de instrucción inicial/primaria, esto se debe a las condiciones extremas de necesidades que estaban expuestos, viéndose obligados los padres en permitir que sus hijos trabajen y/o dejarlo al cuidado de los animales, ya que vivían en la sierra de la Libertad o Ancash donde el acceso a la educación era escasa, tenían que caminar horas para llegar a una escuela. Al migrar a la costa ya eran adolescentes y muchos tenían su pareja e hijos y a la vez tenían la fuente de trabajo inmediata en la fábrica Azucarera donde laboraron tantos años.

Cabe mencionar que el grado instrucción asegura el desarrollo integral y capacita al individuo para el trabajo incentivando su participación activa en el proceso, así como responsabiliza en el cuidado de su salud, familia y comunidad podemos atribuir, por lo tanto, la existencia de un bajo nivel de instrucción en los adultos mayores, lo cual implica que el profesional de enfermería debe educar al paciente adulto mayor sobre su autocuidado. (48)

En la presente investigación los adultos mayores, tienen un grado de instrucción entre inicial/primaria, lo cual implica que estos adultos mayores presentan un déficit de conocimientos en su autocuidado y ello les predispone a muchas enfermedades, como son: la diabetes e hipertensión, osteoporosis, entre otras, pues estas son enfermedades que pueden irse previniendo según el conocimiento adquirido durante el proceso de aprendizaje y la capacidad para generar conocimientos.

Por otra parte, el ingreso económico, en los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros, se observa que el mayor porcentaje es de 751 a 1000 en donde a muchos les apoyan sus familiares para aumentar el salario y suplir sus necesidades económicas. Al mismo tiempo vale destacar que muchos de ellos cubren sus gastos con lo poco que ganan, reduciendo talvez la calidad en su alimentación, vestido, ocio, entre otros, lo cual favorece al desequilibrio de la salud tanto física, social y emocional del adulto mayor.

Se sabe que el ingreso económico en las personas adultas mayores es la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos

regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida. Para las personas en edad avanzada, contar con seguridad económica es fundamental para disfrutar un envejecimiento en condiciones de dignidad e independencia; además de satisfacer las necesidades de los adultos mayores, permite que tomen decisiones y continúen participando activa y significativamente en la vida cotidiana, cumpliendo roles importantes dentro de las familias. (49)

Según fuentes de la INEI, A nivel de nuestro país, la mayor proporción de población económicamente activa ocupada de adultos mayores residentes en el área urbana se ubica en la categoría de Trabajador Independiente (53,0%) en Empleado (17,8%) y Obrero (12,7%), es decir que nuestra población tiene mayor porcentaje de personas trabajadoras independientes siendo estos trabajos eventuales. (50)

El ingreso económico es muy importante en la salud emocional de las personas adultos mayores, a pesar de su jubilación, se ven obligados a realizar trabajos extras o independientes para generar recursos muchos de ellos se dedican al negocio (preparación de alimentos, venta de abarrotes y golosinas, entre otros), así como también cuidan a sus nietos.

Por lo tanto, se puede decir que debido a ello es posible que los adultos mayores no satisfagan sus necesidades o tengan una mejor calidad de vida y al momento de tener una enfermedad es muy probable que no cuenten con los medios económicos para subsanar los gastos que demanda la atención médica ya que su ingreso económico es de 751 a 1000; para la cual se afirma que tienen riesgo a llevar una mala calidad de vida.

Sabemos que la jubilación es el reconocimiento, con una pensión, por el trabajo cumplido por años; pero debe continuar en actividad, siempre. Si el trabajo significa hacer de todo un poco, sin depender de horarios, hacerlo de manera honorífica o mejor aún con remuneración, es realmente un privilegio, pero nadie debe “descansar” sino las horas recomendadas, y jamás pensar en negativo. (51)

Sin embargo, la jubilación es de aspecto esencial para la vida debido a que es una fuente de sustento; para algunas personas les va a poder beneficiar como para otras

personas no; por lo que es una mensualidad que hay que estar esperando y hay que saberla distribuir; por lo que muchas veces es insuficiente para cubrir todas sus necesidades de alimentación, salud y una calidad vida que merece tener un adulto mayor.

La jubilación que reciben los adultos mayores de la asociación de trabajadores azucareros es insuficiente para cubrir todos los gastos propios de esta etapa, es por ello que muchos trabajan y por ende están expuestos a lesiones físicas, ya que en esta edad son muy frecuentes.

Es por ello que hoy en día los establecimientos de salud cuentan con el programa del adulto mayor, estos se reúnen en un área o un ambiente específico para trabajar desarrollar actividades educativas, recreativas que favorezcan la calidad de vida de este grupo etario, sin embargo, hay muchos adultos que no asisten a estas reuniones, lo que conlleva a un desconocimiento significativo sobre los temas de salud. Al mismo tiempo se programan actividades dentro o fuera de la comunidad para reducir los problemas mentales de salud.

En la tabla n° 2: Del 100% (138) de adultos mayores; 64,5% (89) su vivienda es unifamiliar; el 100% (138) cuentan con casa propia; el 73.9% (102) material de piso es de loseta, vinílicos o sin vinílicos; el 81.9% (113) techo de material noble, ladrillo y cemento; el 81.9% (113) el material de las paredes es de material noble, ladrillo y cemento; el 63.8% (88) duermen en una habitación de 2 a 3 miembros; el 58.7% (81) el abastecimiento de agua es a conexión domiciliaria; el 100% (138) cuentan con baño propio; el 98.6% (136) el combustible para cocinar es gas o electricidad; el 100% (138) utilizan energía eléctrica permanente; el 100% (138) la disposición de la basura es en el carro recolector; el 100% (138) la frecuencia que pasa el carro recolector por su casa diariamente; el 100% (138) eliminan la basura en carro recolector.

Estos resultados se asemejan al estudio hecho por Jacinto G. (52); en su investigación titulada: “Determinantes de la salud en mujeres adultas maduras obesas A.H Villa España – Chimbote, 2012”, donde se encontró que el 100% de las viviendas cuentan con conexión domiciliaria, baño propio, gas, electricidad, energía eléctrica

permanente, el carro recolector, todas las semanas, pero no diariamente y suelen eliminar en el carro recolector.

Por otro lado, son similares en la investigación hecha por Garay, N (53), titulado: “Determinante de la salud en la persona adulta de la asociación el morro II. Tacna, 2013”. Se visualiza que el 89.4 % cuenta con casa propia, 66.9% el material es piso, 64.8% tienen techo de material noble, ladrillo y cemento, el 96.2% cuenta con paredes de material noble, ladrillo y cemento, el 98.3% cocinan a gas y finalmente el 100% tienen abastecimiento de agua y conexión domiciliaria, baño propio, energía eléctrica permanente.

Cabe mencionar que aproximan a la investigación hecha por Delgado M. (43) titulada “Determinantes de la salud en la persona adulta mayor. Habilitación urbana progresista Luis Felipe de las Casas - Nuevo Chimbote, 2013”. El tipo de vivienda del adulto mayor el 100% es propia, el 89% tiene material de piso de cemento, el 100% tienen conexión domiciliaria de agua, el 100% tienen baño propio, el 100% cocinan a gas, el 100% entierra, quema, carro recolector y el 100% eliminan su basura todas las semanas.

Sin embargo, estos resultados difieren con los encontrados por Abanto, M (44). En su investigación titulada: “Determinantes de la salud en adultos mayores con diabetes, hipertensión. A.H. Villa España – Chimbote. 2012”, donde el 90% del material del piso de las viviendas es de tierra.

El presente estudio se observa que el mayor porcentaje de los adultos mayores de la asociación de trabajadores azucareros jubilados, tienen una vivienda unifamiliar, propia, el material del piso, techo y paredes es de material noble, así mismo cuentan con todos los servicios básicos (agua, desagüe, luz eléctrica), cocinan a gas o electricidad y el carro recolector de basura pasa todos los días cerca de sus viviendas. Esto se debe a que los adultos mayores han trabajado durante años en la empresa azucarera la cual le donó a cada trabajador un lote, facilitándole su construcción a lo largo de los años ya que su buen salario era suficiente en el tiempo de trabajador.

Una vivienda saludable y adecuada, es una condición que influye de manera favorable a la salud física y emocional del adulto mayor, que a su vez se contaba con los servicios

básicos funcionales (como luz, agua, drenaje, gas, transporte etc.) necesarios para proteger y generar un bienestar en la salud de los adultos mayores. (54)

En nuestro país, según fuentes de la INEI, en nuestro país, indican que el 40,4% de los hogares del país tienen entre sus residentes habituales, personas de 60 y más años de edad (adulta mayor). Por grupos de edad, el 34,7% de hogares están integrados por alguna persona de 60 a 79 años de edad y el 8,6% por alguna persona de 80 y más años de edad. Sin embargo, el 59,6% de los hogares no tienen personas adultas mayores entre los miembros del hogar. (55)

Según la Organización Panamericana de la salud, la vivienda propia es todo local formado por un cuarto o conjunto de cuartos destinados al alojamiento de uno o más hogares, tales como: casa, quinta, apartamento, cuarto en cuartería, rancho o choza, vivienda improvisada y local usado como vivienda. Se posee un documento que acredita la pertenencia de la vivienda a alguna persona que la habita, por haberla comprado o construida con un préstamo y está totalmente paga o la heredó. La tenencia de vivienda se relaciona con el nivel económico de la persona o familia que la habita, se encuentra también relacionado con la salud, ya que la estabilidad económica juega un papel importante en la estabilidad emocional y psicológica de las personas. (56)

Por lo tanto, la vivienda de los adultos mayores puede cumplir con sus principales funciones los cuales son: protección, abrigo, habitabilidad y salubridad a la vez cuentan con los servicios básicos adecuados para la eliminación de excretas y evitar las enfermedades diarreicas y/o respiratorias. La vivienda es uno de los aspectos más importantes en la vida de una persona.

En la presente investigación se afirma que los adultos mayores tienen un espacio físico apropiado, sin embargo, se sabe que la contaminación del ambiente es eminente por el humo que elimina la fábrica azucarera cada vez que queman la caña de azúcar, llenándose de humo todo el ambiente atmosférico y poniendo en riesgo la salud de los adultos mayores, dentro de los problemas más frecuentes están la enfermedades respiratorias; cabe resaltar que la exposición a diferentes agentes está desde que iniciaron a laborar, aproximadamente el tiempo que ellos residen en mencionado lugar.

A todo lo mencionado se concluye que el sistema de salud ha creado la estrategia de vivienda saludable, que busca mejorar las condiciones de la vivienda y con ello mejorar las condiciones de salud de quienes la habitan, pues existe una estrecha relación entre las condiciones de la vivienda y la salud física, mental y social de sus ocupantes. Es por ello que los establecimientos de salud están trabajando las viviendas saludables que incluye hacer seguimiento y visitas domiciliarias a las familias con riesgo.

En la tabla n° 3: Del 100% (138) de los adultos mayores; el 49.3% (68) de los adultos mayores actualmente no fuman pero han fumado antes; el 55.8% (77) consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente; el 88% (121) el número de horas que duermen es de (6 a 8) horas; el 71.0% (98) se bañan 4 veces a la semana; el 65.9% (91) se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud; el 52.8% (73) no realiza actividad física en su tiempo libre; el 52.9% (73) no han realizado ninguna actividad física en las dos últimas semanas; el 46% (63) consume fruta diariamente; el 46% (64) consumen carne; el 54%(75) consumen huevos de una a dos veces a la semana; el 62% (86) consume pescado de una a dos veces a la semana; el 100% (138) diariamente consumen fideos, arroz papas; el 98% (135) diariamente consumen pan, cereales; el 83% (114) consumen diariamente verduras y hortalizas; el 51.0 % (70) consumen legumbres diariamente; el 37% (51) consumen embutidos de una a dos veces a la semana; el 33.3 % (46) consumen lácteos de 3 a más veces a la semana; el 33.3% (46) consumen dulces, gaseosa de 3 o más veces a la semana; el 29.8% (41) consumen refrescos con azúcar; el 31.9 44% consumen frituras una o dos veces a la semana.

Estos resultados se asemejan en algunos indicadores encontrados por Bersia, M. (57); en su investigación titulada: Hábitos alimenticios en mujeres adultas mayores que realizan quagym en la ciudad de Rosario, cuyos resultados obtenidos fueron: el 98% de las entrevistadas no fuman, el 64% consumen lácteos todos los días, el 84% consumen huevos de 2 a 4 veces a la semana, el 76% consumen carne e 2 a 4 veces a la semana.

Estos resultados se relacionan a los estudios realizados por: Abanto, A. (44) título: “Determinantes de la salud en adultos mayores con diabetes, hipertensión. A.H. Villa

España – Chimbote, 2012”, donde el 81,25% no fuman ni han fumado nunca de manera habitual, el 48.75% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 67,5% no se realizan exámenes médicos periódicos, el 81,25% (65) no realiza ninguna actividad durante más de 20 minutos.

Igualmente, estos resultados se aproximan en el indicador de actividad física en el estudio realizado por Velasco, M. y Peñafiel, J. (58); en su investigación titulada: Participación familiar en el autocuidado de los adultos mayores diabéticos del “Hospital IESS-Milagro” enero 2012, cuyos resultados obtenidos fueron el 47.9% de los entrevistados nunca realizan alguna actividad física.

Por otro lado, estos resultados obtenidos difieren en el indicador de consumo de alimentos, en el estudio realizado por Gonzales, J. (59); en su investigación titulada: Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan nueva sonrisa dispensario Santa Francisca Romana, cuyos resultados obtenidos fueron el 60% de los entrevistados consumen huevos diariamente.

De igual manera estos resultados obtenidos son diferentes al estudio realizado por Gonzales, J. (59); en su investigación titulada: Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan nueva sonrisa dispensario Santa Francisca Romana, cuyos resultados obtenidos fueron el 69% de los entrevistados no consumen carne o pescado diariamente, el 48% no consumen lácteos diariamente,

Se evidencia que el mayor porcentaje de los adultos mayores actualmente no fuman, pero han fumado anteriormente, lo que evidencia que están en riesgo a diferentes enfermedades respiratorias incluyendo cáncer de pulmón, así como también enfermedades cardiovasculares.

Según la OMS la gran mayoría de los consumidores de tabaco que hay en el mundo adquirieron el hábito en su adolescencia. Se estima en 150 millones de jóvenes que consumen tabaco actualmente. La mitad de estos consumidores morían prematuramente como consecuencia de ello. La prohibición de la publicidad del tabaco y la adopción de las leyes que prohíben fumar en lugares públicos reducen el número de personas que empiezan a consumir productos de tabaco. Además, reducen la

cantidad de tabaco consumida por los fumadores y aumenta el número de jóvenes que dejan de fumar. (60)

El consumo de alcohol y tabaco conlleva a muchos peligros, el beber en exceso puede aumentar el riesgo de padecer algunos cánceres, esto puede causar daños en el hígado, el cerebro y otros órganos. Puede provocar defectos congénitos y aumenta el riesgo de muerte por accidentes de tránsito y también otras lesiones, así como el riesgo de homicidios y suicidios, de igual manera el consumo de tabaco se ha relacionado con más de 25 enfermedades y es responsable del 90% de las muertes que se producen en todo el mundo por cáncer de pulmón. Además, los fumadores tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de la cavidad oral (labios, boca, lengua y garganta), de laringe, de esófago, de vejiga, de riñones y de páncreas. El tabaquismo es responsable del 75% de los casos de bronquitis crónica y enfisema, y del 25% de los casos de isquemia coronaria. El consumo de tabaco también incrementa, en un 50%, el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular o apoplejía. (61)

Cabe mencionar que el tabaco causa daños irreversibles en los diferentes órganos del cuerpo de una persona y es el causante de casi todas las enfermedades en los adultos mayores, para ello se debe adoptar medidas de protección, promoción de la salud y prevención de las enfermedades favoreciendo a la reducción de estos daños.

Los adultos mayores anteriormente han tomado bebidas alcohólicas generando en ellos antecedentes a desarrollar enfermedades no transmisibles (diabetes, hipertensión osteoporosis, enfermedades coronarias), para lo cual deben realizarse exámenes periódicos, así mismo la inactividad física es evidente por lo tanto el riesgo es mayor a presentar problemas de salud, metabólicas, cardiovasculares y obesidad. Los adultos mayores han dedicado gran parte de su tiempo libre a la inactividad y al ocio y han descuidado su salud. Para considerar el tiempo libre como actividad social relevante surge la necesidad de buscar y crear espacios para desarrollar actividades significativas que tengan que ver con lo cognitivo, físico y afectivo, permitiendo al adulto mayor adquirir nuevos roles.

Se sabe que la actividad física es fundamental para mantener una vida saludable, llena de importantes beneficios para la salud del adulto mayor, no solo ayuda al bienestar

físico sino también al emocional o mental. Sin embargo, los adultos mayores no realizan prácticas de actividad física, lo cual pone en riesgo de sedentarismo u obesidad, además de enfermedades no transmisibles y coronarias, esto se debe a que muchos de los adultos mayores no tienen un hábito exclusivo para realización de actividad física.

La actividad física: es la clave para un envejecimiento saludable. Es más, las personas mayores que son activas físicamente tienen una menor probabilidad de desarrollar problemas como obesidad, presión arterial elevada, osteoporosis, diabetes, depresión, cáncer de colon. Mejora el estado de ánimo y ayuda a reducir el estrés. Aumenta el grado de energía y mejora la productividad de la persona. Ayuda a lograr y mantener un peso adecuado de una persona. Da mayor flexibilidad y mejora la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. (62)

El deporte constituye un campo de interés especial dentro de la ocupación del ocio de las personas mayores. A pesar de ser una medida beneficiosa para el cuidado de la salud en general, pocas personas mayores participan en las diversas ofertas que existen al respecto: sólo de un 2 por ciento a un 5 por ciento (en líneas generales), ejercita este tipo de actividad. Sin embargo, hoy sabemos que los programas de educación física para mayores son una garantía saludable para estabilizar la tensión arterial, prevenir problemas cardiovasculares o mejorar el estado de ánimo. (63)

Los hábitos alimenticios son hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación. Llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente, acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas. (63)

Se sabe que la actividad física en los adultos mayores en forma oportuna y regular, trae resultados muy benéficos para la salud tanto física como emocional, favoreciendo una mejor calidad de vida este grupo etario.

Cabe mencionar que la alimentación es un elemento importante en la buena salud, influye la calidad de los alimentos, la cantidad de comida y los hábitos alimentarios

para un bienestar del ser humano. Así mencionan que la modificación de los factores de riesgo y la adopción de comportamientos favorables a la salud, como el ejercicio y las dietas saludables, describen también que anteriormente existía también la idea de que las personas adquirirían algunos hábitos nocivos por el mero hecho de llegar a la vejez. (64)

En cuanto a los alimentos para los adultos mayores deben llevar un conteo de los carbohidratos que consumen y tienen que tratar de suprimir lo más posible los azúcares que vuelven aún más compleja la enfermedad y hacen que sufran efectos desagradables. Por lo general, esto depende de la tendencia que tengan estas personas a padecer alguna enfermedad de carácter cardíaco. Por eso, se recomienda consumir alimentos ricos en Omega 3 y bajos en colesterol. (64)

Sin embargo, la realidad en cuanto a la alimentación de los adultos mayores que consumen carbohidratos todos los días han tomado bebidas alcohólicas, han generado en ellos antecedentes a desarrollar enfermedades, es por ello, que muchos se encuentran acudiendo a sus controles médicos y exámenes de laboratorio periódicamente, así mismo la inactividad física es evidente por lo tanto el riesgo es mucho mayor a presentar problemas de salud, metabólicas, cardiovasculares y obesidad. Los adultos mayores han dedicado gran parte de su tiempo libre a la inactividad y el ocio y han descuidado su salud. Para consolidar el tiempo libre como actividad social relevante surge la necesidad de buscar y crear espacios para desarrollar actividades significativas que tengan que ver con lo cognitivo, físico y afectivo, permitiendo al adulto mayor adquirir nuevos roles, asimismo se observa que consumen en mayor cantidad carbohidratos y en menos cantidad lácteos lo que ponen en riesgo al desarrollo de diferentes problemas con deficiencias de hierro, calcio, entre otros.

Los servicios del primer nivel de atención actualmente están trabajando con la identificación de factores de riesgo en la población adulta para ello están trabajando las estrategias del adulto mayor, familias y comunidades saludables, mediante campañas de salud, sesiones educativas y demostrativas, visitas domiciliarias en las etapas de vida más vulnerables, ya que la mayoría de los factores se pueden modificar.

En la tabla n° 4: Del 100% (138) de los adultos mayores; el 61% (84) no reciben ningún apoyo natural; el 100% (138) no reciben apoyo social organizado; el 100% (138) no reciben apoyo de algunas organizaciones (pensión 65, comedor popular, vaso de leche, otros); el 40% (55) la institución de salud donde atendió en los últimos 12 meses en un hospital; el 82.6% (114) consideran que la distancia de la institución de salud donde se atendieron es regular; el 100% (138) tienen seguro (EsSalud); el 43% (59) el tiempo que esperaron que se atendieran fue largo; el 42.8% (59) la calidad de atención que recibió es regular; el 57% (79) manifiesta que no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

Del mismo modo, estos determinantes se relacionan en el indicador de apoyo social natural en la investigación realizada por Jiménez, L. (65), en su investigación titulada “Determinantes de la salud en adultos mayores en el A.H. Los Paisajes, Chimbote, 2012”, cuyo resultado obtenido fue que el 25% recibieron apoyo social natural de sus familiares.

El presente estudio difiere de la investigación realizada por: Osorio, C (66), Según su investigación titulada: “Abandono del Adulto Mayor en la casa de la Tercera edad dependiente del sistema DIF Hidalgo” se encontró que el 80% de adultos mayores abandonados presentan una serie de cambios tanto físicos, psicológicos y sociales, lo que representa parte de la declinación en esta última etapa de vida, todos los usuarios de la casa presentan alguna enfermedad crónico degenerativo, lo cual los limita a ser autosuficientes y tener que depender de terceras personas, en el ámbito emocional se logró observar la carencia afectiva y la soledad en la que viven, debido a que tienen la necesidad de platicar los acontecimiento de su vida. La casa de la tercera edad es una Institución meramente humanista donde ha logrado albergar a personas de edad avanzada que se encontraban en descuido, maltrato y abandono por parte de su familia.

A su vez, estos resultados son similares a los encontrados por Alburquerque L. (67), en su estudio: “Determinantes de la salud en la persona adulta en el Caserío San Juan de la Virgen- Ignacio Escudero - Sullana, 2013” donde encontró que el 100% consideran que no hay presencia de pandillaje ni delincuencia cerca de su casa.

Por otro lado, los resultados se asemejan con Medina R. (68) en su estudio titulado: “Determinantes de la Salud en los Adultos Mayores del Asentamiento Humano Primavera - Chimbote, 2013”, Donde señala que el 95,0% (124) se atendió en los últimos 12 meses en un puesto de salud; el 75,0% (97) considera que el lugar donde lo atendieron está regularmente lejos de su casa; el 100% (130) cuenta con el SIS; el 100% (130) no recibe ningún apoyo social natural organizado y finalmente el 100,0% (130).

A su vez los resultados difieren también a los encontrados por Ayala J. (69) en su investigación: “Determinantes de salud de los adultos del Caserío de Chua Bajo sector “S” Huaraz, 2013”, donde se encontró que de 100% (160), ninguno recibe algún apoyo social organizado.

Por otro lado, los resultados, se asemejan a los encontrados por Joel. M. (70), en el 2013. “Determinantes de la salud en los adultos del caserío de Chua bajo sector S Huaraz”, donde el 37.5% (60) refieren que la distancia donde fueron atendidos es buena, 55.6% (153) tienen como tipo de seguro el SIS; el 47.5% (76) refieren que la calidad de atención que recibieron es regular 77.5% (124), refieren que no hay pandillaje o delincuencia cerca a su casa

En el presente estudio de investigación se observa, que el mayor porcentaje de los adultos mayores, no cuentan con apoyo social organizado esto generalmente se debe a que los adultos mayores tienen viviendas unifamiliares y están expuestos a sentir rechazo por sus familiares y/o amigos.

Según Collazo Y, y García L (71). El apoyo de familiares en la vejez adquiere un significado diferente a las demás etapas del ciclo de vida, debido a que en esta edad las obtenciones de recursos para satisfacer las necesidades pueden provenir de fuentes que no siempre son asimilables a aquellas de las restantes etapas del ciclo de vida.

El principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia. Se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado. La definición más aceptada del concepto de familia es la de varias personas relacionadas por los lazos de parentesco,

sanguíneos, de matrimonio o por adopción. Tales personas pueden compartir un mismo techo o habitar en viviendas separadas. La familia del anciano brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas. (72)

Cabe mencionar que es muy importante el apoyo social y puede influir positivamente, y de forma directa, sobre la salud y el bienestar en la medida que contribuye a satisfacer necesidades humanas como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima y afecto. En este sentido, los efectos positivos de apoyo social sobre la salud pueden compensar los negativos del estrés y brindar mayor soporte. Por el contrario, la pérdida o ausencia de apoyo especialmente por parte de la familia, asociada a las diferentes fuentes de estrés que pueden presentarse en la vida de la persona como una enfermedad, minusvalía, pérdida de un ser querido, cambios de rol, etc., pueden interactuar, potenciándose y creando un alto nivel de vulnerabilidad individual (73).

Así existen programas de apoyo social es un concepto de sumo interés y utilidad para los dedicados a la salud mental, en tanto pone en primer plano la significación de los factores sociales y psicológicos para la salud y el bienestar. El apoyo social tiene para la vejez beneficiosos efectos para la salud y su bienestar. Este no debe ser visto sólo como transacción de ayuda material, sino también como aceptación, afecto y afirmación. En el contexto social se tiende muchas veces a sobrevalorar la ayuda económica como apoyo real, y subvalorar los aspectos de ayuda afectiva y moral, sin tener en cuenta si las necesidades reales que tiene la persona, en el momento del apoyo, son materiales o psicosociales. (73)

Los adultos mayores no reciben ningún tipo de apoyo, lo cual genera limitarse en su alimentación, consumiendo alimentos no nutritivos para su edad por ejemplo (más incremento de carbohidratos y menos cantidad de frutas y verduras), estando expuesto a enfermedades no trasmisibles para lo cual constante mente acuden a ESSALUD Considerándole como muy lejos de sus domicilios y expresando que el tiempo que demoran para que lo atendían es de mucho tiempo, estando solo regular de satisfechos con la atención recibida, además refieren que no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

Por otro lado, la espera en la atención, es un indicador importante de la eficiencia del servicio médico, tiene una variación relacionada con, las características del servicio de la unidad médica, del paciente y los médicos. Los traspasos entre los diferentes niveles del sistema pueden generar tiempos de espera, muchos de los cuales son necesarios y útiles en el proceso de atención ya que todos los sistemas de salud deben administrar eficientemente recursos escasos. (74)

El pandillaje es una agrupación de adolescentes y jóvenes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. Estos grupos demuestran violencia, robo, inseguridad ciudadana. Esta pandilla proviene de hogares en crisis o destruidos de padres separados y también por falta de comunicación tanto padres e hijos, también tienen carencia afectiva dentro del hogar, por lo cual se identifican con las pandillas, en las que encuentran amistad, el respeto y el trato igualatorio, participación y apoyo y una mala formación en valores y habilidades. (75)

Se evidencia que por su casa de los adultos mayores no existe la delincuencia, favoreciendo el desarrollo de su comunidad y los miembros de las familias. Por todo lo mencionado anteriormente el sistema de salud está trabajando para mejorar las redes comunitarias, promoción de la salud y reducir los colapsos en los sistemas en el servicio.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- ✓ La mayoría de los adultos mayores son hombres, con nivel de instrucción inicial/primaria, ingreso económico de 751 a 1000 soles mensuales y todos son jubilados, tienen vivienda unifamiliar, el material del piso, paredes y techo es de cemento y/o ladrillo, duermen de 2 a 3 miembros en una habitación, cuentan con abastecimiento de agua conexión domiciliaria, baño propio, cocina a gas o electricidad, tienen energía eléctrica permanente, la disposición de la basura mediante el carro recolector y el mismo pasa todos los días cerca de sus viviendas.

- ✓ La mayoría de los adultos mayores actualmente no fuman, pero han fumado antes, asimismo consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, la mayoría duerme de 6 a 8 horas, se bañan con una frecuencia de 4 veces por semana, no realizan ningún tipo de actividad física y consumen alimentos diariamente en mayor cantidad carbohidratos, frutas verduras, hortalizas y legumbres.

- ✓ La mayoría de los adultos no reciben ningún apoyo social organizado, se han atendido al menos una vez en el hospital en los últimos 12 meses, consideran el lugar donde se atendieron está a una distancia regular, cuentan con seguro de EsSalud, el tiempo que esperaron para ser atendidos fue muy largo y la percepción que tienen sobre la calidad de atención que reciben es regular. Así mismo mencionan que no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

5.2 Recomendaciones

- ✓ Dar a conocer los resultados de investigación a las autoridades comunales y líderes de salud (EsSalud), con la finalidad que se elaboren estrategias y planes de atención en cuando a promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

- ✓ Recomendar a los líderes de la asociación de jubilados para que adopte medidas y/o convenios con los promotores de salud para que realicen campañas de salud y sesiones educativas sobre estilos de vida saludables a los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros Jubilados.

- ✓ Incrementar el recurso humano para mejorar la atención del sistema de salud que se brinda a los trabajadores azucareros jubilados, y contribuir en la satisfacción de la atención que recibe, para ello es necesario incentivar a los estudiantes de las distintas universidades a conocer la realidad de la población mediante estudios de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. [Serie Internet] [Citado el 2013 abril 26]. Disponible desde el URL: http://www.who.int/social_determinants/es/
2. Maya L. “Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida”. Colombia: 2006. [Serie Internet] [Citado el 2011 setiembre 18]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf
3. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista. Cubana. Salud Pública. 2004; p. 13-16.
4. Tardy M. Psico-web.com: Argentina Lic. en Sociología. [Online].; 2011. Available from: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm.
5. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2nd ed. Chile: OPS; 2006.
6. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health: Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health; 2005.
7. Tarlov A. Social determinants of Health: the sociobiological transition. In Blane D, Brunner E, Wilkinson D. Health and Social Organization. London: Routledge p. 71-93.
8. LipLicham C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Universidad Norbert Wiener, Organización Panamericana de la Salud; 2005.

9. Valdivia Cabrera G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. In P. Universidad Católica de Chile. Boletín Esc. de Medicina.; 1994. p. 18-22.
10. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. In Public Health.; 2002. p. 302.
11. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. In The Stationary Office. Great Britain; 1998.
12. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. In Subsanan las desigualdades de una generación.; 2008.
13. Ministerio de Salud - Chile. Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas. 2010.
14. Ministerio de Salud - Perú. Plan Nacional concertado de salud. 2007 julio.
15. Asociación Mutual de sub oficiales retirados de la PNP. Estatuto. AMSOR PNP LL- Trujillo. 2015.
16. Goncalves M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. 2006 octubre - Diciembre; (22).
17. Tovar L, García G. La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003. 2006 agosto; (27).
18. Rodríguez M. Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo-Amazonas, 2011.

19. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. In Universidad Nacional de la Santa. Artículo científico. Chimbote, 2008.
20. Dalhigren G, Whitehead M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. In University of Liverpool: Denmark, editor. Studies on social and economic determinants of population health No. 3; 2006.
21. Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú. 2002.
22. Selig J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. In OPS. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud. Washington; 2009.
23. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6. In Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. p. 161-189.
24. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4th ed. Graw-Hill, editor. México: Interamericano – Mc; 2000.
25. Hernández R. Metabase.net: Metodología de la Investigación. [Online].; 2003 [cited 2015 Agosto 15. Available from: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
26. Schoenbach V. EpÍdemiolog.net: Diseños de estudio analítico. [Online].; 2004 [cited 2010 Agosto 18. Available from: <http://www.epÍdemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
27. Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20th ed. México: Ed. Limusa; 2004.

28. OPS, OMS y Asociación Mundial de Sexología. Amssac.org: Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Online].; 2000. Available from: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>.
29. Eusko Jaurlaritz. Eustat.es: Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. [Online].; 2004. Available from: http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID.
30. Ballares M. Unifemweb.org.mx: Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. [Online].; 2010. Available from: <http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>.
31. Definición.de: Base de datos on line - Definición de ocupación. [Online].; 2008 [cited 2010 Septiembre 09. Available from: <http://definicion.de/ocupacion.htm>.
32. Inegi.org.mx: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. [Online].; 2011. Available from: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf.
33. Dávila E. Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. In. Guatemala; 2001.
34. Martínez Morán R. Torrepacheco.es: Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. [Online].; 1997. Available from: http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf.

35. Martos Carrión E. Riunet.upv.es: Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. [Online].; 2010. Available from: <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>.
36. Sánchez Isla L. Uaeh.edu.mx: satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos. [Online].; 2005. Available from: <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>.
37. González M. Diseños experimentales de investigación. [Online].; 2010 [cited 2010 Septiembre 12. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>.
38. Hernández. Eumed.net: Validez y confiabilidad del instrumento. [Online].; S/F [cited 2010 Septiembre 12. Available from: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
39. Martínez N, Cabrero J, Martínez M. Perso.wanadoo.es: Diseño de la investigación. [Online].; 2008 [cited 2010 Septiembre 13. Available from: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm.
40. INEI. Situación del adulto mayor. Nivel de Educación en el adulto mayor en el Perú. [Página en internet]. 2013. [Actualizado sep 2013]; 33 – 62.
41. Rosales, J. Determinantes en la salud en adultas jóvenes del P. J “La Victoria” – Chimbote, 2013. [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.

42. Aparicio L. y Colab estilos de vida y factores biosocioeconómicos del adulto mayor. Urbanización casuarinas, Nuevo Chimbote. [tesis para optar el título de licenciada en enfermería] Universidad Católica los Angeles de Chimbote, 2011.
43. Delgado M. Determinantes de la salud en la persona adulta mayor. Habilitación urbana progresista Luis Felipe de las Casas - Nuevo Chimbote, 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote
44. Abanto Y. “Determinantes de la salud en adultos mayores con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) en el A.H. Villa España – Chimbote”. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.
45. Felipe, L. Estilos de Vida y factores biosocioculturales del adulto mayor. A.H. Villa Magisterial _ Nuevo Chimbote. [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2010.
46. Sexo [página de Internet] España definición de edad adulta 2008 [actualizado 26 de abril 2014, Citado el 19 agosto 15]. Disponible desde el URL: <http://www.sexo.chat/pub/?id=aec&n=765&m=m&lang=es>
47. Fundación española de diabetes [página de Internet] España definición de edad adulta 2008 [actualizado 26 de abril 2014, Citado el 2 setiembre 15]. Disponible desde el URL:
48. Edad adulta mayor [página de Internet] España definición de edad adulta 2008 [actualizado 26 de abril 2014, Citado el 2014 abril 26]. Disponible desde el URL: <http://www.Edad.chat/pub/?id=aec&n=765&m=m&lang=es>
49. Ignacio L: Grado de instrucción asegura el desarrollo integral y capacita al individuo para el trabajo incentivando su participación activa en el proceso, así

como responsabiliza en el cuidado de su salud, familia y comunidad .12ava.ed. Argentina. 1999

50. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación del adulto mayor. Ocupación económica en el adulto mayor en el Perú. [Página en internet]. 2013. [Actualizado sep 2013]; 33 – 62.
51. Bertranou, F, Sánchez A. Tendencias e indicadores de empleo y protección social de adultos mayores en América Latina. Ginebra. (2005).
52. Jacinto C. G. Determinantes de la Salud en Mujeres Adultas Maduras Obesas A.H Villa España Chimbote. 2012 [Tesis para optar el título profesional de Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
53. Garay, N. determinantes de salud en la persona adulta de la Asociación el Morro II de Tacna 2013// tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Morro II de Tacna: Universidad Católica de Chimbote. 2012. Disponible en <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000032856>
54. Censo Nacional De Población Y Vivienda Ceba. Ministerio de Economía. Secretaría de Programación Económica "Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas. Buenos Aires. 2000.
55. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación del adulto mayor. Viviendas que ocupan los adultos mayores en el Perú. [Página en internet]. 2013. [Actualizado sep 2013]; 33 – 62.
56. Organización Panamericana de la salud. Vivienda saludable. [Página en internet]. [Citado en 2 de diciembre 2013]. Disponible desde: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&id=8
57. Bersia, M. Hábitos alimenticios en mujeres Adultas mayores que realizan quagym

- en la ciudad de Rosario. [Tesis para obtener el título de Licenciada en Nutrición]. Rosario: Universidad Abierta Interamericana.2011
58. Velasco, M. y Peñafiel, J. Participación familiar en el autocuidado de los adultos mayores diabéticos del “Hospital IESS - Milagro” enero 2012, [Tesis para optar por el título de licenciada en Enfermería]. Milagro _ Ecuador: Universidad Estatal de Milagro. 2012.
59. Gonzales, J. Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan nueva sonrisa dispensario Santa Francisca Romana. [Tesis para optar por el título de Nutricionista y Dietista]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. 2011.
60. Organización Mundial de la Salud. Riesgos para la salud de los jóvenes. Agosto del 2011. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
61. Herrero, E y Esquirol, J. [página en internet]. Perú: Consumo de tabaco y alcohol; © 2013 [citado 15 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/consumo-tabaco-alcohol-hombres.shtml>
62. Actividad física [página de Internet] Lima definición de actividad física 2008 [actualizado 26 de abril 2014, Citado el 2014 abril 26]. Disponible: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=765&m=m&lang=e>
63. Fernández L. Tiempo libre y nuevas responsabilidades en adultos mayores. Psicología evolutiva: Adolescencia, madurez y senectud, Madrid: Ed. 3. pp. 304-308.
64. Girón D. Los Determinantes de la Salud percibida en España 2012 [Tesis para optar al grado de doctor]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010.

65. Jimenez, L. Determinantes de la salud en adultos maduros sanos en el A.H Los paisajes, Chimbote, 2012”. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Universidad Católica Los Angeles de Chimbote. Chimbote. 2014
66. Osorio, C. Abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema DIF Hidalgo. [tesis para optar título profesional de enfermería]
67. Alburqueque L. Determinantes de la salud en la persona adulta en el Caserío San Juan de la Virgen- Ignacio Escudero - Sullana, 2013. [Informe de tesis].
68. Medina R. Determinantes de la Salud en los Adultos Mayores del Asentamiento Humano Primavera - Chimbote, 2013, [Tesis para optar el título de licenciado en enfermería]. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.
69. Ayala J. Determinantes de salud de los adultos del Caserío de Chua Bajo sector “S” Huaraz, 2013. [Informe de tesis].
70. Joel, M. distribución porcentual sobre los determinantes de redes sociales y comunitarias de los adultos del caserío de Chua bajo sector S Huaraz. [tesis para optar en título de clic de enfermería].2010 Chimbote. universidad católica los ángeles de Chimbote.
71. Collazo y García L. El apoyo de familiares en la vejez. [Página de internet]. [Citado en 12 noviembre 2013]. Disponible desde: <http://www.cedem.uh.cu/sites/default/files/12.%20Apoyo%20familiar%20a%20los%20ancianos....pdf>
72. Anzola Pérez, E.; Galinsky, D.; Morales, M.F.; Salas, A. y Sánchez, M. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. 2000. Publicación científica 546. Organización Panamericana de la Salud.

73. Pelcastre V, Treviño S, González V, Márquez S. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México: Cad. Saúde Pública. 2011; 03 – 10.
74. Espera en la atención [Portal de Internet] [Citado el 2014 abril 26]. Disponible desde el URL / <http://juarez.academiajournals.com/downloads/Juarez05-685-773.pdf>
75. Pandillaje Perú [página de Internet] Trujillo definición de Pandillaje 2008 [actualizado 16 de abril 2014, Citado el 2014 abril 16]. Disponible en: <http://blog.pucp.edu.pe/item/5988/el-pandillaje-no-es-solo-un-problema-social-juana-martel-simbalo-sociologa>

ANEXOS

Anexo n° 1



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTO.

Elaborado por Vélchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

1. Sexo:

Masculino () Femenino ()

2. Grado de instrucción:

- ()
- Sin instrucción ()
- Inicial/Primaria ()
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()
- Superior completa / Superior incompleta ()

3. 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 ()

4. Ocupación del jefe de familia:

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

5. Vivienda

5.1. Tipo:

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

5.2 Tenencia:

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

5.3 Material del piso:

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

5.4 Material del techo:

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

5.5 Material de las paredes:

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

5.6 ¿Cuántas personas duermen en una habitación?

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

6. Abastecimiento de agua:

- Acequia ()
- Cisterna ()
- Pozo ()
- Red pública ()

- Conexión domiciliar ()

7. Eliminación de excretas:

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

8. Combustible para cocinar:

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

9. Energía eléctrica:

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

10. Disposición de basura:

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

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

13. ¿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 ()

14. ¿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 ()

15. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

16. ¿Con qué frecuencia se baña?

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

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

Si () No ()

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

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

19. ¿En las dos últimas semanas qué actividad física realizó durante más de 20 minutos?

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

DIETA:

20. ¿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. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

21. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

22. ¿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 ()

23. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

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

24. ¿En qué institución de salud se atendió en estos 12 últimos meses?

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

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

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

26. ¿Qué tipo de seguro tiene Usted?

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

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

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

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

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

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

Si () No ()

Muchas gracias, por su colaboración



Anexo n° 2

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del cuestionario sobre determinantes de la salud en los adultos mayores de la Asociación de Trabajadores Azucareros Jubilados. Laredo – Trujillo, 2015 desarrollado por Ms. Vílchez Reyes Adriana, directora de la presente línea de Investigación.

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

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 con relación al constructo evaluado por dimensiones. Para efectos de este análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 10 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada uno de los expertos la “ficha de validación del cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores de la asociación de trabajadores jubilados Laredo Trujillo, 2015”.
3. Cada experto para cada ítem del cuestionario respondió a la siguiente pregunta:
¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
 - ✓ esencial?
 - ✓ útil pero no esencial?
 - ✓ no necesaria?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla 1)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 10 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1 (ver Tabla 2)

Tabla n° 1

V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud en adulto. A.H Nueva Esperanza, Nuevo Chimbote-2014.

N°	V de Aiken	N°	V de Aiken
1	1,000	18	1,000
2	1,000	19	1,000
3	1,000	20	0,950
4	1,000	21	0,950
5	1,000	22	1,000
6.1	1,000	23	1,000
6.2	1,000	24	1,000
6.3	1,000	25	1,000
6.4	1,000	26	1,000
6.5	1,000	27	1,000
6.6	1,000	28	1,000
7	1,000	29	1,000
8	1,000	30	1,000
9	1,000	31	1,000
10	1,000	32	1,000
11	1,000	33	1,000
12	1,000	34	1,000
13	1,000	35	1,000
14	1,000	36	1,000
15	1,000	37	1,000
16	1,000	38	1,000
17	1,000		
Coefficiente V de Aiken total			0,998

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

Tabla 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	Experto 10					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
21	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000

25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
35	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
38	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
Coficiente de validez del instrumento															0,998

Anexo n° 3

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° 4

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES.
ASOCIACIÓN DE TRABAJADORES AZUCAREROS JUBILADOS
LAREDO – TRUJILLO, 2015

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

P2									
Comentario:									
P3									
Comentario:									
P3.1									
Comentario:									
P3.2									
Comentario:									
P4									
Comentario:									
P5									
Comentario									
P6									
P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									
P6.4									

Comentario:									
P6.5									
Comentario:									
P6.6									
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							
Comentario:							
P18							
Comentario:							
P19							
Comentario:							
P20							
Comentario:							
P21							
Comentario:							

P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario:									
P25									
Comentario:									
P26									
Comentario									
P27									
Comentario:									
P28									
Comentario:									
6 DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIA									
P29									
Comentario									
P30									

Comentario:									
P31									
Comentario:									
P32									
Comentario:									
P33									
Comentario:									
P34									
Comentario:									
P35									
Comentario:									
P36									
Comentario:									
P37									
Comentario:									
P38									
Comentario:									

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

Gracias por su colaboración



ANEXO N° 05

UNIVERSIDAD CÁTOLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES.
ASOCIACIÓN DE TRABAJADORES AZUCAREROS JUBILADOS
LAREDO – TRUJILLO, 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.

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

FIRMA

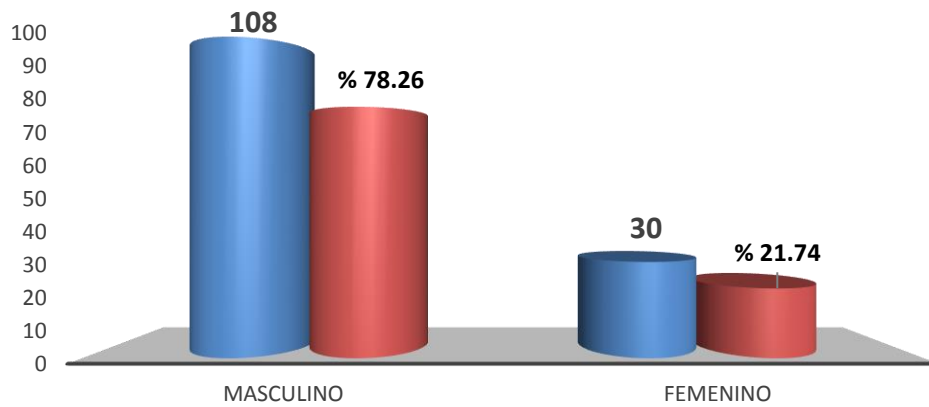
.....

Anexo N° 6

Determinantes del entorno biosocioeconómico

Gráfico N° 1

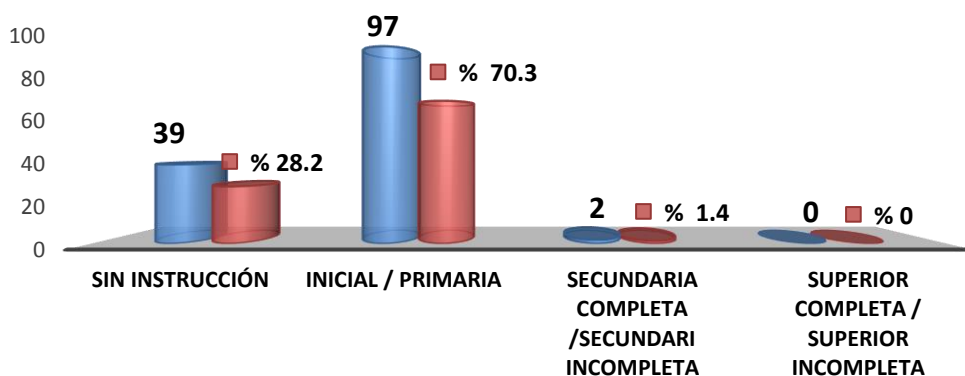
**Sexo en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados
Laredo - Trujillo, 2015**



Fuente: Ídem Tabla N° 1

Gráfico N° 2

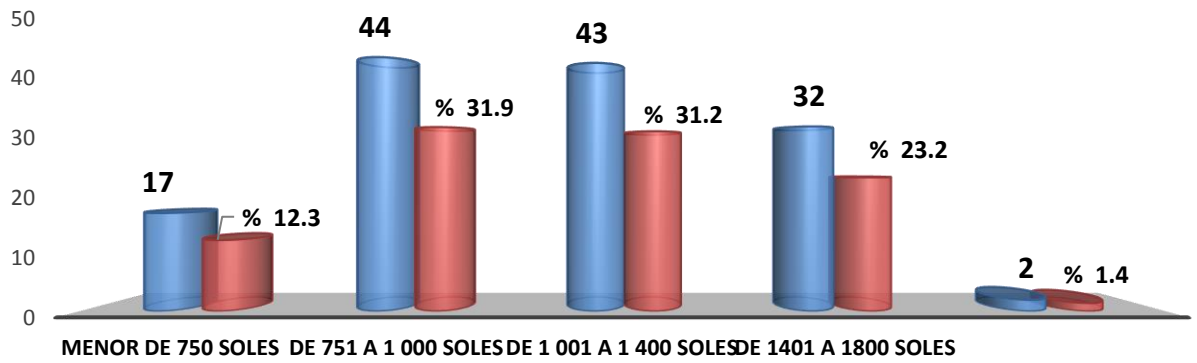
**Grado de instrucción en adultos mayores. Asociación de trabajadores
azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015**



Fuente: Ídem Tabla N° 1

Gráfico N° 3

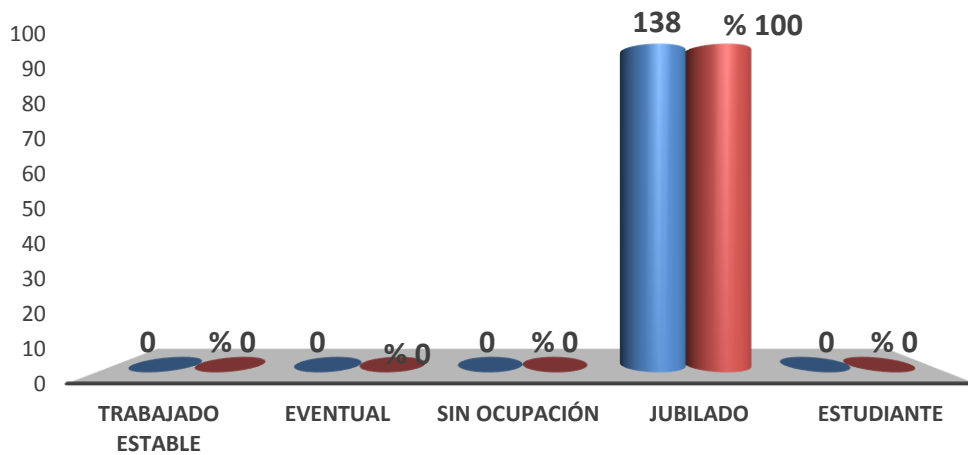
Ingreso económico familiar en nuevos soles en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 1

Gráfico N° 4

Ocupación del jefe de familia en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015

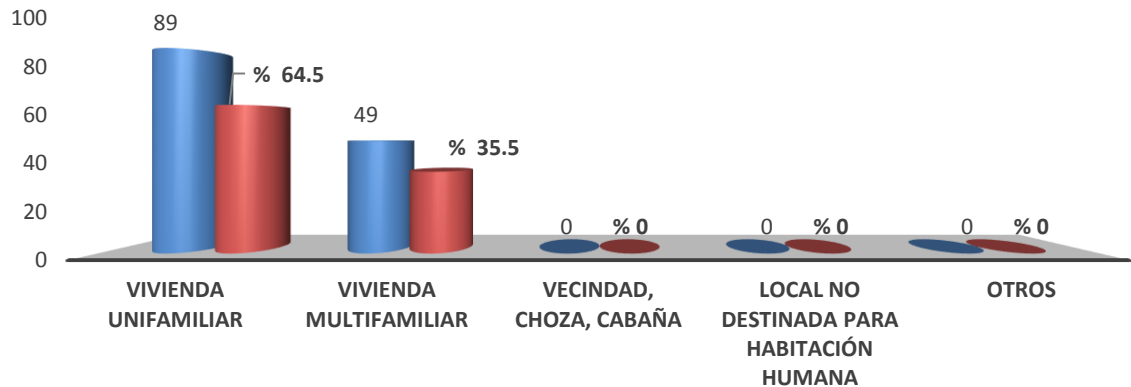


Fuente: Ídem Tabla N° 1

Determinantes del entorno físico en adultos mayores.

Gráfico N° 5.1

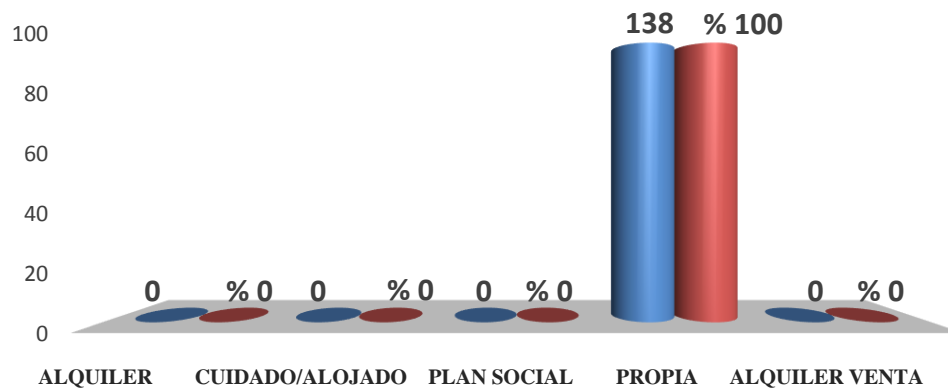
Tipo de vivienda de los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 5.2

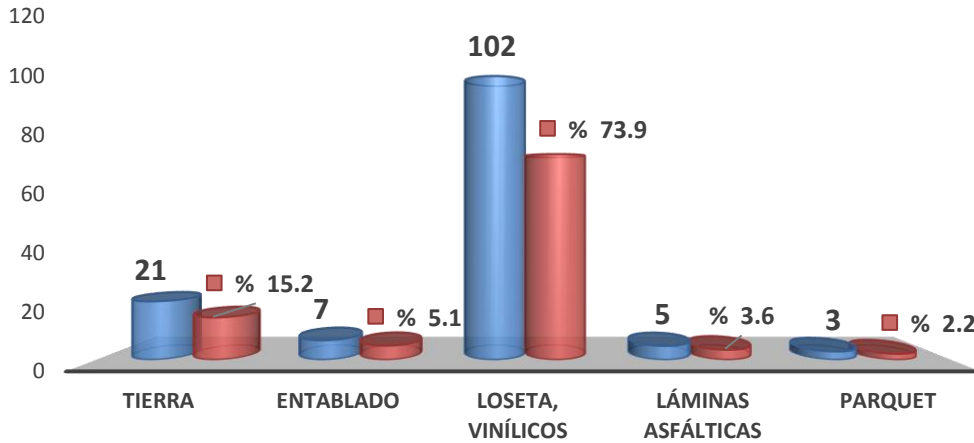
Tenencia de vivienda en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 5.3

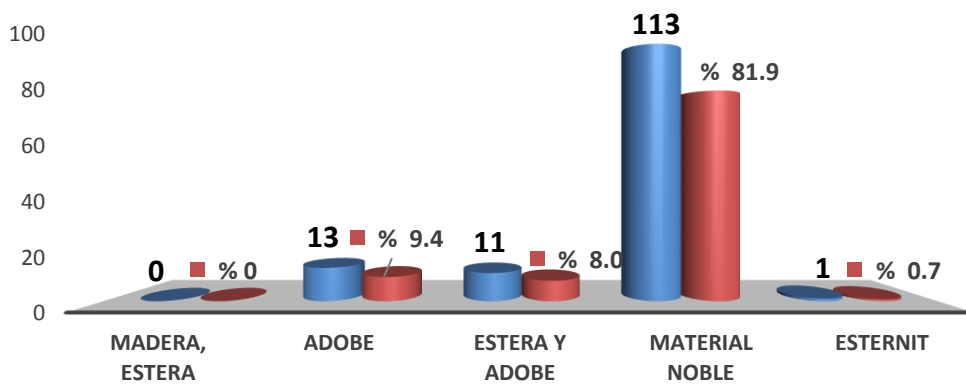
Material del piso de la vivienda en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 5.4

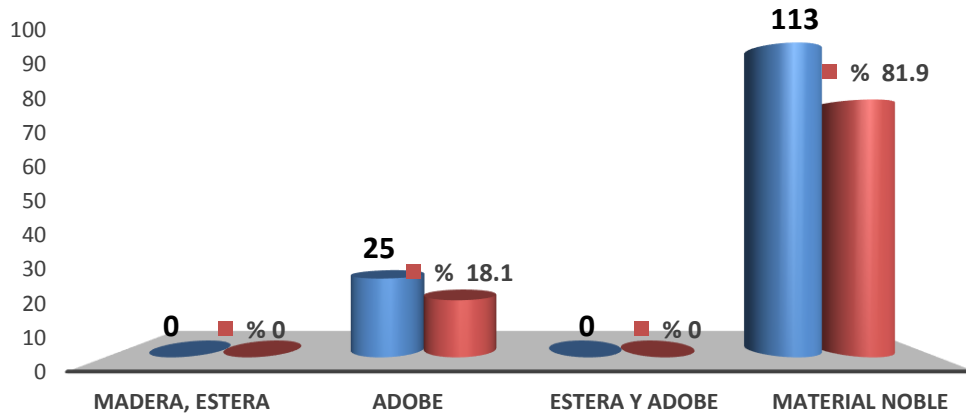
Material del techo de vivienda en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 5.5

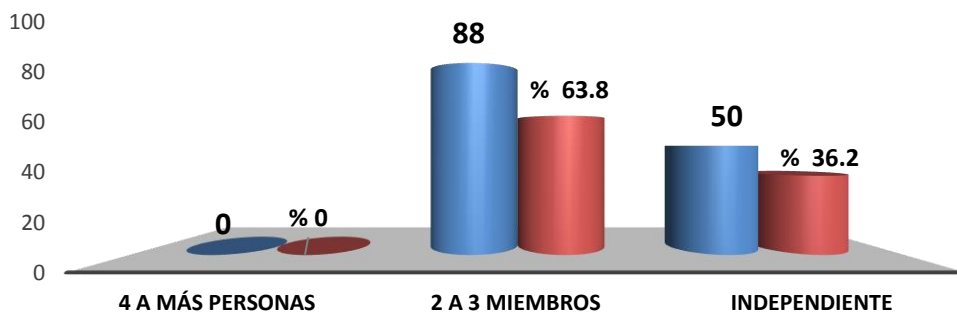
Material de las paredes de vivienda en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 5.6

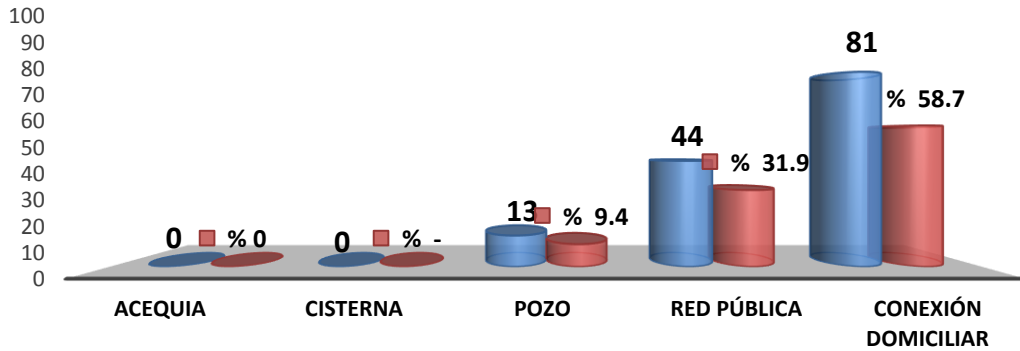
Números de personas que duermen en una habitación; Adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 6

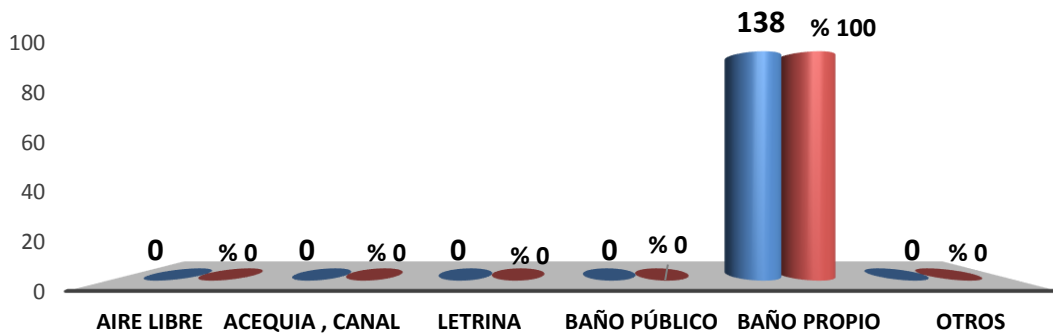
Abastecimiento de agua en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 7

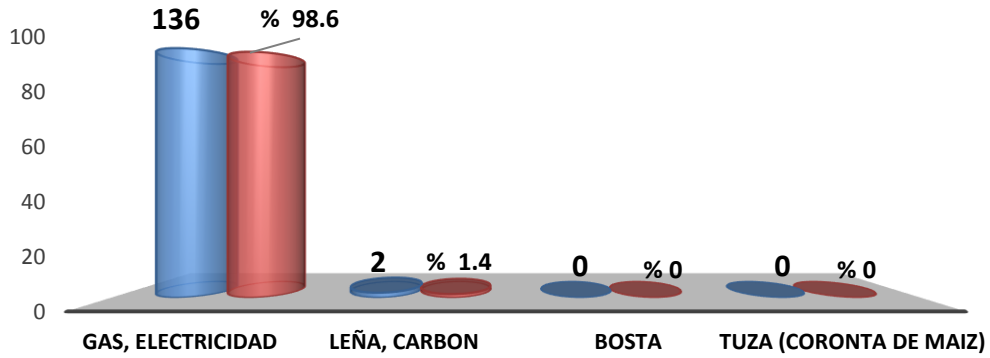
Eliminación de excretas de los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 8

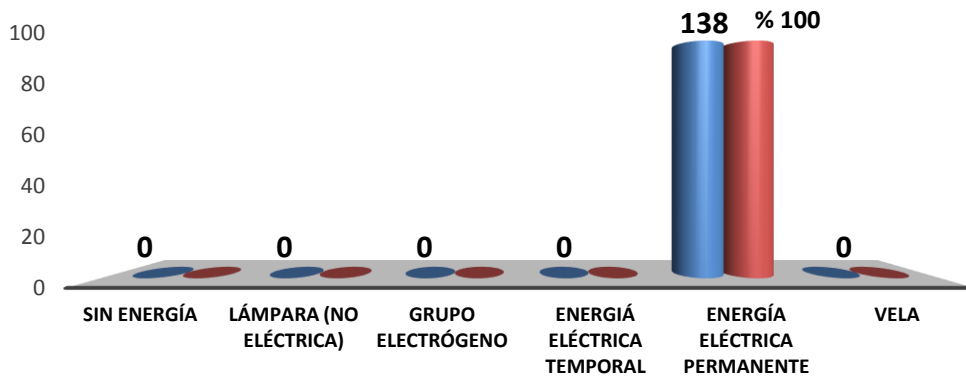
Combustible que cocinan los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 9

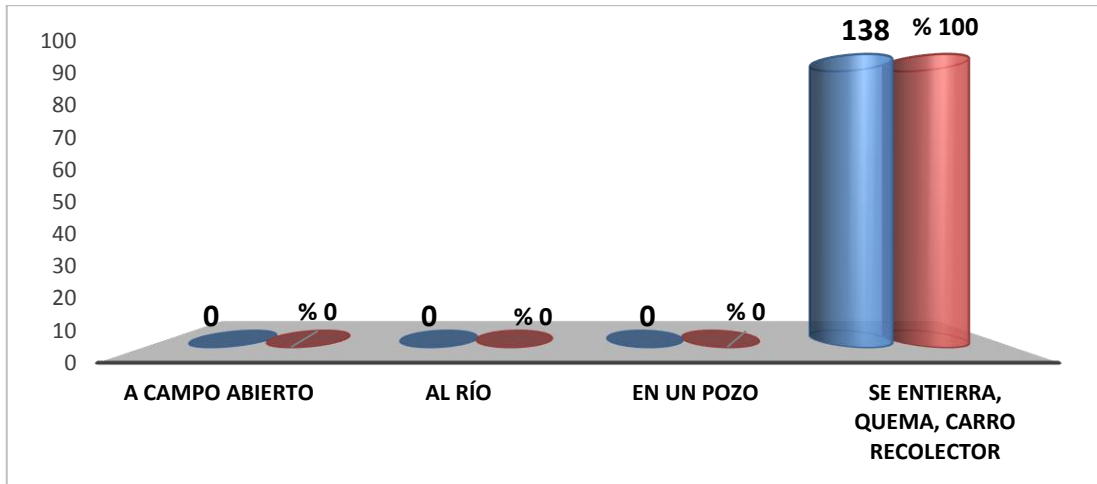
Energía eléctrica que usan los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 10

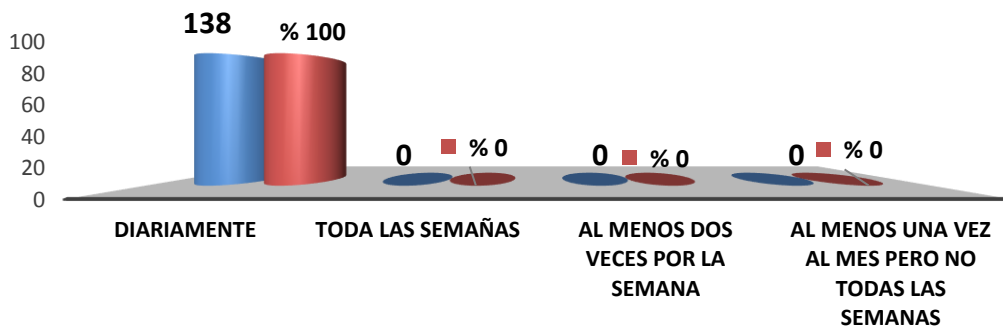
Disposición de basura que realizan los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 11

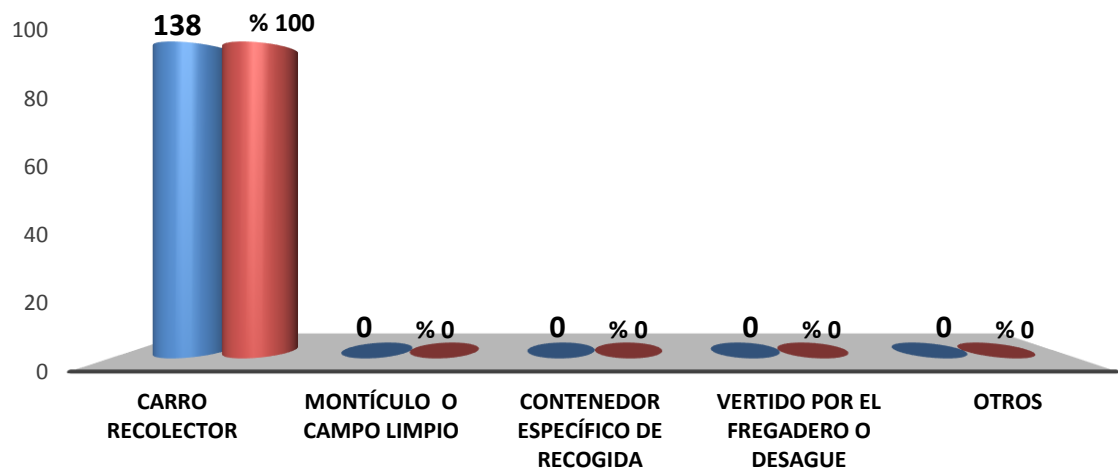
Frecuencia que pasa el carro recogiendo la basura por su casa de los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 12

Eliminación de la basura de los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015

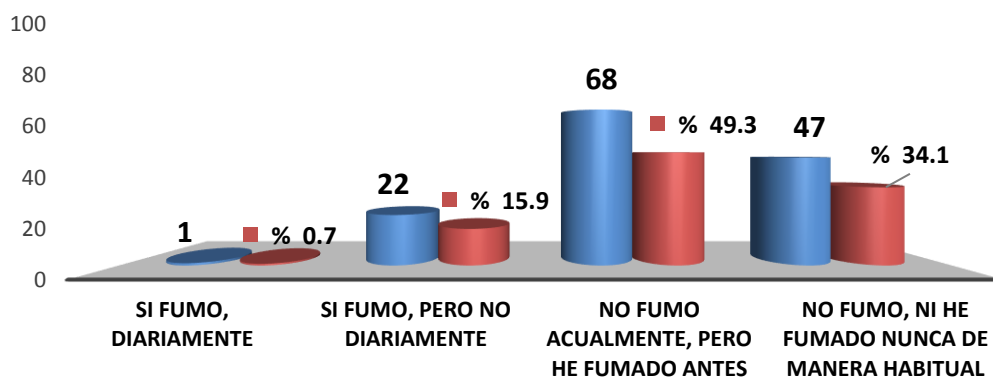


Fuente: Ídem Tabla N° 2

Determinantes de los estilos de vida

Gráfico N° 13

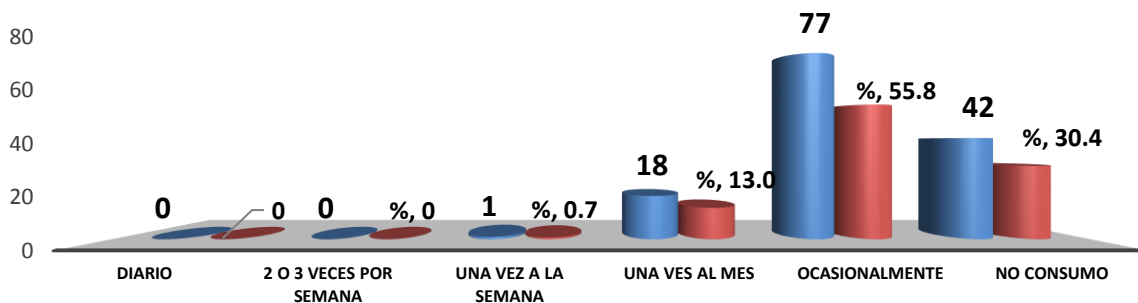
Consumo actual de cigarrillos en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 3

Gráfico N° 14

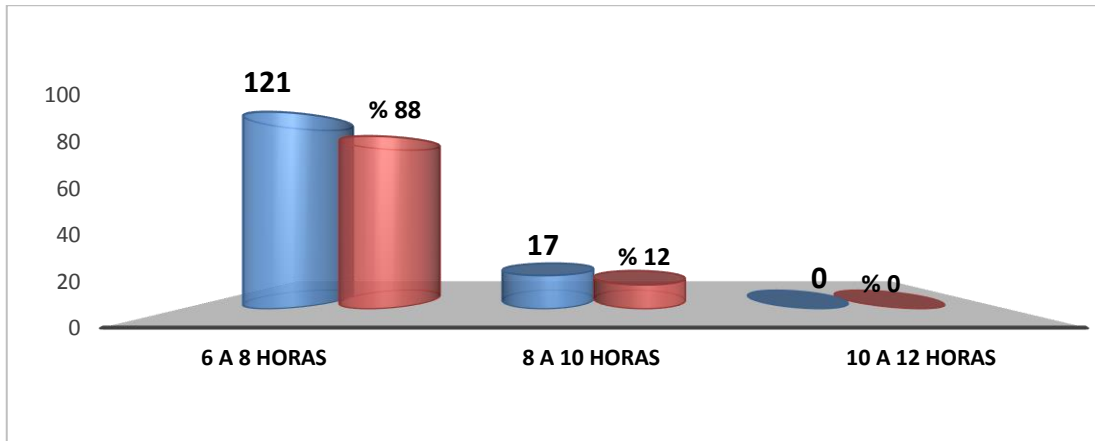
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 3

Gráfico N° 15

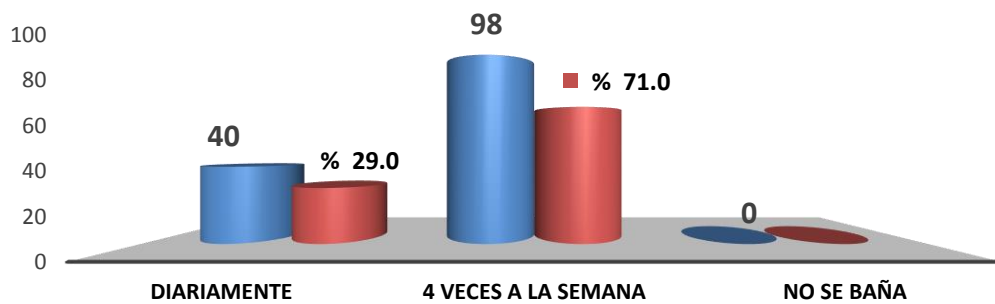
Número de horas que duermen los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 3

Gráfico N° 16

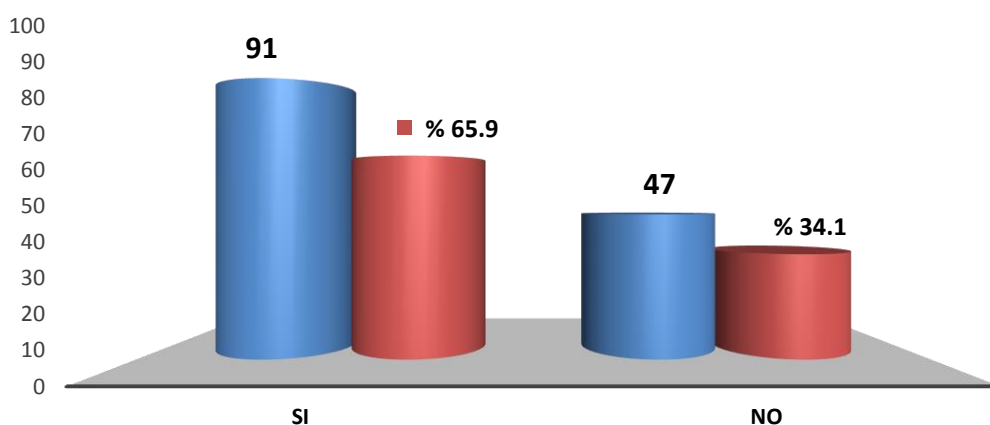
Frecuencia que se bañan los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 3

Gráfico N° 17

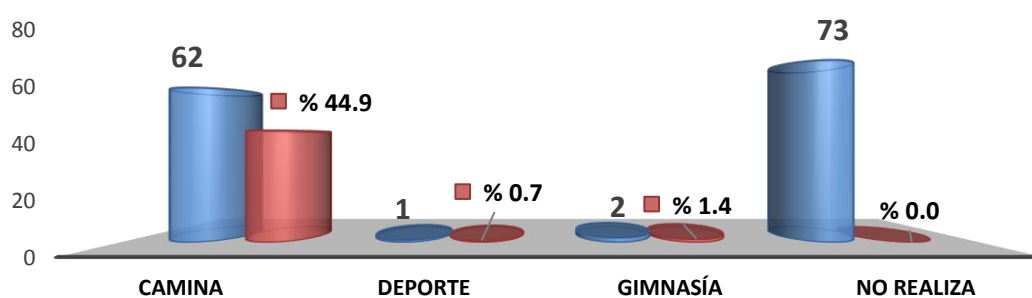
Realización de algún examen médico periódico en un establecimiento de salud de los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 3

Gráfico N° 18

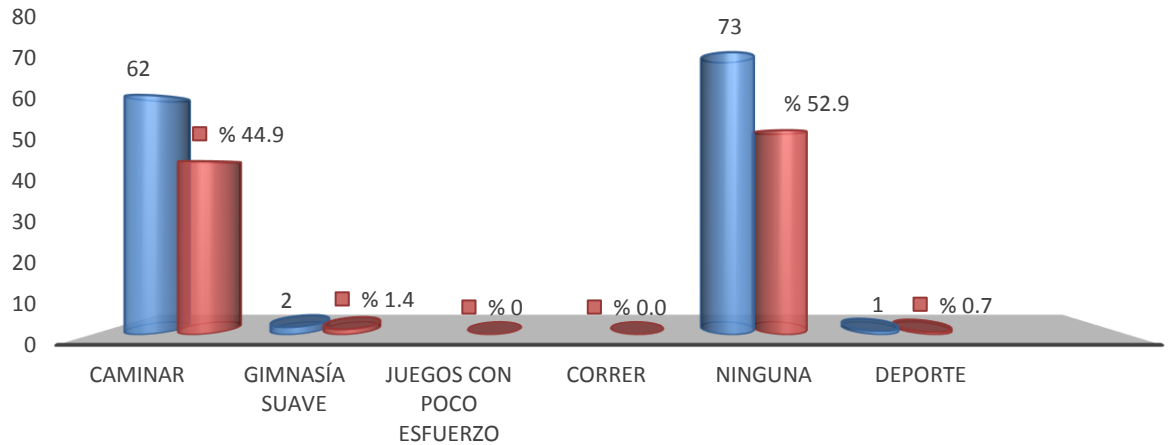
Alguna actividad física que realizaban en su tiempo libre los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 03

Gráfico N° 19

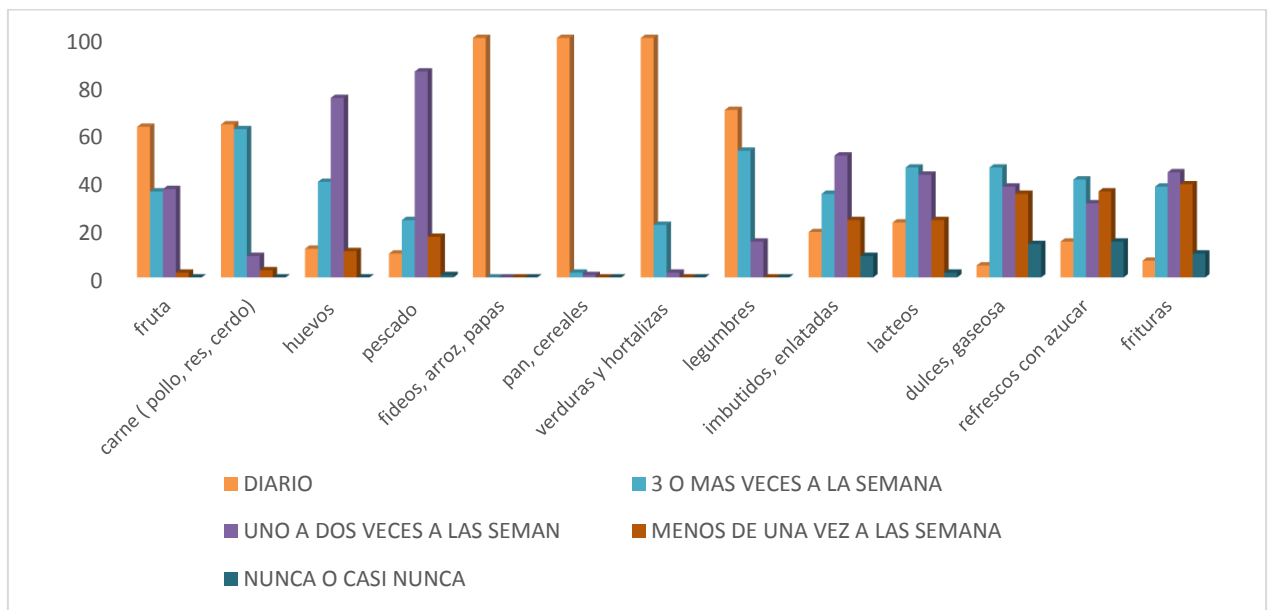
Actividad física que realizaron en las últimas dos semanas los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 3

Gráfico N° 20

Frecuencia que consumen alimentos los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015

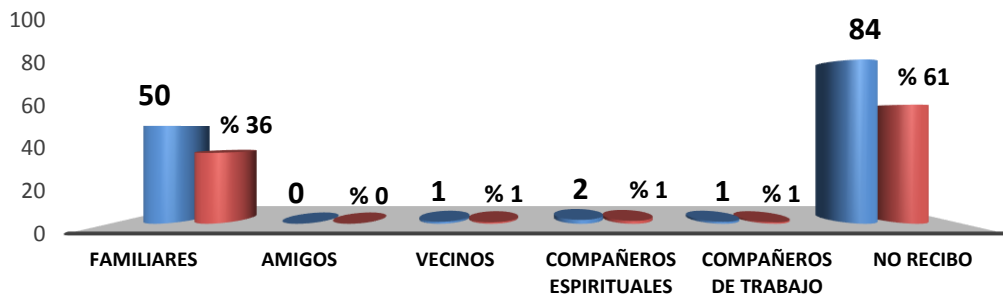


Fuente: Ídem Tabla N° 3

Determinantes de las redes sociales y comunitarias

Gráfico N° 21

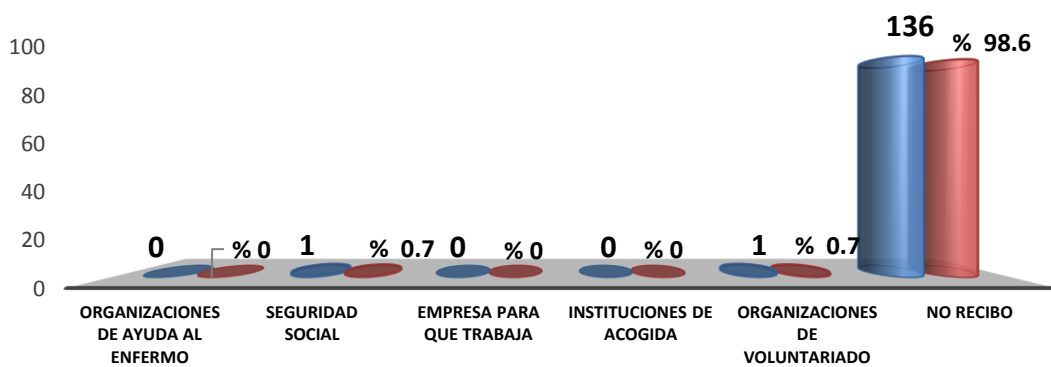
Apoyo social natural que reciben los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 4

Gráfico N° 22

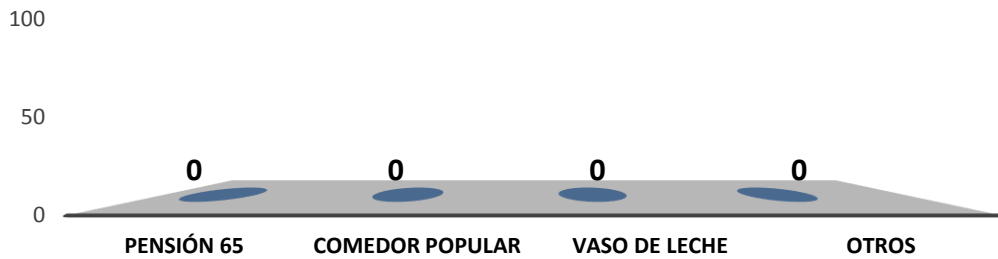
Apoyo social organizado que reciben los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 4

Gráfico N° 23

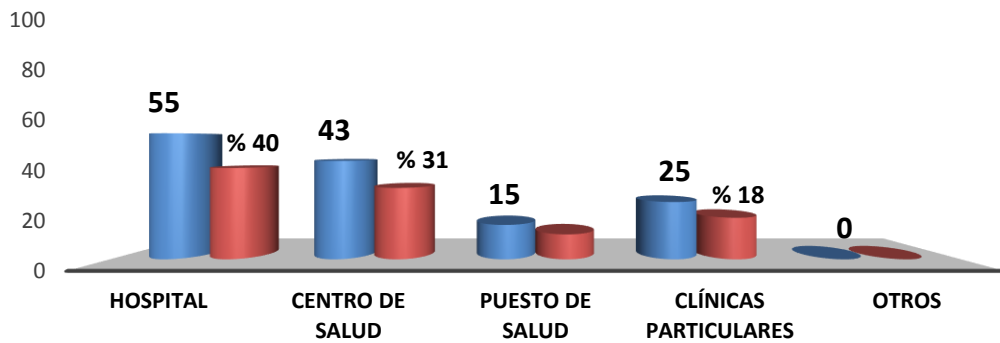
Apoyo de algunas organizaciones que reciben los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 04

Gráfico N° 24

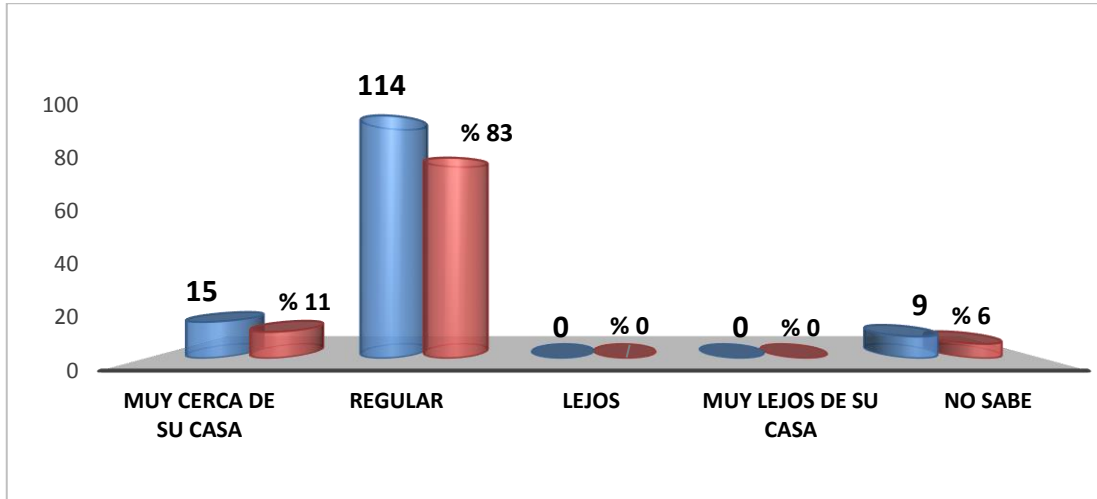
Institución de salud donde se atendieron los últimos meses los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



FUENTE: Ídem Tabla N° 04

Gráfico N° 25

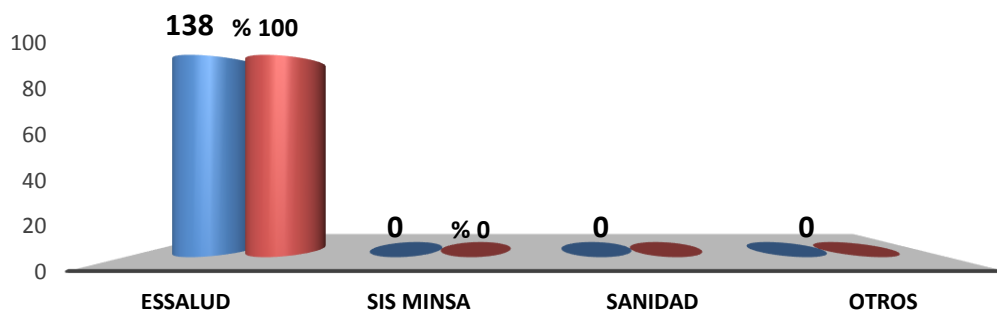
Distancia del lugar que se atendieron los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 4

Gráfico N° 26

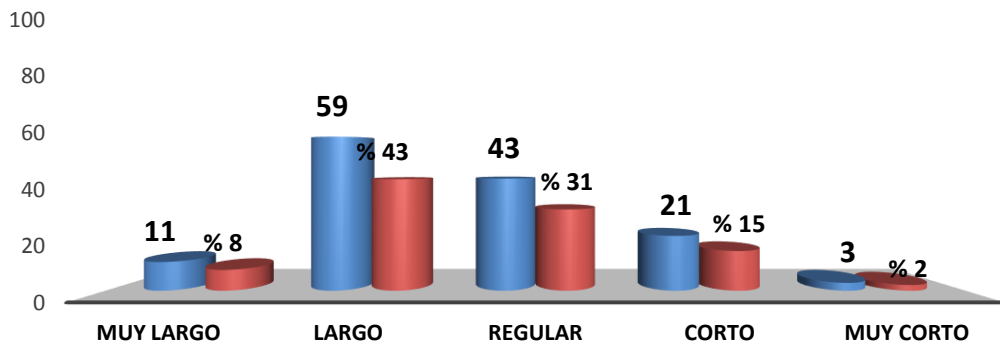
Tipo de seguro de los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 4

Gráfico N° 27

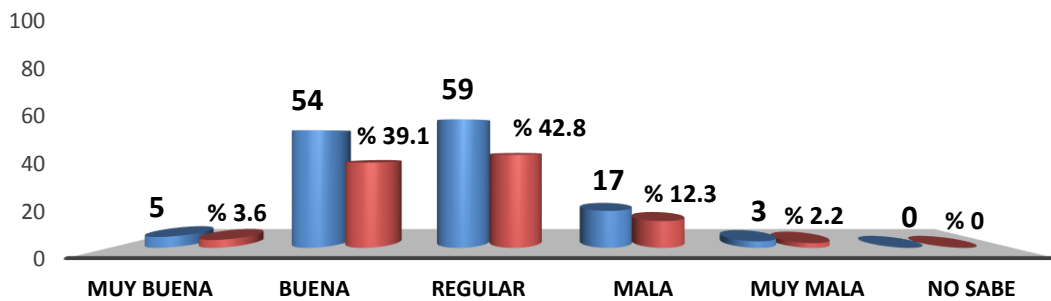
Tiempo que esperó para ser atendido en el establecimiento de salud los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 4

Gráfico N° 28

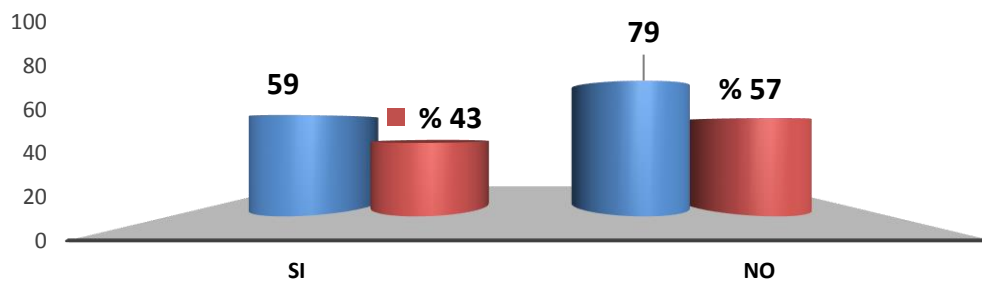
Calidad de atención que recibieron los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 4

Gráfico N° 29

Existencia de pandillaje cerca de su casa de los adultos mayores. Asociación de trabajadores azucareros jubilados Laredo - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 04