



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO
MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO
PARAISO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.**

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

AUTORA:

Nancy Juana Lecca Ponce

ASESORA

Dra .Enf: María Adriana Vílchez Reyes

CHIMBOTE-PERU

2017

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgr. Julia Cantalicia Avelino Quiroz

PRESIDENTA

Mgr. Leda María Guillén Salazar

SECRETARÍA

Dra. Enf. Sonia Avelino Girón Luciano

MIEMBRO

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por haberme dado la vida, por darme fuerzas para salir adelante y cumplir mis metas planteadas que uno siempre anhela para el futuro.

A Mis Padres:

Rosa y Vicente Por tener la confianza necesaria y apoyarme, tenerme paciencia en este logro que es muy importante para mi vida.

A mi Asesora:

Dra. Adriana Vílchez, porque en cada clase aprendemos cosas nuevas y valiosas, gracias a sus conocimientos supo guiarme y ayudarme a mejorar mi informe de investigación.

DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad de vivir y llenarme de fortaleza espiritual en los momentos más difíciles, por guiarme por un buen camino y no dejarme caer.

A mi madrecita hermosa Rosa, por estar allí siempre con migo cuando más lo necesito, quien con cariño y sacrificios supo guiarme por un buen camino, por tenerme tanta confianza y llenarme de valor para seguir luchando por mis sueños.

A mis hermanos Jean Carlos, Sonia, Luzmila y Patricia por haberme dado todo su apoyo en cada memento a pesar de la distancia siempre estuvieron en las buenas y en las malas y nunca me dejaron rendirme siempre me dieron fuerzas para salir para poder lograr mis objetivos de ser una gran profesional

RESUMEN

El presente informe de investigación tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo general describir los determinantes de la salud en el adulto mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso – Nuevo Chimbote, 2015. La muestra estuvo constituida por 215 adultos mayores a quienes se les aplicó un instrumento: Cuestionario sobre los determinantes de salud, utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en el software PASW Statistics versión 18.0. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos, obteniéndose los siguientes resultados: En los determinantes biosocioeconómicos menos de la mitad de los adultos mayores que no tienen grado de instrucción ; la mayoría de adultos mayores son de sexo masculino, en cuanto a la ocupación menos de la mitad tienen trabajo estable; casi la totalidad tienen un ingreso económico menor de 750 soles; la totalidad no tiene abastecimiento de agua por conexión domiciliaria y pasan recogiendo la basura por su casa al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas. En los determinantes de los estilos de vida la mayoría consume a diario pan, cereales; menos de la mitad no han consumido bebidas alcohólicas con frecuencia; más de la mitad caminan en su tiempo libre. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias, casi la totalidad no reciben ningún apoyo social organizado, reciben apoyo social natural de la familia; la mayoría refieren que existe pandillaje; la mayoría tiene el seguro del SIS del Minsa.

Palabras clave: adulto, determinante y salud.

SUMMARY

This report quantitative, descriptive research design one box. General objective is to describe the determinants of health in the elderly Human Settlement New Paradise - Nuevo Chimbote, 2015. The sample consisted of 215 older adults who were applied an instrument: Questionnaire on the determinants of health, using the interview technique and observation. Data were processed in SPSS version 18.0 software. For analysis of data distribution tables absolute and relative percentage frequencies were constructed. And their respective statistical graphs, with the following results: In determining biosocioeconómicos less than half of seniors who have no degree of instruction; Most older adults are male, in terms of occupancy less than half have a stable job; almost all have a lower income of 750 soles; not all water supply for household connections and spend picking up trash on your house at least 1 time a month but not every week. The determinants of lifestyles most consumed daily bread, cereals; less than half have not consumed alcohol frequently; more than half walk in his spare time. The determinants of social and community networks, almost all receive no organized social support, receive natural social support from family; most concern that there pandillaje; most have insurance MoH SIS.

Keywords: adult , determinant and health.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1 Antecedentes.....	10
2.2 Bases Teóricas y conceptuales de la investigación.....	13
III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y diseño de la Investigación.....	22
3.2 Universo Muestral.....	22
3.3 Definición y Operacionalización de las variables.....	23
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	32
3.5 Plan de análisis.....	35
3.6 Principios éticos.....	35
IV. RESULTADOS	
4.1 Resultados.....	37
4.2 Análisis de resultados.....	46
V. CONCLUSIONES	
5.1 Conclusiones.....	73
5.2 Recomendaciones.....	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	91

ÍNDICE DE TABLAS

Pg.

TABLA 1	37
DETERMINANTES DE LA SALUD SOCIOECONÓMICOS EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO-NUEVO CHIMBOTE, 2015.	
TABLA 2	38
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO-NUEVO CHIMBOTE, 2015.	
TABLA 3	41
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO-NUEVO CHIMBOTE, 2015.	
TABLA 4, 5, 6	43
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO-NUEVO CHIMBOTE, 2015	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

GRÁFICO 1	91
DETERMINANTES DE LA SALUD SOCIOECONÓMICOS EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO-NUEVO CHIMBOTE, 2015.	
GRÁFICO 2	93
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO-NUEVO CHIMBOTE, 2015.	
GRÁFICO 3	99
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO-NUEVO CHIMBOTE, 2015.	
GRÁFICO 4, 5, 6	103
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO-NUEVO CHIMBOTE, 2015.	

I. INTRODUCCIÓN

La salud en el Siglo XXI cobra una importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está tomando una dimensión muy especial en cuanto a seguridad respecta. Como tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud de la población está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales y sociales que aborda una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente (1).

En la conferencia de Alma Ata en 1976 la OMS definió la salud como el perfecto estado físico, mental y social y la importancia primaria en salud, y la posibilidad para cualquier persona para aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual. Por lo que, en definitiva la salud es algo más que la simple ausencia de enfermedad, es un equilibrio armónico entre la dimensión física, mental y social; y está determinada por diversos factores, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud (2).

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, que es un completo bienestar físico, mental y social y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico (2).

Cuando hablamos de nivel de salud de una población, en realidad se está hablando de distintos factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones y la mitad de los factores que influyen sobre cuán saludable es una población tienen que ver con factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los factores ambientales un 10% y los asociados a atención de salud en un 25%. Por lo tanto, la mitad de los efectos en salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud (3).

El concepto de determinantes surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. De manera que los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (4).

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla”. De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (5).

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, Estableció los factores de determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado

óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (5).

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

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

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, está determinada mayormente por factores económicos de una baja calidad de vida, falta de comida, ropa malas condiciones de vivienda y otros sistemas, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (7).

Equidad en salud significa que las personas puedan desarrollar su máximo potencial en salud independiente de su posición social, es un valor ligado de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente.” (8).

Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, es el significado de injustas

e evitables entre diferentes grupos de población, porque algunas diferencias, por ejemplo las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres, no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles (8).

En definitiva, los determinantes de la salud han surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX teniendo como máximo exponente el modelo de Lalonde, a partir del cual se han ido desarrollando e incluyendo conjuntos de factores o categorías que han hecho evolucionar los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales. Explica como los recursos son invertidos en salud, servicios médicos, en tanto son los estilos de vida. Este desarrollo de los determinantes de salud es paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (9).

Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, en este periodo se caracterizó por la proliferación de programas verticales y campañas para tratar las enfermedades específicas como la malaria, la viruela y la tuberculosis, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud (10).

El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, sino que supone necesariamente un imperativo ético-político. Las desigualdades en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o

ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas. Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tales inequidades, carecen de justificación. En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado (11).

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

Los adultos mayores del A. H Nuevo paraíso se enfrentan a situaciones que ponen en riesgo la salud, debido a los bajos ingresos económicos por falta de trabajo estable, ya que solo el 38,6% tiene trabajo estable y los demás no, los adultos mayores no tienen estudios culminados, por la cual sus ingresos son menores de 750 soles mensuales. Es una condición de inquietud que imposibilita a las persona del acceso a las oportunidades que le ofrecen la sociedad .Es al mismo tiempo una expresión educativa de la pobreza. El adulto mayor pone en riesgo la salud física, mental y social en la que cada día se enfrenta a situaciones críticas como vivir inestables por la falta de agua que no tienen instalación en casa , el agua solo se compra a los carros cisternas, que no es totalmente limpia y no tienen luz propia , solo es provisional . en cuanto a

su alimentación no es adecuada por lo que consumen mayormente comida chatarra que no es nutritiva para su edad que ellos ya tienen, porque la comida chatarra es barata y rápida de preparar, sobre todo no tienen conocimiento de la alimentación saludable que ellos deben de tener. También están expuestos a contraer las enfermedades que debido a la acumulación de basura en el ambiente donde viven, ya que el carro recolector de la basura solo pasa una vez al mes no casi todas las semanas y la basura es botada en aire libre contaminando el medio ambiente (11).

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

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

En México hay algo más de 1970 personas en la población de adulto mayores es de 8.2 millones. Como consecuencia de este rápido crecimiento, la participación de los adultos mayores en el total de habitantes del país ha aumentado de 5,5 % hay más

hombres (51,29 %) que mujeres (48,71 %) , En la población total de adultos mayores que no han tenido ningún nivel de instrucción, el más alto porcentaje es en las mujeres (18,3%) que los hombres (9,2%), es decir el adulto mayor hombre se educa más que la adulta mayor mujer ,el 40,3% tiene un ingreso 751 a 1000 nuevos soles , las personas adultas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar su estilo de vida (13).

No escapa a esta realidad el adulto mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso – Nuevo Chimbote que se fundó el 2 de agosto del 2011, al inicio solo se formó con tan solo 12 manzanas con 30 lotes y al transcurrir el tiempo hoy en la actualidad hay 21 manzanas con 630 lotes , 1890 habitantes, en la cual casi todas estas personas tiene constancia de posición entregada por la municipalidad distrital del santa , el material de las viviendas mayormente son de material rustico , y otros de material noble , esteras , en los servicios básicos cuentan solo con luz provisional , agua de cisterna , y está en proceso de termino de enripiado de las pistas , en el ámbito de recreación , constan con un parque , dos áreas deportivas , cuentan con afiliación del puesto de salud Nicolás Garatea , los requerimientos básicos como la luz se instalaron a partir del año 2013 hasta este año 2016. (13).

Se ubica a pocos metros del Puesto de salud Nicolás Garatea. Este sector limita por el norte con el A.H. Costa Blanca, por el sur con el A.H. Luis Arroyo, por el este con el A.H. Los Palmares y por el oeste con el A.H. Los Portales.

Las casas son de material rustico, prefabricadas, no cuentan con servicios básicos agua, desagüe, luz , solo cuentan con un carro cisterna que se vende el agua , no hay pistas ni veredas , el 25 de abril recién empezaron a enripiar , no cuenta con carros de

basura en la zona hay mucha contaminación . Cuenta con las siguientes autoridades secretario general, subsecretario general, secretario de actas y archivos, tesorera, vocal.

Esta comunidad, presenta luz provisional, agua de cisterna, el carro recolector de basura pasa al menos dos veces por semana, además existen dos lozas deportiva. Su estado climático es cálido con un ambiente saludable por su aire no contaminado. El Puesto de Salud Nicolás Garatea les brinda atención de salud, la mayoría se encuentran afiliadas por el Seguro Integral de Salud (SIS). Otros aun no gozan de ningún tipo de seguro (13).

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en el adulto mayor del Asentamiento Humano – Nuevo Chimbote, 2015?

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

Describir los determinantes de la salud en el adulto mayor del Asentamiento Humano – Nuevo Chimbote, 2015

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

Identificar los determinantes del entorno socioeconómico y ambientales en el adulto mayor: (Grado de instrucción, ingreso económico, condición de trabajo), entorno físico; (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).

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

Identificar los determinantes de redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios

de salud para el adulto mayor y su impacto en la salud, autopercepción del estado de salud en el adulto mayor.

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

El presente estudio permite investigar más a los estudiantes de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote sobre los temas de salud y su aplicación en políticas para poder mejorar estos determinantes, es el 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 en el adulto mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso, 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 el puesto de salud Nicolás Garatea porque las conclusiones y recomendaciones contribuyen a elevar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud principalmente en la etapa de vida adulta mayor y reducir los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales,

permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

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

II REVISIÓN DE LITERATURA:

2.1. Antecedentes de la investigación:

2.1.1 Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

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

Tovar L y García G (15), En su investigación titulada “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”, concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.

Garay A (16), En su investigación titulada “determinantes de la salud en las Persona Adulta del centro Poblado Menor los Palos. Tacna ,2013” tenemos: más de la mitad tienen secundaria completa, trabajo estable y una cifra considerable tiene ingreso económico de 1401-1800, ocupación eventual. En los determinantes de vivienda de los adultos: La mayoría tiene vivienda propia, paredes de material noble, conexión de agua domiciliaria, baño propio y la totalidad cocina a gas, energía eléctrica, más de la mitad tiene piso de cemento, habitación independiente, botan la basura todas las semanas pero no diariamente. Según el determinante de estilos de vida: más de la mitad consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, no realizan actividad física, menos de la mitad no fuman y un porcentaje significativo consume, gaseosas, frituras 3 o más veces por semana.

A nivel Nacional:

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

cuidar su salud (65%). Concluyendo que la quinta parte de la población tiene limitado acceso a vida larga y saludable, ya que tuvieron bajo peso al nacer, padres prefieren que hijos trabajen en las vaquerías, repitiendo el año escolar, limitando sus competencias para acceder a un trabajo bien remunerado y a servicios de salud.

García B (18), En su investigación titulada El bienestar de los adultos mayores en diferentes continentes 2012, tiene dos objetivos principales: el primero es medir el bienestar del adulto mayor con una visión más amplia, en el sentido de incluir tanto indicadores objetivos como subjetivos; y el segundo objetivo es demostrar que este bienestar depende tanto de los recursos, como de los factores de conversión con los que cuenta el adulto mayor, los cuales pueden potenciar o acentuar el logro de funcionamientos. Para ello, se elabora una medida resumen multidimensional del bienestar con la técnica de componentes principales categóricas. Así también, se analizan las probabilidades de tener cierto nivel de bienestar a partir de ciertos factores característicos del adulto mayor, lo cual se efectúa con la metodología del modelo probabilístico probit ordenado.

A nivel local:

Melgarejo E y col (19), 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.

Soto G (20) en su investigación titulada: “Determinantes biosocioeconomicos en el adulto mayor 2011”, la mayoría de los adultos mayores tienen primaria incompleta, perciben un ingreso económico de 1 a 500 soles, además son jubilados y están desempleados. En relación a los determinantes de la salud relacionados a la vivienda la gran mayoría tiene casa propia. La mayoría tiene piso de cemento, el material de su techo es de esteras, el material de sus paredes es de ladrillo, el número de dormitorios es de 3. En cuanto al abastecimiento de agua y eliminación de excretas la gran mayoría tiene red pública dentro de sus viviendas. La mayoría utilizan gas para cocinar, cuentan con alumbrado eléctrico en su vivienda, asimismo separan la basura, el carro recolector de basura pasa diariamente a menos 5 días a la semana y eliminan su basura en el carro recolector.

2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación

La presente investigación se fundamentó en las bases conceptuales de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead, presenta a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (21).

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 (22).



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 (22).

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se

ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales.

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

De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (22).



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

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los

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

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

a) Determinantes estructurales

Según el modelo, los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, se entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubican también las relaciones de género y de etnia. Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios (23).

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 (23).

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.

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 (23).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan un gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (23).

Mi salud: Este ámbito se refiere al nivel individual y a los estilos de vida asociados

a la salud de las personas, incluyendo el entorno social inmediato de socialización, así como aquellas condiciones que hace posible adoptar un compromiso activo y responsable con la propia salud.

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

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

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

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

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

Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (24).

Adulto mayor son aquellas personas que superan los 70 años de edad. y como producto de ello se empiezan a presentar diferentes cambios biológicos que manifiestan el envejecimiento en nuestro cuerpo se presentan daños a nivel celular y molecular porque al envejecer las células son menos capaces de reparar o reemplazar componentes dañados obteniendo como resultado la muerte de las células y al hacerlo van generando diversos cambios que se manifiestan en los sistemas cardiovascular, respiratorio, metabólico y motriz. Adultos mayores son propensos a tener problemas en la audición cambios gastrointestinales, metabólicos, en el sistema cardiovascular, sistema renal, musculo-esqueléticos, sistema nervios, sistema respiratorio (25).

Enfermería es una profesión que tiene como rol asumir el cuidado del ser humano en sus diferentes etapas de vida en cuanto al adulto mayor , como también la promoción y prevención en la salud , atreves de sus programas preventivos promocionales , orientan mediante charlas , visitas domiciliarias , atienden directamente al paciente , en enfermedades crónicas , hacen de rol comunitario , promueve los estilos de vida saludables en los Asentamientos Humanos o comunidades , de esta manera se muestra la perspectiva en el cuidado integral del adulto mayor , ayuda a la satisfacción de sus necesidades , escuchar sus dolencias directamente , dar le un abrazo terapéutica hacerles sentir seguros (26).

Los factores de riesgo que afectan al adulto mayor ya sea de manera social, emocional, física o psicológica son: Vivir en regiones deprimidas económica, social y geográficamente aisladas, no contar con el acompañamiento de una persona para su cuidado y tener hipertensión arterial, variables que se deben tener en cuenta en la prestación de los servicios de salud y en la asignación de recursos para la protección

de un grupo poblacional que necesita que se rompa la cadena de la inequidad y la desigualdad social. Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad (27).

III.METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Cuantitativo: Es el procedimiento de decisión que pretende señalar, entre ciertas alternativas, usando magnitudes numéricas que pueden ser tratadas mediante herramientas del campo de la estadística (28).

Por eso la investigación cuantitativa se produce por la causa y efecto de las cosas, lo que quiere decir es que se obtienen datos en forma numérica que pueden ser estudiados luego para tener respuestas basadas en estadística. Para poder conseguir este tipo de datos es necesario que todos los elementos de la investigación y del problema pueden ser definidos con claridad, es decir, cuando se usan permiten que se puedan ver resultados reales porque se respalda la hipótesis y todo lo que se plantea. En el momento en que se tienen estadísticas al respecto, se vuelven realidad y dejan de ser meras teorías. se sepa fácilmente dónde comienza el problema, hacia dónde va y cuál es su conclusión. (29)

Descriptivo: Se refiere a la etapa preparatoria del trabajo científico que permita ordenar el resultado de las observaciones de las conductas, las características, los factores, los procedimientos y otras variables de fenómenos y hechos. Este tipo de investigación tiene hipótesis exacta, ya que se fundamenta en una serie de análisis y pruebas para llevar a cabo la valoración de la física (30).

3.2. Diseño de la investigación

Diseño de una sola casilla: Se utiliza con el objetivo de obtener un informe de lo que existe en el momento del estudio, también para resolver problemas de identificación, proposiciones de posibles relaciones de dos o más variables (causal, correlacional o descriptiva) (31).

3.2. Universo Muestral

El universo muestral estuvo constituido por 215 adultos mayores del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso.

3.2.1. Unidad de análisis

Cada adulto mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso, que formo parte del universo muestral y respondió a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adulto mayor que vivieron más de 3 a años en el Asentamiento Humano Nuevo Paraíso.
- Adulto mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso, que aceptaron participar en el estudio.
- Adulto mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso que tuvieron disponibilidad de participar en el cuestionario como informantes sin importar condición socioeconómica y nivel de escolarización.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO SOCIOECONOMICO

Sexo

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 (32)

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin nivel instrucción
- Inicial/Primaria
- Secundaria incompleta / Secundaria completa
- Superior universitaria
- Superior no universitaria

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (33).

Definición Operacional

Escala de razón

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

- De 1801 a más

Ocupación

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (34).

Definición Operacional

Escala Nominal

- Trabajador estable
- Eventual
- Sin ocupación
- Jubilad
- Estudiante

Vivienda

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (35).

Definición operacional

Escala nominal

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

Tenencia

- Alquiler

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

Material del piso:

- Tierra
- Entabla
- 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 miembro
- Individual

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

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

Energía Eléctrica

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

Disposición de basura

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

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

Eliminación de basura

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (36).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

- Si fumo diariamente
- Si fumo, pero no diariamente

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

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

Número de horas que duermen

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

Frecuencia en que se bañan

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

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

- Caminar () Deporte () Gimnasia () otros ()

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 () otros ()

Alimentación

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (37).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: **Frecuencia de consumo de alimentos**

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

III.DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad. (38).

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala ordinal

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

Apoyo social organizado

Escala ordinal

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

Apoyo de organizaciones del estado

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

Acceso a los servicios de salud

Definición Conceptual

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (39).

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

Escala nominal

Institución de salud atendida:

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

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

- Muy largo
- Largo
- Regular
- Corto
- Muy corto

- No sabe

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

- Si () No ()

3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

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

Instrumento No 01

El instrumento se elaboró en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en las personas del Perú. Elaborado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 29 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera

(ANEXO 01)

- Datos de identificación, donde se obtuvo las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno biosocioeconómico (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 mujeres adultas jóvenes.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Apoyo social natural, organizado, acceso a los servicios de salud (40).

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta en las regiones del Perú desarrollada por la Dra. Vilchez Reyes Adriana, directora de la presente línea de investigación. Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta del Perú. (ANEXO 2)

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 entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador. (41,42). (ANEXO 3)

3.5 Plan de análisis

3.5.1 Procedimientos de recolección de datos:

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

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

3.5.2. Análisis y Procesamiento de los datos:

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

3.6 Principios éticos

Se valoró previamente 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 (43).

Anonimato

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

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantiene en secreto y se evitó 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 encuentran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Se trabajó con los adultos mayores que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 04)

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 1

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

Sexo	N	%
Masculino	135	62,8
Femenino	80	37,2
Total	215	100,0

Grado de instrucción	N	%
Sin instrucción	93	43,3
Inicial/Primaria	45	20,9
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	57	26,5
Superior completa / Superior incompleta	20	9,3
Total	215	100,0

Ingreso económico (Soles)	N	%
Menor de 750	195	90,7
De 751 a 1000	20	9,3
De 1001 a 1400	0	0,0
De 1401 a 1800	0	0,0
De 1801 a más	0	0,0
Total	215	100,0

Ocupación	N	%
Trabajador estable	83	38,6
Eventual	76	35,3
Sin ocupación	49	22,8
Jubilado	7	3,3
Estudiante	0	0,0
Total	215	100,0

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en el adulto mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso .Nuevo Chimbote,2015 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la línea de investigación.

4.1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 2

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

Tipo	N	%
Vivienda unifamiliar	115	53,5
Vivienda multifamiliar	80	37,2
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Otros	20	9,3
Total	215	100,0

Tenencia	N	%
Alquiler	0	0,0
Cuidador/alojado	59	27,4
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0
Alquiler venta	0	0,0
Propia	156	72,6
Total	215	100,0

Material del piso	N	%
Tierra	215	100,0
Entablado	0	0,0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	0	0,0
Láminas asfálticas	0	0,0
Parquet	0	0,0
Total	215	100,0

Material del techo	N	%
Madera, estera	154	71,6
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	43	20,0
Material noble, ladrillo y cemento	10	4,7
Eternit	8	3,7
Total	215	100,0

Material de las paredes	N	%
Madera, estera	159	74,1
Adobe	15	6,9
Estera y adobe	26	12,1
Material noble ladrillo y cemento	15	6,9
Total	215	100,0

TABLA 2.
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN
EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO.
NUEVO CHIMBOTE, 2015.

N° de personas que duermen en una Habitación	N	%
4 a más miembros	92	42,8
2 a 3 miembros	78	36,3
Independiente	45	20,9
Total	215	100,0
Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	215	100,0
Pozo	0	0,0
Red pública	0	0,0
Conexión domiciliaria	0	0,0
Total	215	100,0
Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	92	42,8
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	35	16,3
Baño público	0	0,0
Baño propio	58	27,0
Otros	30	13,9
Total	215	100,0
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	215	100,0
Leña, carbón	0	0,0
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	215	100,0
Energía eléctrica	N	%
Sin energía	76	35,3
Lámpara (no eléctrica)	45	20,9
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	20	9,3
Energía eléctrica permanente	17	7,9
Vela	57	26,5
Total	215	100,0
Disposición de basura	N	%
A campo abierto	130	60,4
Al río	0	0,0
En un pozo	17	8,0
Se entierra, quema, carro recolector	68	31,6
Total	215	100,0

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	N	%
Diariamente	0	0,0
Todas las semanas pero no diariamente	0	0,0
Al menos 2 veces por semana	0	0,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas.	215	100,0
Total	215	100,0

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares	N	%
Carro recolector	95	44,2
Montículo o campo limpio	0	0,0
Contenedor específico de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	120	55,8
Total	215	100,0

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en el adulto mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso .Nuevo Chimbote, 2015 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la línea de investigación.

4.1.3 DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 3

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUNANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

Fuma actualmente:	N	%
Si fumo, diariamente	32	14,9
Si fumo, pero no diariamente	56	26,0
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	29	13,5
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	98	45,6
Total	215	100,0

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	N	%
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	7	3,3
Una vez a la semana	2	0,9
Una vez al mes	38	17,7
Ocasionalmente	80	37,2
No consumo	88	40,9
Total	215	100,0

N° de horas que duerme	N	%
[06 a 08)	135	62,8
[08 a 10)	52	24,2
[10 a 12)	28	13,0
Total	215	100,0

Frecuencia con que se baña	N	%
Diariamente	98	45,6
4 veces a la semana	117	54,4
No se baña	0	0,0
Total	215	100,0

Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	N	%
Si	82	38,1
No	133	61,9
Total	215	100,0

Actividad física que realiza en su tiempo libre	N	%
Caminar	123	57,2
Deporte	0	0,0
Gimnasia	0	0,0
No realizo	92	42,8
Total	215	100,0

TABLA 3
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR
DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE,
2015.

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	N	%
Caminar	117	54,4
Gimnasia suave	0	0,0
Juegos con poco esfuerzo	0	0,0
Correr	0	0,0
Ninguna	98	45,6
Deporte	0	0,0
Total	215	100,0

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	15	6,9	75	34,9	92	42,8	140	61,1	0	0,0
Carne	7	3,3	59	27,4	72	33,5	98	45,6	0	0,0
Huevos	3	1,4	24	11,1	36	16,7	47	21,9	0	0,0
Pescado	10	4,7	42	19,5	53	24,7	62	28,8	0	0,0
Fideos	82	38,1	81	37,7	94	43,7	100	46,6	0	0,0
Pan, cereales	175	81,3	182	84,7	187	87	190	88,3	0	0,0
Verduras, hortalizas	150	69,8	157	73	162	75,3	169	78,6	0	0,0
Legumbres	0	0,0	9	4,2	18	8,3	26	12	164	76,3
Embutidos	0	0,0	10	4,7	15	6,9	21	9,9	143	66,5
Lácteos	0	0,0	12	5,6	24	11,2	32	14,9	178	82,8
Gaseosas	0	0,0	2	0,9	9	4,2	14	6,5	50	23,3
Refrescos con azúcar	96	44,7	127	59	132	61,4	141	65,6	24	11,2
Frituras	0	0,0	38	17,7	46	21,4	53	24,7	9	4,2

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en el adulto mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso .Nuevo Chimbote,2015 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la línea de investigación.

4.1.4 DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 4
DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N	%
Hospital	20	9,3
Centro de salud	0	0,0
Puesto de salud	57	26,5
Clínicas particulares	2	1,0
Otras	136	63,2
Total	215	100,0

Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	N	%
Muy cerca de su casa	0	0,0
Regular	187	87,0
Lejos	12	5,6
Muy lejos de su casa	5	2,3
No sabe	11	5,1
Total	215	100,0

Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	2	0,9
SIS - MINSA	152	70,7
SANIDAD	12	5,6
Otros	49	22,8
Total	215	100,0

El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	N	%
Muy largo	125	58,1
Largo	26	12,1
Regular	10	4,7
Corto	5	2,3
Muy corto	0	0,0
No sabe	49	22,8
Total	215	100,0

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N	%
Muy buena	71	33,0
Buena	45	20,9
Regular	39	18,1
Mala	15	7,0
Muy mala	0	0,0
No sabe	45	21,0
Total	215	100,0

TABLA 4
DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

Conclusión.

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N	%
Si	142	66,0
No	73	34,0
Total	215	100,0

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en el adulto mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso .Nuevo Chimbote,2015 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la línea de investigación.

TABLA 5
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

Recibe algún apoyo social natural:	N	%
Familiares	152	70,8
Amigos	25	11,6
Vecinos	13	6,0
Compañeros espirituales	0	0,0
Compañeros de trabajo	2	0,9
No recibo	23	10,7
Total	215	100,0

Recibe algún apoyo social organizado:	N	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	0	0,0
Empresa para la que trabajo	4	1,9
Instituciones de acogida	0	0,0
Organizaciones de voluntariado	16	7,4
No recibo	195	90,7
Total	215	100,0

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en el adulto mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso .Nuevo Chimbote,2015 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la línea de investigación.

TABLA 6

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

Apoyo social de las organizaciones	Si		No	
	N	%	N	%
Pensión 65	0	0,0	0,0	0,0
Comedor popular	0	0,0	0,0	0,0
Vaso de leche	0	0,0	0,0	0,0
Otros	215	100,0	0,0	0,0
Total	215	100,0	0,0	0,0

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en el adulto mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso .Nuevo Chimbote,2015 elaborado por la Dra. Vélchez Reyes Adriana, Directora de la línea de investigación.

4.2. Análisis de resultado:

Tabla 01: Del 100% de los adultos mayores encuestadas el 62,8 % son de sexo masculino; el 43,3% sin grado de instrucción; se observa también que el 90,7% tiene ingresos económicos menor de 750 soles; además el 38,6% su ocupación es trabajo estable.

Estos resultados se asemejan a los resultados encontrados por Arroyo M, (44). En su tesis “Determinantes de la salud del adultos del A.H. Lomas del Sur Nuevo Chimbote, 2012”.Donde muestra en los factores biosocioculturales que el 51,3 % de los Adultos son de sexo masculino, el 49 % no tienen secundaria completa e incompleta, el 40,3% tiene un ingreso 750 a 1000 nuevos soles.

Estos resultados obtenidos difieren con lo encontrado por Leyton, M, (45). En su tesis denominado “Estilos de Vida y Factores Biosocioculturales del Adulto Mayor del Centro Poblado Castillo-Chimbote 2012”.Donde muestra que el mayor porcentaje de las personas adultas en un 55% (60) son de sexo masculino. Con respecto a los factores culturales el 33% (36) de la persona adulta tienen secundaria completa, en cuanto a su ocupación el 33,9% (37) empleados y un 89,9% (98) tienen un ingreso económico más de 1000 nuevos soles .

El grado de instrucción se define como una correspondencia a un ámbito educativo, puede tratarse de educación formal o informal, impartida en un círculo familiar o en una escuela, colegio o universidad, puede ocurrir en un ambiente laboral o en una situación cotidiana entre dos amigos, puede incluso tener lugar en espacios jerárquicos o simplemente tener lugar de manera improvisada. En cualquier caso, para que existe instrucción deben existir dos partes, de las cuales una será la instructora (es decir, la que

posee conocimiento a transmitir) y la otra será la instruida (la que recibe la enseñanza) (46).

La palabra sexo descende del latín dividir las peculiaridades que se caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, originalmente se refiera nada más que a la división del género humano en dos grupos: En biología, el sexo es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femeninas y masculinos (47).

En la presente investigación de los determinantes de la salud en el adulto mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraiso-Nuevo Chimbote, 2015. En donde aplique el cuestionario a los adultos mayores donde se encontró que el 43,3% no tienen grado de instrucción debido a que en algunos adultos no contaban con suficiente dinero para sus estudios, desde pequeño empezaron a trabajar, no le daban la importancia a los estudios, formaban sus familias a temprana edad y ya no podían estudiar, la mayoría son de sexo masculino ya que mayormente son los jefes de la casa y como también tenemos adultos mayores que cuidan sus lotes de sus hijos o de primos, otros los pagan para que cuiden sus lotes, como también hay adultos que viven solos porque sus esposas ya han muerto.

Sin grado de instrucción en el adulto mayor constituye un proceso de gran importancia, porque no pueden lograr un mejor estilo de vida saludable, a diferencia que hay en algunos adultos que estudiaron tienen facilidad de trabajar en proyectos, esperanzas, demostrando su conocimiento real de sus potencialidades, de sus valores y hasta dónde puede llegar. Permite preparar al adulto mayor para llevar una vida más saludable tanto física como psíquicamente. La educación en el adulto mayor permite la inserción a la sociedad que un día construyó y de la que se siente apartado. Resulta un modo de lucha contra las representaciones que hoy priman de la vejez y que tanto los

limitan, constituyendo así una necesidad de orden social (48).

El sexo masculino es un término de biología que denota al sexo que produce espermatozoides o polen, un ser vivo (animal o vegetal) que posee órganos reproductivos masculinos. La biología, por otra parte, define al sexo masculino como aquel género compuesto por seres que producen espermatozoides a raíz del tipo de órganos reproductivos que poseen. Los espermatozoides son células haploides que constituyen el gameto masculino y que, tras su fusión con el gameto femenino, componen un cigoto totipotente (49).

Estos resultados se asemejan con los encontrados por Torres, Z, (50). En su estudio “Determinantes de la salud del adulto en la comunidad de Simpapata – Ticllas – Ayacucho - 2012”, Ayacucho 2012, donde su muestra estuvo conformada por 128 adultos, se destacó por la ocupación del personal de obrero que el 51% tiene trabajo estable y son de sexo masculino; el 55,5% tiene una edad comprendida entre 70 a más años.

Madrigal, (51). Refiere que el ingreso económico en las personas adultas mayores se define como 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. En lo cual vemos que ellos son jubilados y reciben de 100 a 550 soles mensuales.

Con respecto a ocupación, es el conjunto de tareas y cometidos desempeñados por una persona o que se prevé que ésta desempeñe; tenemos que menos de la mitad tiene trabajo estable, dando a entender que el resto tiene trabajos eventuales o están sin ocupación, generando niveles altos de estrés entre los adultos, y predisponiéndolos a padecer enfermedades cardiovasculares (52).

El Ingresos económico son fuentes de sueldos, salarios, dividendos, Ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás, todas las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, ya sea pública o privada, individual o grupal. En términos más generales, los ingresos son los elementos tanto monetarios como no monetarios que se acumulan y que generan como consecuencia un círculo de consumo-ganancia (53).

En la presente investigación menos de la mitad de los adultos mayores tienen trabajo estable, mientras que otros adultos mayores tienen trabajo eventual, trabajan de obreros, albañiles, carpintería, pescadores se presentan a todo tipo de trabajo para poder sobrevivir, porque su ingreso económico es menos de 750 mensuales. En estos días el vivir con ingreso económico menor de 750 nuevos soles, es un indicador que no es el adecuado para un adulto mayor ya que lo expone su salud y que se podría decir que ni siquiera es un ingreso mínimo que un trabajador debe de tener, no le ayuda a que pueda resolver sus gastos económicos que se requieren en un hogar, ni para la vestimenta alcanza, por ello se puede ver el tipo de calidad de vida que estos adultos mayores llevan, es decir que el adulto mayor es el más afectado, esto se ve frecuentemente en los Asentamientos Humanos, se puede decir que hay un porcentaje bajo que tienen una buena calidad de vida debido al sueldo que reciben de 751 a 1000 soles.

El ingreso económico menor de 750 es el más común que se considere un indicador de

salario mínimo, denomina Remuneración de acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo (OIT), siendo para el año 2010 una suma descendente igual a S/.550 nuevos soles, lo cual no cubre los gastos de la canasta básica familiar, que según datos del INEI alcanza a S/. 2 112 nuevos soles, estos resultados que nos estaría indicando que no existe una estabilidad económico y financiera, que pueden repercutir en el desarrollo y en la calidad de vida de la persona y de no poder gozar de buena salud (54).

En conclusión de los determinantes de la salud biosocioeconomicos , a todo lo mencionado anteriormente, podemos decir que los determinantes biosocioeconómicos de la salud tienen una gran influencia en la salud de los adultos mayores , debido a que menos de la mitad no tienen estudios primarios, secundarios , superiores, no les permiten adquirir un buen trabajo que tenga un buen salario , el ingreso económico bajo lleva a las consecuencia de que el adulto mayor sufra de diferentes enfermedades, porque no les permite satisfacer todas sus necesidades básicas a los adultos mayores, en donde esto no garantiza que las personas tengan una adecuada salud, debido que no les faculta tener la óptima capacidad de tomar decisiones y adoptar conductas que favorezcan su salud de los adultos mayores.

Tabla 02: Del 100% del material de piso es tierra; se observa también que el material de techo del 71,6 es de madera, estera; un 73,9% de material de las paredes es de madera, estera; el 42,8% de 4 a más miembros que duermen en una sola habitación; el 100% cuentan con abastecimiento de agua de cisterna ; el 42,8% su eliminación de excretas es a aire libre; el 100% cocinan con gas, electricidad; se observa que el 35,3% no tienen energía eléctrica ; el 60,4% la disposición de la basura lo botan a campo abierto ; el 100% al menos 1 vez al mes pasa el carro de basura pero no todas las semanas; el 100% la eliminación de basura en vertido.

Estos resultados se asemejan a los encontrados por Román E, (55). En su estudio “Análisis de la implantación de un modelo de vivienda integrado para el adulto mayor en Puerto Rico: Posibilidades y potencial impacto social”, Barcelona 2009, donde su muestra estuvo conformada por 386 adultos mayores, se destacó que el 47,9% tiene casa propia, un 41,4% tiene vivienda por alquiler y un 10,6% en viviendas sociales/comunitarias.

Así mismo estos resultados difieren a los encontrados por Escobar M, (56). En su estudio “Redes sociales como factor predictivo de situaciones de discapacidad al comienzo de la vejez”, Barcelona 2009, donde su muestra estuvo conformada por 1286 individuos entre 70 y 74 años, se destacó que el 79% es propietario de la vivienda en la que habitaban.

Jiménez L, (57). En sus estudio titulado Determinantes de salud en adultos maduros sanos en el AA.HH Los paisajes Chimbote- 2012, en donde se destacó que el 82 % de la población tiene tipo de vivienda unifamiliar, el 96 % casa propia, el 85 % tienen material del piso de tierra, el 69 % el material del techo es de madera estera, el 75 % tiene material del techo madera estera, el 12 % tiene una habitación para dormir independiente , el 100 % tiene conexión domiciliaria en abastecimiento de agua , el 6 % eliminación excretas en baño propio, el 100 % tiene gas para cocinar en casa.

Una vivienda es aquel espacio físico, lugar protegido, cuya principal razón de ser será la de ofrecer refugio y descanso para las personas. Las condiciones de la vivienda han sido reconocidas como uno de los principales determinantes de la salud de las personas. Las condiciones de la vivienda pueden promover o limitar la salud física, mental y social de sus residentes. Vivienda Saludable es la concepción de la vivienda como agente de la

salud de sus moradores. Implica un enfoque sociológico y técnico de enfrentamiento a los factores de riesgo y promueve una orientación para la ubicación, edificación, habilitación, adaptación, manejo, uso y mantenimiento de la vivienda y su entorno, así como la educación sanitaria de sus moradores sobre estilos y condiciones de vida saludables (58).

Se considera una vivienda a cualquier recinto, separado e independiente, construido o adaptado para albergar un grupo determinado de personas que habitan bajo un mismo techo y que al menos para su alimentación, dependen de un fondo común. Vivienda unifamiliar es aquella en la que una única familia ocupa el edificio en su totalidad, a diferencia de las viviendas colectivas (59).

Material predominante en las paredes exteriores del edificio o casa: Se refiere al material del cual está hecha la mayor parte de las paredes exteriores del edificio o casa donde está ubicada la vivienda. Material del techo del edificio o casa: se refiere al material de que está hecho la mayor parte del techo del edificio o casa donde está ubicada la vivienda. Material del piso de la vivienda: se refiere al material del piso de la mayoría de los cuartos de la vivienda. Se considera piso de tierra cuando en el interior de la estructura, no se ha hecho ninguna mejora a la tierra en su estado original (60).

La tenencia de vivienda se pueden identificar en dos situaciones: aquella en la que los hogares tienen formalizada de manera legal la disponibilidad de la vivienda (propietarios de la vivienda y el terreno y/o inquilinos) y aquella en la que los hogares residen con una tenencia informal (residentes en vivienda prestada por su dueño en forma gratuita) y en algunos casos hasta irregular (propietarios de la vivienda pero no del terreno, ocupantes de hecho y otras modalidades irregulares)

Relacionados con la vivienda, podemos mencionar con respecto al número de

habitaciones para dormir que tienen el mayor porcentaje de las viviendas, se encuentran expuestas a ciertas enfermedades que les puede producir el hacinamiento, como son las infecciones respiratorias, alergias, enfermedades gastrointestinales entre otras, que a la vez no cuentan con un espacio en donde puedan descansar y tener privacidad para realizar otras actividades.

En la presente investigación la mayoría de los adultos mayores cuentan con vivienda propia, el material del piso es de tierra, las paredes son de esteras y de madera, menos de la mitad tiene vivienda unifamiliar, el techo es de material de estera y de madera, otros, debido a que no realizan una construcción adecuada por falta de dinero y porque el Asentamiento Humano Nuevo Paraíso solo cuenta con constancia de posición, es por eso que los moradores no construyen una vivienda adecuada para vivir adecuadamente.

Vivienda unifamiliar es aquella en la que una única familia ocupa el edificio en su totalidad, a diferencia de las viviendas colectivas. Es una edificación desarrollada para ser ocupada en su totalidad por una sola familia, y pueden ser aisladas, pareadas o adosadas y pueden ser aisladas, pareadas o adosadas. Urbanísticamente genera áreas de baja densidad, con bajo impacto ambiental y de infraestructuras de servicios, además de tráfico vehicular poco significativo (61).

La tenencia de vivienda propia se define como la acción de tener una casa o vivienda a la cual puede controlar de alguna manera, la vivienda propia también es la vivienda que ha sido adquirida por el jefe de hogar, la cual puede estar totalmente pagada y segura. También tenemos diferentes viviendas como son, viviendas donde pagan un alquiler mensual por vivir en la totalidad o parte de la vivienda. O de otras formas de tenencias de vivienda que ha sido cedida gratis por razones de amistad o del estado (62).

Los resultados, se difieren con los encontrados por Natalie L, (63). En su estudio de determinantes de la salud sobre Condiciones de vivienda: El 100.0% de los adultos mayores tuvieron una vivienda particular, independiente, ocupada y con personas presentes, El 56,6% de las viviendas tuvieron como material predominante de las paredes el adobe o tapia y el 43,3% el ladrillo o bloque de cemento. El 73,3% de las viviendas tuvieron como material predominante de los pisos el cemento, el 20% tierra, el 3,3% losetas o cerámicos y 3.3 % parquet .El 96,6% de las viviendas tuvieron abastecimiento de agua proveniente de fuente natural .El 100.0% de las viviendas tuvieron eliminación de excretas. El 96,6% de las viviendas tuvieron alumbrado el 54% cuatro habitaciones sin considerar el bateo, la cocina o la cochera.

Javier P, (64). En su estudio: determinantes de la salud relacionados con la vivienda de los adultos mayores en el caserío sur pampa, suyo – atabaca, 2011 encontrando que el 71,3% con el tipo de vivienda unifamiliar, el 71,3% tenencia propia, el 54,1% de 4 a más miembros que duermen en una habitación ,el 100% cuentan con red pública, además el 100% cuentan con Baño propio, el 100% utilizan Gas, Electricidad, el 100% cuentan con Energía eléctrica permanente ,el 100% su Disposición De Basura Se entierra, quema, carro recolector, y el 50 % la frecuencia que pasa el carro recolector de basura es Todas las semana pero no diariamente, por ultimo un 47 % Suele Eliminar Su Basura en carro recolector.

Abastecimiento del agua es la forma como se abastecen de agua para el consumo en la vivienda. La red pública es el sistema mediante el cual los moradores se abastecen de agua por medio de una red comunitaria, que puede estar administrada por una institución oficial, privada o por la comunidad. Conexión domiciliaria es el sistema de abastecimiento de agua privado para uso exclusivo. El pozo sanitario, el agua proviene

de un pozo profundo público o privado, provisto de bomba para extraer el agua. La bomba puede ser manual, de motor o movida por molino. Pozo brocal no 44 protegido, agua lluvia, pozo superficial, río o quebrada, acequia: Es el abastecimiento de agua es en forma directa de alguno de estos medios. Carro cisterna: Se abastecen de agua por medio de un carro cisterna público (65).

La eliminación de excretas son el conjunto de deposiciones orgánicas de humanos y animales. Cuando estas no se eliminan adecuadamente pueden provocar daños a la salud de las personas. Las excretas poseen una gran cantidad de microbios, muchos de ellos causantes de enfermedades como la diarrea, el cólera, parasitismo, hepatitis, fiebre tifoidea, y otras. Estos riesgos se incrementan especialmente en situaciones de emergencia, por no contar con un sistema adecuado de evacuación y disposición de las excretas tanto a nivel de las comunidades afectadas como en los sitios donde se concentran los afectados (66).

Combustible para cocinar tenemos la madera, los residuos de cosechas, el carbón y el estiércol son los combustibles más usados para cocinar. Sin embargo, al arder todos estos combustibles producen contaminación y problemas respiratorios. Además, el carbón y la leña son escasos en ciertos lugares. Mucha gente está recurriendo a otros combustibles para cocinar, tales como la luz solar, residuos procesados de plantas (cáscara de arroz y otros residuos de cultivos que se convierten en pelotitas o barras compactadas) y biogás (un gas producido mediante la putrefacción de material vegetal de plantas y excrementos humanos y animales) (67).

Energía eléctrica, es el tipo de alumbrado que se utiliza en la vivienda. El mismo puede ser eléctrico, de gas, querosín u otro, de compañía distribuidora, de particulares o

de la comunidad, consistente en la iluminación de las vías públicas, parques públicos, y demás espacios de libre circulación que no se encuentren a cargo de ninguna persona natural o jurídica de derecho privado o público, diferente del municipio, con el objetivo de proporcionar la visibilidad adecuada para el normal desarrollo de las actividades.

Por lo general la energía eléctrica en las ciudades o centros urbanos es un servicio municipal que se encarga de su instalación, aunque en carreteras o infraestructura vial importante corresponde al gobierno central o regional su implementación. (68).

Eliminación de la basura es la forma de desechar la basura de la vivienda, la cual puede ser a través de carro recolector público o privado, en terreno baldío, río, quebrada o mar, incineración, entierro u otra forma. Las basuras que se arrojan a campo abierto causan deterioro en el medio ambiente y afectan la salud de la población contaminando el agua, el suelo, el aire, produciendo malos olores y permitiendo la proliferación de insectos y roedores que causan enfermedades en el ser humano (69).

En la presente investigación se observa que el número de personas que duermen en una habitación son de 4 a más miembros debido a que las casas no están bien construidas , solo tienen 4 comparticiones , en la cual están expuestas a contraer diferentes enfermedades por la cantidad de habitantes que comparten habitación, la totalidad se abastecen de agua de cisterna debido a que no tienen agua potable , conexión domiciliaria , porque es un Asentamiento Humano que tiene pocos años y solo tienen constancia de posición y por eso no tienen agua solo compran el agua del carro cisterna en donde las cuales el adulto mayor está expuesto a enfermarse de enfermedades como son las IRAS-EDAS , la totalidad utiliza gas para cocinar , la mayoría elimina su basura en campo abierto debido a que el carro recolector pasa 1 vez al mes pero no todas las semanas .

Una cisterna es un depósito subterráneo que se utiliza para recoger y guardar agua de lluvia (aljibe) o procedente de un río o manantial. También se denomina así a los receptáculos usados para contener líquidos, generalmente agua, y a los vehículos que los transportan. Tratar el agua de cisterna para beber con tabletas de cloro puede ser un mantenimiento programado regularmente o un tratamiento de una sola vez. La contaminación puede venir de varias fuentes, y si la cisterna está comprometida, puede ser tratada de una vez con tabletas de cloro. Siguiendo un procedimiento básico, puedes tratar el agua de cisterna para beber con tabletas de cloro en poco tiempo y tener agua segura y limpia para tu familia (70).

La disposición de excretas, produciendo condiciones de saneamiento inadecuado, con los consecuentes riesgos a la salud de las personas, salud pública y generando además condiciones ambientales de alto riesgo en la contaminación del agua, del suelo y del aire. Los basureros causan problemas ambientales que afectan el suelo, el agua y el aire: la capa vegetal originaria de la zona desaparece, hay una erosión del suelo, contamina a la atmósfera con materiales inertes y microorganismos. Con el tiempo, alguna parte de ellos se irá descomponiendo y darán lugar a nuevos componentes químicos que provocarán la contaminación del medio, que provocarán que el suelo pierda muchas de sus propiedades originales. Entre los fenómenos que causan los problemas ambientales está la mezcla de los residuos industriales con la basura en general (71).

El gas es lo que más se aproxima al fuego tradicional, por lo que es la energía preferida por los más puristas. También es muy rápido en transmitir el calor, admite todo tipo de cazuelas y tanto los fogones como la fuente de energía utilizada son los más asequibles. ¿Pegas? Sobre todo, la limpieza, además del posible riesgo de escapes por descuido si eres un poco descerebrado. "La gran ventaja de la cocina a gas es que

proporciona la potencia requerida desde el primer instante tras el encendido" (72).

Se denomina energía eléctrica a la forma de energía que resulta de la existencia de una diferencia de potencial entre dos puntos, lo que permite establecer una corriente eléctrica entre ambos cuando se los pone en contacto por medio de un conductor eléctrico. La energía eléctrica puede transformarse en muchas otras formas de energía, tales como la energía lumínica o luz, la energía mecánica y la energía térmica (73).

La función del recolector de basura es recoger y vertir dentro del camión de aseo todos los materiales almacenados dentro de las bolsas o canecas que normalmente utilizan tanto las empresas como particulares para depositar la basura para así proporcionar a la comunidad, un ambiente sano, libre de gérmenes, desechos y vectores, un escenario paisajístico agradable y habitacional, proporcionar una recolección apropiada y eficiente de los desechos sólidos en el medio urbano, brindar un transporte efectivo y económico de los mismos hasta las instalaciones de descarga y proporcionar una eliminación ecológicamente segura, técnicamente práctica y de bajo costo para fortalecer las instituciones en su aspecto técnico y financiero, a fin de asegurar su operación y mantenimiento costo-efectivo de los sistemas de desechos sólidos a largo plazo (74).

En conclusión de los determinantes de la salud relacionados con las viviendas se ha podido evidenciar que muchos de estos adultos mayores cuentan con una casa propia, con pocas habitaciones y que son mayormente familias unifamiliares, razón por la cual ellos duermen de 4 a más personas por dormitorio, bien sabemos que hoy en día esto puede causar muchos problemas como enfermedades, infecto contagiosas, violaciones, y muchos problemas más que hoy en día se conoce por las noticias, periódicos y otros. Los investigados no se encuentran alejados de estos riesgos a su salud.

En la presente investigación casi la totalidad no cuentan con luz provisional; y todos tienen su abastecimiento de agua que es por carro cisterna.

La luz provisional, actualmente el uso de la electricidad en los asentamientos humanos que es fundamental para el ser humano para realizar diversas actividades, gracias a la energía eléctrica las personas tienen una mejor calidad de vida, evitan riesgo a la salud y favorece el calor, mejora la economía de un pueblo, porque se van a ver dinamizadas, la energía eléctrica es más barata que las velas, pilas, lámparas y combustible. La mala iluminación por el uso frecuente de mecheros o velas, ocasiona fatiga, disminución del rendimiento escolar, afecciones oculares y lo más grave la disminución de la visión con daños irreparables.

El agua es muy fundamental para la vida humana y para todos los servicios que se necesita según los resultados obtenidos el Asentamiento Humano no tiene conexión domiciliaria lo único que se abastecen es con el carro de cisterna el repartidor de agua, de esta manera las personas están expuestas a enfermarse porque no saben de dónde lo traen el agua si es que es limpia, la salud se pone en juego, tanto los niños que se puedan enfermarse de IRAS – EDAS. El agua forma parte del 70% del peso de nuestro cuerpo. De acuerdo a los científicos, el cerebro humano está compuesto por 95 % de agua, la sangre de un 82% y los pulmones de un 90% de agua. Cuando dejamos de beber agua, nuestro cuerpo presenta los primeros síntomas de deshidratación. Por esto, tomar agua es importante para la buena salud, mientras el Asentamiento Humano no tiene agua hay otros lugares donde el agua se desperdicia lo dan mal uso

Tabla 03: Del 100% de los adultos mayores encuestados el 45,6% no fuma, ni a fumado nunca de manera habitual; el 40,9 ocasionalmente consume bebidas alcohólicas; 62,8% el número de horas que duerme es de 6 a 8 horas; y el 45,6% se baña diariamente; el 61,9% no se realizan ningún examen médico periódico, en un establecimiento de

salud ; el 57,2% su actividad física es caminar ; el 54,45 en estas dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos camino ; el 61,1% consume frutas menos de 1 vez a la semana , el 45,6% consume carne 1 vez a la semana; el 21,1% consume huevos menos de 1 vez a la semana; pescado 28,8% , pan, cereales 88,35 ; verduras , hortalizas 78,6% consumen de una vez a la semana.

También difieren con los encontrados por Román E, (75). En su estudio “Análisis de la implantación de un modelo de vivienda integrado para el adulto mayor en Puerto Rico: Posibilidades y potencial impacto social”, Barcelona 2009, donde su muestra estuvo conformada por 386 adultos mayores, se destacó que el 40% tiene el vicio más frecuente de fumar, el 31,7 % aseguró no tener ningún vicio y el 28,3 % posee el vicio de beber.

Estos resultados según Pérez L, (76). En su estudio sobre las “Necesidades de las Personas los adultos, Vejez, Economía, Sociedad, Inmersos, Madrid, España - 1997”. Donde muestra que el 87% de los adultos mayores no fuman de manera habitual. El 79% de los adultos mayores no practican ningún tipo de deporte, el 20% de los encuestados indican que hicieron gimnasia por menos de 20 minutos.

En relación a la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas según Valdez J, (77). En su tesis denominado “Consumo de Alcohol en los Jóvenes del Distrito 64 Federal y su Relación con la Autoestima y su Percepción de Riesgo México, 2010”. Reportó que el 65,8% han consumido alcohol ocasionalmente.

El uso del alcohol puede actuar de manera diferente en las personas mayores que en las personas más jóvenes. Algunas de las personas mayores pueden alcanzar un estado

de euforia, sin aumentar la cantidad de alcohol que toman. Ese estado de euforia puede aumentar la probabilidad de que tengan accidentes, inclusive caídas y fracturas y accidentes de automóvil. Además de las enfermedades crónicas que pueden contraer quienes beben grandes cantidades de alcohol a lo largo de varios años, el consumo de alcohol también se asocia a un aumento del riesgo de padecer afecciones agudas, tales como las lesiones (78).

La mayoría de los adultos necesitan dormir entre 7 y 8 horas de sueño de buena calidad en un horario uniforme todas las noches. Si no encuentras suficiente tiempo para dormir, cambia tus hábitos para lograrlo. Dormir lo suficiente no se refiere solo al total de horas de sueño. También es importante que el sueño sea de buena calidad y que tengas un horario uniforme para dormir, de modo que te sientas descansado cuando despiertes (79).

. El baño diario es un parte fundamental del aseo personal de cualquier persona sin importar su edad; es por ello que tal práctica debe asegurarse como una rutina obligatoria. La piel y el cabello son barreras de protección contra el medio ambiente que absorben impurezas y gérmenes que pueden infectar el cuerpo a través de cualquier raspón o herida. El baño sirve para eliminar células muertas, así como secreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas. La limpieza de la piel y los genitales evita el mal olor. Es recomendable cambiarse la ropa después del baño, especialmente la ropa interior. Además de todas las ventajas de salud que reporta, el baño es una actividad relajante porque estimula la circulación sanguínea (80).

El examen médico periódico son pruebas médicas que realizan las empresas al seleccionar a sus empleados y también para procurar la salud en los mismos. Cómo su

nombre lo dice, se hace periódicamente para conocer el estado de salud como una forma de prevenir, evitar y/o atender enfermedades oportunamente.

Es un examen clínico además de valorar el estado actual del trabajador, hace una relación o historial clínico del mismo. En adultos se debe aplicar cada 6 meses; sin embargo en trabajadores con enfermedades crónicas degenerativas debe ser cada mes. En niños también debe ser cada mes (81).

En la presente investigación menos de la mitad no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, menos de la mitad han bebido ocasionalmente debido a la edad avanzada que tienen ya no pueden beber, más de la mitad se bañan 4 veces a la semana debido a que no hay agua para que todos los días se bañen, porque el agua cuesta y algunas veces les falta el dinero y no pueden comprar agua para bañarse, la mayoría no se realiza ningún examen médico periódico, en un establecimiento de salud, debido a que no tienen tiempo están en su trabajo, o por la falta de interés de los adultos mayores.

El consumo de tabaco no solo afecta la salud del fumador sino también la de los que lo rodean. La exposición al humo de tabaco ajeno causa un 30% de aumento en el riesgo de infarto y de cáncer de pulmón en los no fumadores. En los niños, la exposición es particularmente dañina provocando problemas respiratorios, infecciones del oído y el síndrome de muerte súbita del lactante. Las embarazadas expuestas también pueden sufrir complicaciones. Al dejar de fumar estos riesgos desaparecen. Los fumadores se enferman más y en general presentan menor productividad que los no fumadores. Por esto, la mayoría de las grandes empresas de todo el país tienen políticas de ambientes laborales 100% libres de humo. Por otra parte, la ley nacional de control del tabaco (ley 26.687) estipula lugares de trabajo cerrados 100% libres de humo. Al dejar de fumar mejorará su desempeño en cualquiera que sea su lugar de trabajo y le será más fácil cumplir con la prohibición de fumar (82).

El consumo de alcohol, aparte de las consecuencias en el momento de la ingesta, conlleva otras que pueden aparecer a largo plazo y que pueden repercutir en tu vida (dificultad de concentración, molestias abdominales, cefaleas, etc.). Además de las enfermedades crónicas que pueden contraer quienes beben grandes cantidades de alcohol a lo largo de varios años, el consumo de alcohol también se asocia a un aumento del riesgo de padecer afecciones agudas, tales como las lesiones, y en particular las provocadas por accidentes de tránsito (83).

Todos necesitamos dormir lo suficiente. El sueño ayuda a mantener la mente y el cuerpo sanos. La mayoría de los adultos necesitan entre 7 y 8 horas de sueño de buena calidad en un horario uniforme todas las noches. Si no encuentras suficiente tiempo para dormir, cambia tus hábitos para lograrlo. Dormir lo suficiente no se refiere solo al total de horas de sueño. También es importante que el sueño sea de buena calidad y que tengas un horario uniforme para dormir, de modo que te sientas descansado cuando despiertes. Si con frecuencia te cuesta trabajo dormir o no te sientes descansado al despertar, habla con el doctor (84).

Considera por tanto que con un baño al día es más que suficiente. «El aseo frecuente de la piel, destruye las barreras protectoras como son el manto ácido, hidro-lipídico y corneo, lo cual rompe el mito de las de personas que creen que entre más limpios, más protegidos están contra las bacterias, virus, hongos y otros microorganismos que atacan la piel; pero lo que ocurre es lo contrario. Es más fácil que éstos penetren en una piel limpia que en una que no esté tan limpia». Pero no ducharse tampoco parece una alternativa muy factible, tanto en términos de higiene como sociales. Pero lo que sí existen son una serie de pautas para proteger nuestra piel a la vez que nos mantenemos

limpios. Lo primero sería establecer una ducha diaria como máximo, salvo que se realice ejercicio físico (85).

Es muy importante que toda persona se realice un chequeo médico para detectar problemas potenciales, sin importar si se siente bien. Según los expertos hasta un 90% de las patologías se han encontrado por medio de la medicina preventiva. Por ejemplo, la mayoría de las personas que sufren de hipertensión ni siquiera lo saben. De igual manera, los niveles altos de colesterol y de glicemia con frecuencia no producen ningún síntoma hasta que la enfermedad se encuentra avanzada y ocasiona daños . Otros, necesitan equipos especiales, entonces es posible que tenga que dirigirse a una oficina diferente o a una clínica. Las enfermedades crónicas son las principales causas de muerte y discapacidad sobre todo en los adultos mayores, ya que son las personas que tienen mayor riesgo de padecerlas. Todas ellas están directamente asociadas con una importante disminución en la calidad de vida de los adultos mayores y son potencialmente prevenibles, con la realización periódica de los chequeos y controles médicos correspondientes (86).

Este resultado se asemeja con el estudio hecho por Acuña Y, Cortes R. (87), en su Tesis denominado “Promoción de Estilos de Vida Saludable Área de Salud de Esparza, San José, Costa Rica Abril 2012”. Donde el 76 % refieren que logran dormir al menos 8 horas diarias, un 58% refieren realizarse la higiene corporal interdiariamente, el 57% de la población en estudio realiza ejercicio físico por más de 30 minutos. El 81% de los entrevistados realizan al menos una vez al año control preventivo de su salud.

De igual manera se difieren con los encontrados por Mantilla, S. (88), en su estudio “Actividad física, Calidad de vida y otros Comportamientos de salud en estudiantes

universitarios”, Murcia 2007, donde su muestra estuvo conformada por 548 universitarios con edad media de 20 años, se destacó que el 25% practica fútbol. Con respecto al consumo de alimentos, el 57% consume carnes 3 ó 4 veces a la semana; 73% consume pescado 1 ó 2 veces por semana; el 43% consume verduras por lo menos 1 vez por semana; el 48% nunca o casi nunca consumen gaseosas.

La actividad física es todo movimiento del cuerpo que hace trabajar a los músculos y requiere más energía que estar en reposo. Caminar, correr, bailar, nadar, practicar yoga y trabajar en la huerta o el jardín son unos pocos ejemplos de actividad física, al no realizar actividades físicas regulares, tienen un manejo deficiente del estrés, no acuden al establecimiento de salud, colocándolas en una situación más susceptible para presentar enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, hipertensión arterial y otras enfermedades así mismo no consumen alimentos balanceados que contengan proteínas, frutas y verduras, teniendo una alimentación rica en carbohidratos, grasas y comidas chatarras, estos hábitos alimenticios se da por la escasa (89).

La Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación y la Organización Mundial de la Salud, efectuaron el informe dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. El informe concluye que una dieta con poco consumo de grasas saturadas, azúcar y sal, y mayor consumo de hortalizas y frutas, además de la práctica regular de alguna actividad física, contribuirá a reducir las altas tasas de muerte y enfermedades crónicas. Los organismos de Naciones Unidas subrayaron la necesidad de establecer nexos más fuertes entre los sectores de la salud y la agricultura, a escala mundial, regional y nacional, para combatir el incremento mundial de las enfermedades crónicas (90)

En la presente investigación de los determinantes de estilos de vida en el adulto mayor tenemos que más de la mitad realizan actividad física ya sea caminando en su casa o también salen a pasear, los alimentos que mayormente consumen es el pan y los cereales que son un poco económicos la cual satisface sus necesidades

El caminar se ha tornado en una actividad muy popular y muy apreciada por todos. A parte de ser una forma excelente de ejercicio, a la luz de los hallazgos más recientes, se aproxima a ser la actividad ideal y un ejercicio con múltiples beneficios. Su flexibilidad le permite ser practicado casi en todas las circunstancias y lugares. Todo el mundo, sin importar su edad, puede empezar a practicar este muy buen ejercicio, de una caminata diaria, sin tener que hacer grandes esfuerzos, sin tener que prepararse para poder ejercitarlo, tampoco requiere asistir a un gimnasio, y es barato ya que no gastamos dinero, y en recompensa podemos aprovechar sus beneficios (91).

Un adulto mayor requiere alrededor de mil 600 calorías diariamente. Éstas deben elegirse cuidadosamente procurando que aporten los nutrientes necesarios. La recomendación es dividir las mil 600 calorías en porciones de cada uno de los grupos incluidos en la pirámide nutricional: Pan y cereales, deben consumir al menos mil 200 mg. de calcio al día. La leche y sus derivados (queso, crema, yogurt) son las mejores fuentes de calcio, al igual que los vegetales de hoja verde y las sardinas. Necesitan tomar abundantes líquidos: de 8 a 12 tazas por día. Algunos alimentos proveen líquidos, pero aun así es necesario tomar todo tipo de bebidas, jugos, leche, sopa, té o café, que pueden incluir además otras sustancias nutritivas, sin olvidar la mejor opción que es el agua pura (92).

En conclusión, con respecto a los determinantes de estilos de vida que tienen estos adultos mayores menos de la mitad realizan actividad física teniendo vida sedentarias

ocasionándole ciertas enfermedades como la obesidad, sobrepeso, entre otras enfermedades cardiovasculares incluyendo la depresión y por último el no realizarse ningún examen médico periódicamente ocasiona a que no se detecten enfermedades en un etapa inicial, así como el de no recibir un tratamiento adecuado y oportuno, conlleva a optar por la automedicación poniendo en riesgo su salud y tener una baja e inadecuada calidad de vida.

El consumo del alcohol conlleva a la destrucción de la vida y más los malos hábitos alimenticios con llevan a que las personas mayores que no tiene una buena nutrición hace que su calidad de vida esté deteriorada, tan solo recordemos que en nuestro país las principales causas de muerte en individuos mayores de 65 años son la diabetes mellitus, los padecimientos cardiovasculares, pulmonares y el cáncer, enfermedades que tienen estrecha relación precisamente con factores dietéticos.

Los adultos mayores reducen su ingesta de alimentos y de actividad física de manera considerable, situación que los predispone a padecer desnutrición, anemia y otras deficiencias de micro nutrientes. En este sentido, es importante conocer los determinantes de la alimentación en el adulto mayor para de esta manera, incidir en la mejora de su calidad de vida.

En tabla 4 , 5 , 6 : Sobre redes sociales y comunitarias , se observa de las personas encuestadas el 63,2% en estos 12 últimos meses se atendió en clínicas particulares ; el 87% considera el lugar donde se atendió esta regular ; el 70,7% tiene tipo de seguro SIS-MINSA ; el 58,1% el tiempo que espera que lo atiendan es muy largo; el 33% recibieron una atención en el establecimiento de salud muy buena ; el 66% si existe pandillaje a cerca de sus casas ; también se pudo observar que el 70,7% reciben apoyo de sus familiares ; el 90,7% no reciben ningún apoyo social organizado .

Estos resultados difieren con los encontrados por Román E, (93). En su estudio “Análisis de la implantación de un modelo de vivienda integrado para el adulto mayor en Puerto Rico: Posibilidades y potencial impacto social”, Barcelona 2009, donde su muestra estuvo conformada por 386 adultos mayores, se destacó que el 83.3% posee un tipo de seguro médico (Medicare, Seguro Complementario, Tarjeta Reforma, Hospital Veteranos y Asociación Maestros) y el 16,7 % no posee seguro médico

El tiempo de espera en un paciente es un indicador en el cual un menor tiempo de espera aumenta la percepción de satisfacción por parte de los pacientes; esto también se aplica a los usuarios que acuden a los servicios de salud. La satisfacción del usuario es un componente integral de la calidad de atención en los servicios de salud. Un alto nivel de satisfacción promueve conductas positivas tales como conformidad y continuidad con los proveedores de salud; de esta manera, la evaluación de la satisfacción del usuario puede ayudar a la mejora continua de la calidad de atención.

El seguro de salud (también llamado seguro médico o seguros de gastos médicos) es un contrato entre usted y una compañía de seguros. A cambio de que usted haga los pagos de la prima, la compañía de seguros de salud acuerda pagar los gastos médicos en los que usted pueda incurrir bajo los términos del contrato.

El Seguro Integral de Salud (SIS), tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. De esta forma, estamos orientados a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de nuestra población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas (94).

Calidad de atención de la salud es el grado en que los medios más deseables se utilizan

para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. Consiste en la prestación de servicios de tal forma que se aborden los derechos de las y los clientes. Asimismo la calidad de atención es un proceso para la satisfacción total de los requerimientos y necesidades de los mismos. Los clientes constituyen el elemento vital de cualquier organización. Sin embargo, no todas las organizaciones consiguen adaptarse a las necesidades de sus clientes ya sea en cuanto a calidad, eficiencia o servicio personal (95).

En la presente investigación la mayoría de los adultos mayores en estos 12 últimos meses se atendieron en clínica particulares debido a que en el hospital mucho se demoran en la atención y sobre todo hay un mal trato hacia el paciente , solo algunos se atienden en postas o centros de salud , la mayoría se atendió en un lugar regular de la distancia de su casa , pero si la mayoría de los adultos mayores tienen su SIS-MINSA , el tiempo que esperan para la atención es muy larga , pero la calidad de la atención en menos de la mitad del personal es buena.

Los resultados encontrados por Paulo M, (96). En su estudio de determinantes de redes sociales que influyen en el estado integral de salud de los pobladores del lugar de Chocó-Quibdó Ubicada en Colombia ; donde en su muestra estuvo conformada por 30 adultos mayores, en donde se destacó que el que el 20 % Recibe Algún Apoyo Social Natural por su familiares, el 29 % recibe apoyo de la empresa a la que trabaja, ,institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses es en hospital , el 57,3% el tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció? le pareció muy largo 50 % .

Con respecto a las redes de apoyo, que en un sentido amplio, el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas

familiares, etc.). Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interco-nectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad (97).

Las redes sociales han sido definidas como “una práctica simbólicocultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional”. En general, la literatura sobre redes sociales se vincula a los estudios de marginalidad de la década de los setentas, en donde para Lomnitz, por ejemplo, las redes representan “un seguro colectivo contra las amenazas del sistema y como reserva de recursos, particularmente durante las emergencias”. En el caso de las personas mayores, las redes sociales constituyen un soporte para suplir carencias de orden económico; emocional, de salud, e instrumental.

Montes de Oca señala que la existencia de redes sociales “no garantiza que el apoyo social sea constante”. Al respecto, vale la pena señalar que el término apoyo social no siempre ha sido definido rigurosamente a pesar de su uso corriente. El resultado ha sido una falta de especificidad en la definición, con consecuencias prácticas para las personas mayores. Se confunden las características estructurales de las redes sociales con el mismo intercambio de apoyo social (98).

Se muestra que La Salud en México se encuentra a cargo de diversas instituciones como la Secretaría que atiende al sector público, a su vez que el Instituto Mexicano del Seguro Social provee servicios de salud a empleados en el sector privado, mientras que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado atiende las necesidades sociales y de cuidado a la salud de aquellos empleados por el estado, así como también Nacional cuenta con su propio sistema de atención a su personal, como también con su propio sistema de salud,² mientras tanto a la población que no cuenta

afiliación a los anteriores puede contar con el Seguro Popular, mientras tanto para el año 2010 se contabilizaban más de 3,000 hospitales privados (99).

Se encontró que La Organización Mundial de la Salud, preocupada por los rápidos cambios demográficos en los países en desarrollo, creó el Programa de Salud y Envejecimiento, con la finalidad de investigar las condiciones de salud de la población adulta. Para ello, diseñó el estudio "Desarrollando Respuestas Integradas de los Sistemas de Cuidados de la Salud para una Población en Rápido Envejecimiento" (Estudio Intra I), que fue realizado en cinco países: Botswana, Chile, Jamaica, Líbano y Tailandia, durante los años 2002 y 2003. En su segunda etapa, denominada Intra II, incluyó cinco países, eligiéndose al Perú como el representante de la región de América.^{8/} Esta investigación concluyó que la población adulta mayor representa el 7,55% de la población total y se estima que para el año 2025 será de 12,4%. Dentro de los adultos mayores, el grupo etario en mayor aumento se estima que sean los mayores de 60 años, los cuales en su mayoría están constituidos por mujeres provenientes del área urbana (100).

Se encontró en el estudio de Mara Salva trucha, MS-13 o "MS" son nombres con los que se conoce a una agrupación de adultos pandilleros, conformada en su mayoría por inmigrantes, principalmente de El Salvador, que llegaron al estado de California EEUU, a principios de la década de los años ochenta, huyendo de las condiciones creadas por la cruenta guerra civil en ese país centroamericano (1979-1992), en una época en que al menos tres países de la sub. Región estaban en pleno conflicto político y militar. Posteriormente se extiende a muchas ciudades de Estados Unidos e incorpora a otros grupos de emigrantes de otros países de América Latina, como Honduras, México, Perú, Ecuador y Guatemala, que se han concentrado históricamente en California (101).

Una pandilla 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 sociales (102).

En conclusión a las redes sociales naturales y organizadas podemos decir que la mayoría de los adultos mayores en estos últimos 12 meses se atendieron en clinicas particulares que es un tiempo regular llegar , el tiempo es largo de la espera para que los atiendan , la mayoría tiene SIS-MINSA pero casi no lo utilizan su seguro , hay una buena calidad de atención de parte del personal de salud, como también podemos observar que existe pandillaje y que mayormente son grupo de jóvenes quienes lo conforman la pandilla , esto mayormente se ve en lugares alejados , mayormente los adultos mayores reciben ayuda o apoyo social de parte de sus familiares , mas no de otras organizaciones , los adultos mayores reciben apoyo social natural por parte de su familia; es por ello que tienen ventaja, el hecho de que la ayuda que se prestan es inmediata, y dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para el adulto mayor.

El inconveniente radica en que estas redes son improvisadas: dependen básicamente de la cercanía de sus familiares y del tipo de relación afectiva previa que exista entre ellos y a través de los cuales el individuo recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información, a la vez son fuerzas preventivas que asisten a los individuos en casos de estrés, problemas físicos y emocionales, que traen beneficios emocionales y efectos en la conducta del individuo.

V.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. conclusiones:

- En los determinantes biosocioeconomicos en el adulto mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso, la totalidad tiene local no destinada para habitación humana, piso de tierra, agua de cisterna, cocinan con gas, eliminan la basura a otros lugares; casi la totalidad de ingresos económicos es menor de 750 soles; la mayoría es de sexo masculino , tenencia alquiler y venta, techo de estera, madera, paredes de madera, estera, disposición de la basura a campo abierto ; más de la mitad sin grado de instrucción ; menos de la mitad tienen trabajo estable, duermen en una habitación 4 a más miembros, eliminación de excretas en aire libre, sin energía.
- En los determinantes de los estilos de vida de los adultos mayores del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso, la mayoría no se realiza ningún examen médico pediátrico en su establecimiento de salud, consume frutas menos de 1 vez a la semana , consume pan, cereales, verduras, hortalizas, ; nunca o casi nunca no consumen legumbres embutidos, lácteos; poco menos de la mitad se bañan 4 veces a la semana, en su tiempo libre caminan; menos de la mitad no fuman ni a fumado de manera habitual; menos de la mitad consume menos de 1 vez a la semana carne, huevo, pescada, fideos, gaseosas, frituras.
- En los determinantes de redes sociales y comunitarias de los adultos mayores del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso la totalidad tiene apoyo de otras organizaciones; casi la totalidad reciben apoyo de organizaciones voluntario; la mayoría en los 12 últimos meses se atendió en clínicas particulares, consideran la atención es regular, tienen SIS-MINSA, hay pandillaje y delincuencia cerca de su casa , reciben apoyo de sus familiares; más de la mitad tienen que esperar para ser atendidos es muy largo; menos de la mitad reciben atención de salud muy buena.

5.2. Recomendaciones:

- Sensibilizar y concientizar a las autoridades, para que por medio de los resultados encontrados coordinen, elaboren y ejecuten acciones a favor de un adecuado estilo de vida y demás acudan al establecimiento de salud a un chequeo anual y que sean atendidos favorablemente, de manera que se invierta los recursos necesarios y el presupuesto en salud que tienen a su cargo a fin de disminuir algunas enfermedades que atentan contra la salud del adulto mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso y por otro lado dar una mejor calidad de vida a las personas a través de acciones que determinen recuperar o tener una vida saludable.
- Informar a la Municipalidad de Chimbote a cerca de los resultados obtenidos sobre los determinante de la salud en las mujeres adultas jóvenes, para que por medio de esta investigación prioricen los problemas que aqueja al adulto mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso para que a través de ello se promuevan estilos de vida saludables; del mismo modo servirá para que fortalezcan la estrategia sanitaria nacional de enfermedades no transmisibles, a través de una atención con calidad.
- Realizar nuevas investigaciones en diferentes campos de la provincia tales como A.H, Nuevo paraíso , Distritos o por qué no decirlos zonas rurales; En base a los resultados obtenidos en el presente estudio, de manera que permitan mejorar los estilos de vida de las mujeres adultas jóvenes del Pueblo Joven San Pedro y de igual manera que sirva para concientizar a la población sobre la importancia de mantener un estilo de vida saludable y conocer los factores que determinan una vida productiva y saludable o problemas en la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista. Cubana. Salud Pública .2004; 30 (3): 13-16.
2. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
3. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
4. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
5. Tarlov A, Social determinants of Health: the sociobiological transition, BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.
6. LipLicham, C; Rocabado, F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.
7. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile ;1994; 23:18-22.

8. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302.
9. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.
10. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar , editorial; 2008.
11. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
12. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
13. Dirección regional de la Ugel santa, Reseña Histórica De La Institución Educativa N° 89002. Chimbote – Perú, 2015.
14. Gonçalves M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre.. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006
15. Tovar L, García G. “La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”. Colombia. Agosto 2006. Nro. 027. 2004.

- 16.** Garay A. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta del centro Poblado Menor los Palos. Tacna ,2013. [Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería].Chimbote, Universidad los Ángeles de Chimbote 2013
- 17.** Rodríguez M. Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.
- 18.** García B. El bienestar de los adultos mayores en diferentes continentes Journal of Social Issues, Vol. (2012)
- 19.** Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. 2008. Universidad Nacional del Santa. Chimbote, Artículo científico.
- 20.** Soto G. Determinantes biosocioeconomicos de la salud en el adulto mayor : Organización social Londres 2011
- 21.** Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial.
- 22.** Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud.OPS.: Washington; 2009.

23. Dalhigren, G. Whitehead, M.. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006.
24. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
25. Vásquez M .Cambios biológicos que está expuesto el adulto mayor. México 2012.
26. Asociación de Enfermería Gerontológica canadiense. «Las competencias enfermería en el cuidado del adulto mayor y Normas de Procedimiento ,2010.
27. Alvares J. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2010
28. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed . Mexico: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
29. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.

30. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL: <http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
31. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004._
32. Pérez Díaz Julio. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas. CSIC. 2009 disponible en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>
33. OPS, OMS Y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>
34. Eusko Jaurlaritza. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID
35. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).: Mexico; 2010.

Disponible en:

<http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>

36. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>

37. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. Mexico. 2011.

Disponible en

http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf

38. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001.

39. Rafael Martínez Morán. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en

http://www.torrepaceco.es/torrepaceco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf

40. Martos Carrión Esther. Analisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en:

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

41. Sánchez Isla Laura: “satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca

2005. Disponible en <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>

42. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
43. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm
44. Arroyo, M.. Determinantes de la salud del adulto mayor del A.H. Lomas del Sur Nuevo Chimbote – 2012 [informe de tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012
45. Leyton M. “Estilos de Vida y Factores biosocioculturales del Adulto Mayor del Centro Poblado Castillo, Chimbote”. [Tesis Para Optar Título de Licenciada en Enfermería]. [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote] – 2012
46. Ministerio de la Mujer y de los Derechos Sociales. “Situación de la población en el Perú. [Serie en internet]; 2010. [citado 2011 febrero 15] [alrededor de 6 pantallas]. Disponible en [URL:http://www.mindes.gob.pe/estadisticas-daff.html](http://www.mindes.gob.pe/estadisticas-daff.html)

- 47.** Amanda S. La determinación del sexo en los organismos multicelulares y los tipos de apareamiento protistas . Seminarios en Biología Celular y Desarrollo 2011.
- 48.** Cabanes, L [pagina en internet]. Peru; 2010. [Citado 10 Jul 2013]. Disponible en URL:<http://www.monografias.com/trabajos23/tercera-edad-educacion/terceraedad-educacion.shtm>
- 49.** Pérez P. Definición del sexo masculino - Qué es, Significado y Concepto [citado en pagina de internet] 2012 <http://definicion.de/masculino/#ixzz4N1o86d4t>
- 50.** Torres, Z. Determinantes de la salud del adulto mayor en la comunidad de Simpapata – Ticllas – Ayacucho – 2012 [informe de tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Ayacucho: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012
- 51.** Madrigal M. Definición de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses. Pap. Poblac.2010; 16 (63).
- 52.** Glejberman, D. Conceptos y definiciones: situación en el empleo, ocupación y actividad económica [monografía en internet]. Italia: CENTRO INTERNACIONAL DE FORMACIÓN; 2012 [citado 2013 Nov. 27]. Disponible en: <http://recap.itcilo.org/es/documentos/files-imt2/es/dg7>
- 53.** Universidad Esan . Charla Ingreso económico 4 de agosto del 2011

<http://www.buenastareas.com/ensayos/Ingreso-Econ%C3%B3mico/2605702.html>

- 54.** INEI. Remuneración de la Organización Internacional de trabajo. Seguridad Social [página en internet]. Venezuela. [Actualizado 08 mayo 2015; citado el 27 agosto 2016]. Disponible en : [http://www.INEI.org.ve/Renumeracion de la Organizacion Internacional ?script4](http://www.INEI.org.ve/Renumeracion%20de%20la%20Organizacion%20Internacional%20?script4)
- 55.** Román, E. Potenciales de impacto social sobre el grupo de adultos mayores, “Análisis de la implantación de un modelo de vivienda integrado para el adulto mayor [trabajo para optar el título de doctorado]. Puerto Rico. Escuela Técnica Superior de Barcelona [citado 2013 Nov 22].
- 56.** Escobar, M. Redes sociales como factor predictivo de situaciones de discapacidad al comienzo de la vejez [trabajo para optar el título de doctorado]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2010 [citado 2013 Nov 22] Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4642/maeb1de1.pdf?sequence=1>
- 57.** Polit D y Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed .Mexico: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2012
- 58.** OPS/OMS. Vivienda Saludable. [página en internet]. México: 2010. [Actualizado 20 junio 2011; citado 16 marzo 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&id=82
- 59.** PRINCIPALES DEFINICIONES UTILIZADAS [página en internet] Uruguay: Instituto Nacional de Estadísticas; ©2012 [citado 2013 Nov. 27]. [Alrededor de 4

pantallazos]

60. Definiciones y explicaciones [página en internet] Panamá: Contraloría General; ©2012 [citado 2013 Nov. 27]. [Alrededor de 8 pantallazos] Disponible

61. Pérez J. Definición de vivienda unifamiliar. Esta página fue modificada por última vez el 4 nov 2015 a las 13:58. https://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda_unifamiliar

62. Universidad de los Andes Venezuela. Conceptos y definiciones de vivienda propia . [página en internet]. Mexico. [citado 20 de junio 2010]. Disponible en: http://iies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos_definiciones_de_vivienda_propia_%C3%B3n_vivienda.html.

63. Fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF).Servicios básicos para la salud. Centro de Investigaciones Innocenti. Florencia, Italia; 2014. Disponible en: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/basics.pdf>.

64. Javier P. Análisis de los determinantes de las viviendas en el adulto mayor del caserío de pampa-suyo [tesis para optar el título de maestría] [universidad nacional de Puno]- 2011

65. Definiciones y explicaciones [página en internet] Panamá: Contraloría General; ©2012 [citado 2013 Nov. 27]. [Alrededor de 8 pantallazos] Disponible

66. Tegucigalpa C; Manejo Adecuado De Las Excretas En Situaciones De Emergencias

- Y Desastres. [página en internet]. Colombia : 2011. [Actualizado 02 setiembre 2012; citado 08 mayo 2014]. Disponible en : http://www.redatam.org/redchl/mds/casen/WebHelp/informacion_casen/conceptos_y_definiciones/vivienda/eliminacion_de_excretas.htm
- 67.** Calle G. Tipo de energía o combustible que se utiliza para cocinar [página en internet]. Argentina : 2011. [Actualizado 12 de octubre 2012]. Disponible en : http://es.hesperian.org/hhg/A_Community_Guide_to_Environmental_Health:Combustible_para_cocinar_y_calentar
- 68.** Definiciones y explicaciones [página en internet] Panamá: Contraloría General; ©2012 [citado 2013 Nov. 27]. [Alrededor de 8 pantallazos] Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Energia_p%C3%BAElectrica
- 69.** Definiciones y explicaciones [página en internet] Panamá: Contraloría General; ©2012 [citado 2013 Nov. 27]. [Alrededor de 8 pantallazos] Disponible en: <http://www.disasterinfo.net/desplazados/documentos/saneamiento01/2/dispsanbasuras.htm>
- 70.** Real Academia Española. Agua de cisterna. [Página en internet]. España : 2012. [Actualizado 5 enero 2016]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Agua_de_Cisterna
- 71.** Hernández H. Consultor Salud y Ambiente de OPS / OMS Guías Básicas de eliminación de excretas y Saneamiento [página en internet]. 4ta. Edición, año 2012.

Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/desastres/honmaese.pdf>

72. Sánchez B. Gas, el comodista en el país. [Página en internet]. Perú: 2010.

[Actualizado 20 octubre 2011. Disponible en:
http://elcomidista.elpais.com/elcomidista/2011/10/20/articulo/1287554400_128755.html

73. Agencia chilena de eficiencia energética. «La eficiencia energética». [Página en internet]. Archivado desde el original el 24 de noviembre de 2015. Consultado el 11

de septiembre de 2011. Disponible en:
https://es.wikipedia.org/wiki/Energ%C3%ADa_el%C3%A9ctrica

74. Gómez A. Función del recolector de basura [página en internet]. Perú: 2010.

[Actualizado 22 mayo 2012]. Disponible en:
<http://recolectoresbasura.blogspot.pe/2012/05/funcion-la-funcion-del-recolector-de.html>

75. Román, E. Análisis de la implantación de un modelo de vivienda integrado para el adulto mayor en Puerto Rico: Posibilidades y potencial impacto social [trabajo para optar el título de doctorado en Ingeniería de Proyectos]. Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya; 2010 [citado 2013 Nov 22] Disponible en:

<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/110346/TERM1del>

76. Pérez, L. “Necesidades de las personas mayores, vejes, economía, sociedad. insersos.

Madrid, España 2011”. [Para optar en grado de doctor]. [Universidad de Madrid

España]. Disponible desde. <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/1556/1/16728191>.

77. José A. Problemas relacionados con el alcohol, en los ancianos. Documento en línea
Consulta: Diciembre 2011. disponible en <http://www.instituto.bitacora.org/familia/afecta.Htm>

78. Centro Nacional de Información sobre la Salud. El número de horas de que el adulto necesita para descansar 31 de agosto ,2016

79. Hugo M. Higiene. Querétaro, Universidad Autónoma de Querétaro. Principios básicos de la salud, Mexico 2012
<https://jojoi.wordpress.com/2007/06/18/%C2%BFpor-que-es-importante-banarse>

80. Zoe M. La importancia del examen médico periódicos 2012
<http://zoeymaia.blogspot.pe/2012/01/tema-5-examen-medico-periodico-su.html>

81. Ministerio de Salud. Los beneficios de no fumar [página en internet]. Argentina: 2010. [Actualizado 9 de julio 2013]. Disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/tabaco/index.php/informacion-para-ciudadanos/beneficios-de-dejar-de-fumar>

82. Organización Mundial de la salud. Consumo de alcohol [página en internet]. España : 2011. [Actualizado 19 de febrero 2012]. Disponible en:
https://es.wikipedia.org/wiki/Bebida_alcoh%C3%B3lica

- 83.** Ramírez A. Cuantas horas necesito dormir [página en internet]. Argentina: 2012. [Actualizado 31 agosto 2016]. Disponible en: <https://healthfinder.gov/espanol/prevention/ViewTopicFull.aspx?topicId=27>
- 84.** Gonzales R. Es bueno ducharse todos los días [página en internet]. California : 2010. [Actualizado 2 de agosto 2014]. Disponible en: <http://www.abc.es/sociedad/20140723/abci-beneficiosducharse201407221956.html>
- 85.** Ruiz A. Chequeo médico en el adulto mayor [página en internet]. Perú: 2013. [Actualizado 8 de octubre 2016]. Disponible en: <http://www.contigosalud.com/chequeo-medico-que-incluye>
- 86.** Acuña Y, Cortes R. “Promoción de Estilos de Vida Saludable Área de Salud de Esparza, San José, Costa Rica Abril 2012”. [Tesis para optar Título de licenciados en enfermería]. [Universidad Nacional de Costa Rica]. Disponible en: <http://www.uncra.edu/tesis/estil-viva/bibliote/nacional>.
- 87.** Mantilla, S. Actividad física, Calidad de vida y otros Comportamientos de salud en estudiantes universitarios [trabajo para optar el título de doctorado]. Murcia: Universidad de Murcia; 2019. [citado 2013 Nov 15] Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/123293/TSCMT.pdf?sequence=1>
- 88.** Márquez, R.. Actividad física y enfermedad (en español). An. Med. Interna (Madrid) [online]. 2012. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Actividad_f%C3%ADsica

- 89.** ONU. Organización de la naciones unidas , alimentación , nutrición [página en internet]. Santa Fe: 2010. [Actualizado marzo 2013; citado 15 junio 2015].
- 90.** Paolot A. Una caminata diaria beneficia tu salud [página en internet]. 2011. [Actualizado 12 mayo 2012; citado 5 de octubre 2015]. Disponible en: <http://juventudhermosotesoro.blogspot.pe/2012/12/una-caminata-diaria-beneficia-tu-salud.html>
- 91.** Hernández C. Una buena alimentación para el adulto mayor. [página en internet]. 2011 [citado 20 setiembre 2013]. Disponible en: <http://www.salud180.com/adultos-mayores/una-buena-alimentacion-para-adultos-mayores>
- 92.** Polanco K, Ramos L. Estilos De Vida Y Factores Biosocioeconomicos de la Persona Adulta De La Comunidad Señor De Palacios. Ayacucho[tesis para optar el titulo de enfermería]. Piura, Perú: Universidad católica los Ángeles de Chimbote; 2009
- 93.** "Salud Pública en las Américas" define como novena función esencial "garantizar la calidad de la atención a la salud , individuales y colectivos" del año 2011 https://es.wikipedia.org/wiki/Departamento_de_Emergencias
- 94.** Carlos G. Define el SIS como el seguro integral de salud / Atención al Asegurado (OPE) 2012. http://www.sis.gob.pe/portal/quienes_somos/index.html
- 95.** Fernández J. Calidad en la atención al cliente. [página en internet]. 2010.

[Actualizado 6 febrero 2012; citado 23 abril 2015]. Disponible en:
<http://es.slideshare.net/jcfdezmxvtas/calidad-en-la-atencin-al-cliente>

96. Paulo M. En sus estudiados determinantes de las redes sociales, reciben algún tipo de apoyo social natural, Colombia 2012

97. Atención primaria de salud [página en internet]. Ginebra: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud – ONU; ©2013 [citado 2013 Nov. 27].
[Alrededor de 8 pantallazos] Disponible en:
http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

98. MONTES de Oca, Verónica. Relaciones familiares y redes sociales. En Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas. México. Consejo Nacional de Población, 2013

99. Organización Mundial de la Salud (2015) . . Consultado el 18 de julio de 2015

100. Meyer C. La enfermedad pulmonar intersticial en los ancianos: patogenia, diagnóstico y manejo. Sarcoidosis Vasc difusa de pulmón Dis. 2011 Jul; 28 (1): 3-17

101. Fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF). Servicios básicos para la salud. Centro de Investigaciones Innocenti. Florencia, Italia. 2010

102. Katerine C. El pandillaje en adolescentes jóvenes Perú, 22 de noviembre del 2012
Leer más:<http://www.monografias.com/trabajos53/pandillaje-peru/pandillaje>.

ANEXOS N° 01

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

GRÁFICO 1

GRÁFICO SEGÚN SEXO EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

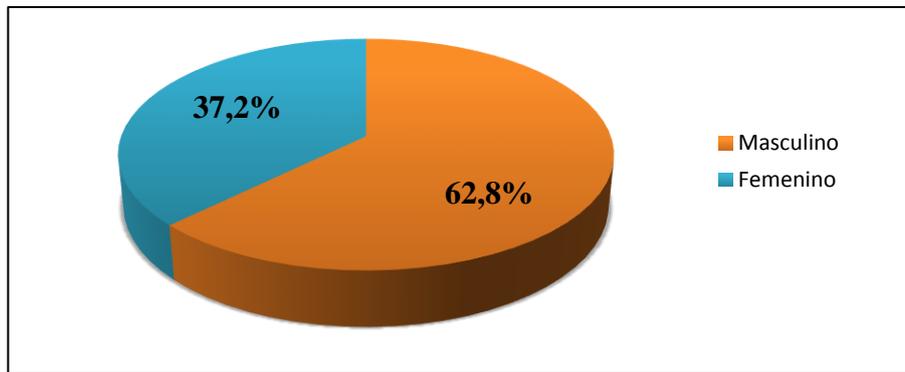


Figura: Tabla N°01

GRÁFICO 2

GRÁFICO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL ADULTO MAYOR DEL ASNTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015

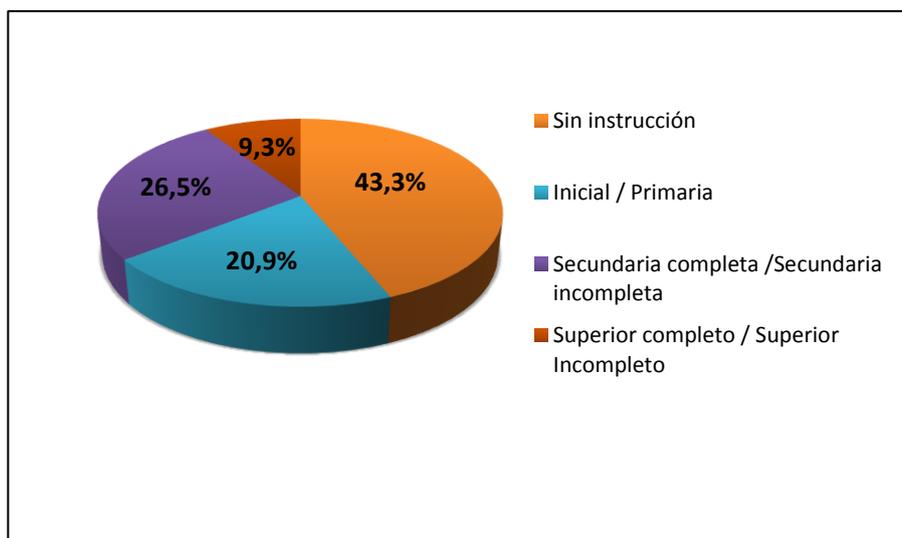


Figura: Tabla N°01

GRÁFICO 3
GRÁFICO SEGÚN INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR EN EL ADULTO
MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO
CHIMBOTE, 2015.

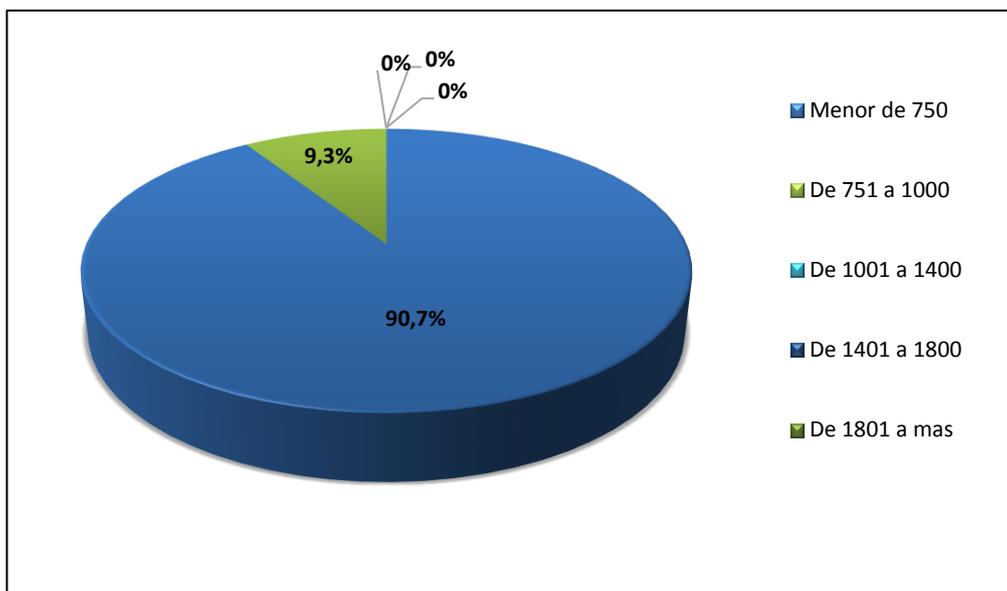


Figura: Tabla N°01

GRÁFICO 4
GRÁFICO SEGÚN OCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA EN EL ADULTO
MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO
CHIMBOTE, 2015.

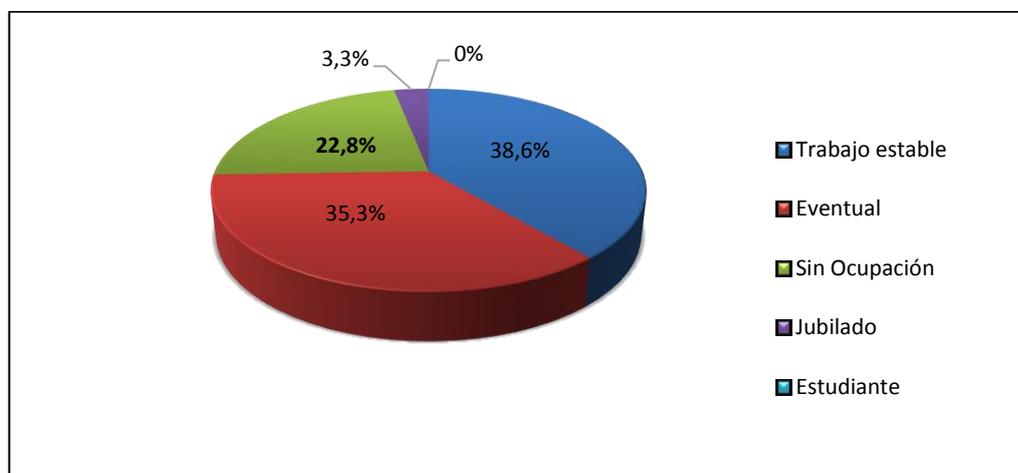


Figura: Tabla N°01

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRÁFICO 5

GRÁFICO SEGÚN TIPO DE VIVIENDA EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

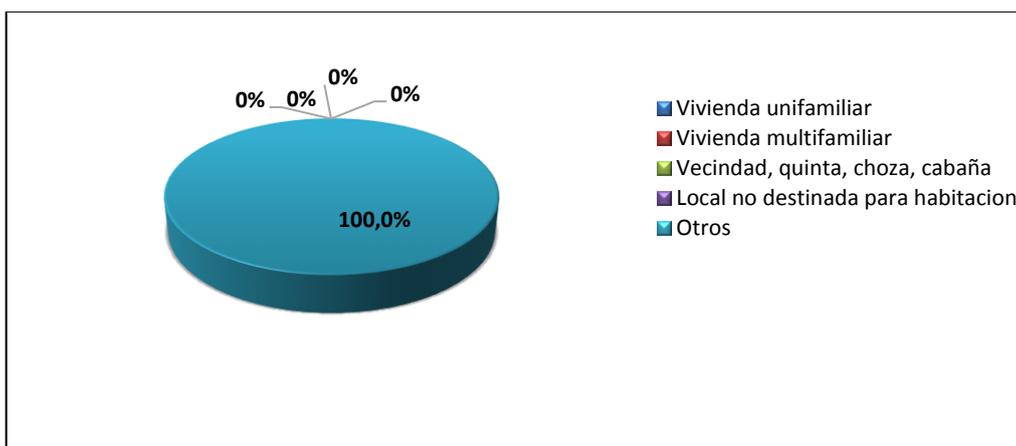


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 6

GRÁFICO SEGÚN TENENCIA DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

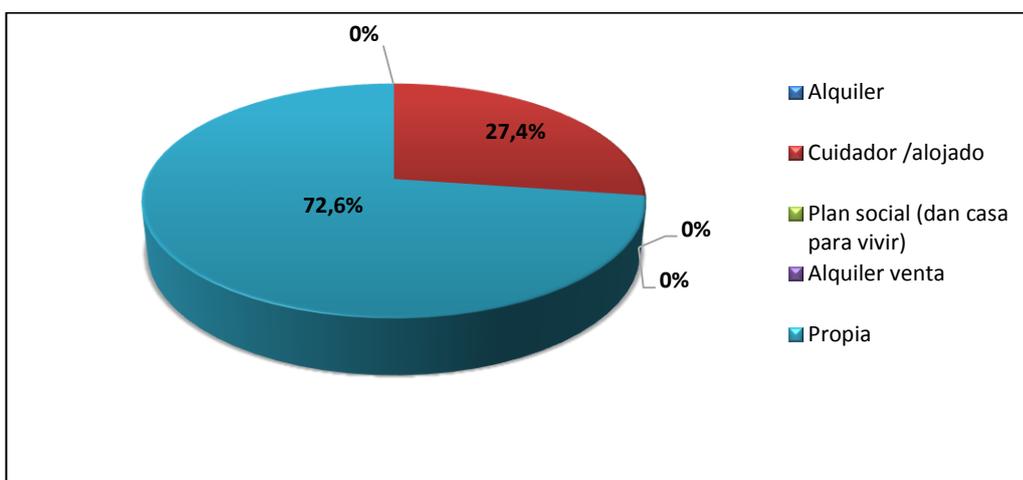


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 7

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

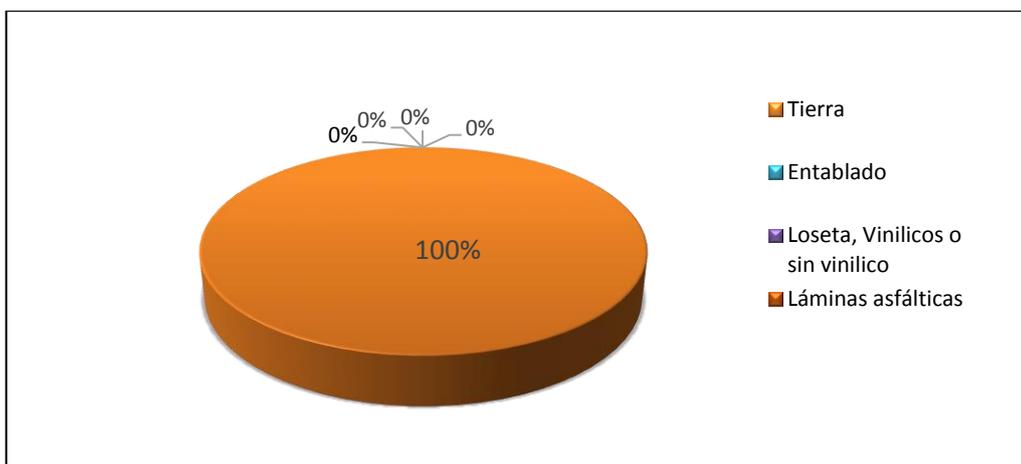


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 8

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

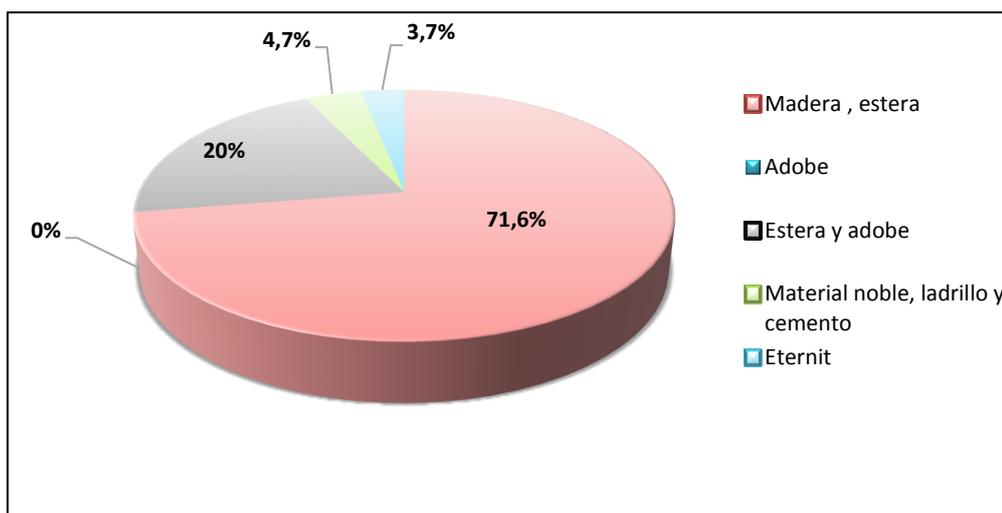


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 9

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA VIVIENDA EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

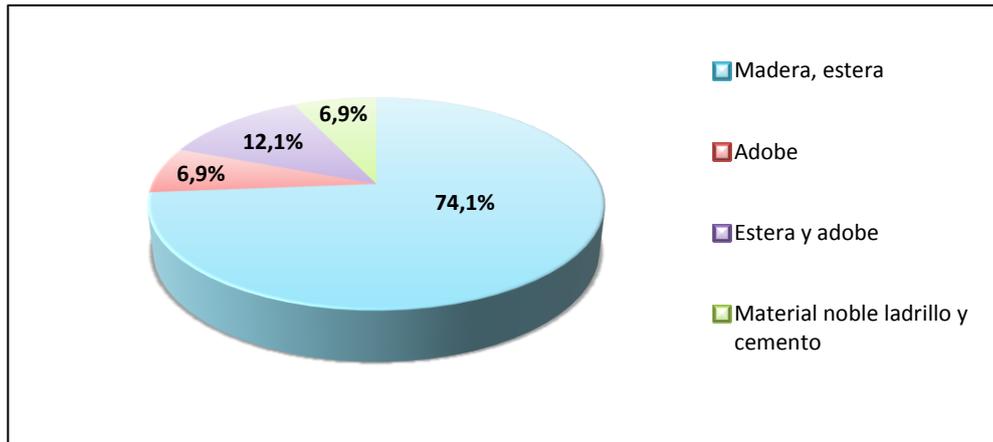


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 10

GRÁFICO SEGÚN NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN DE LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

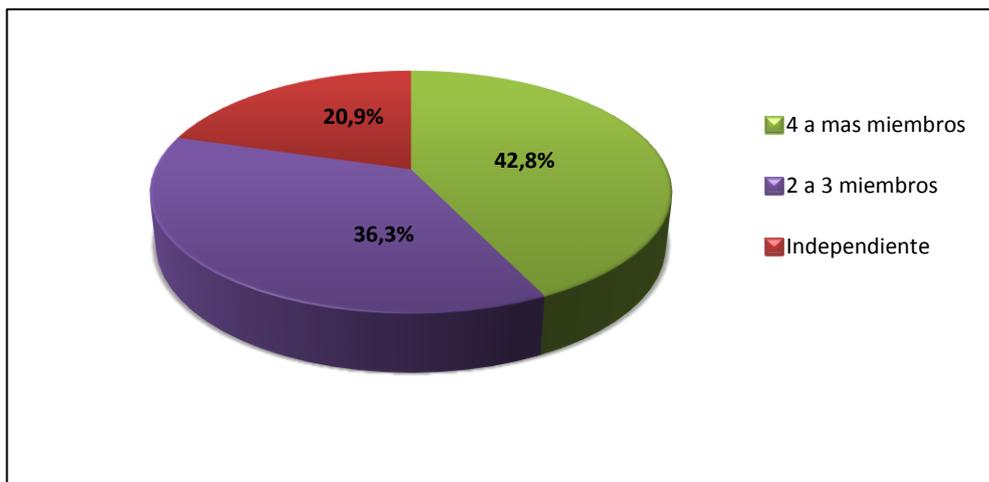


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 11

GRÁFICO SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

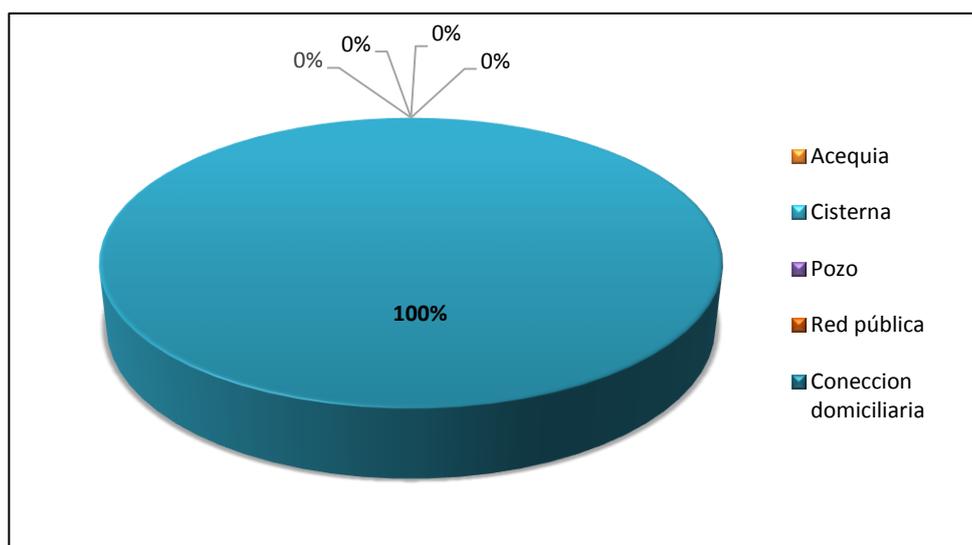


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 12

GRÁFICO SEGÚN ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LAS VIVIENDAS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

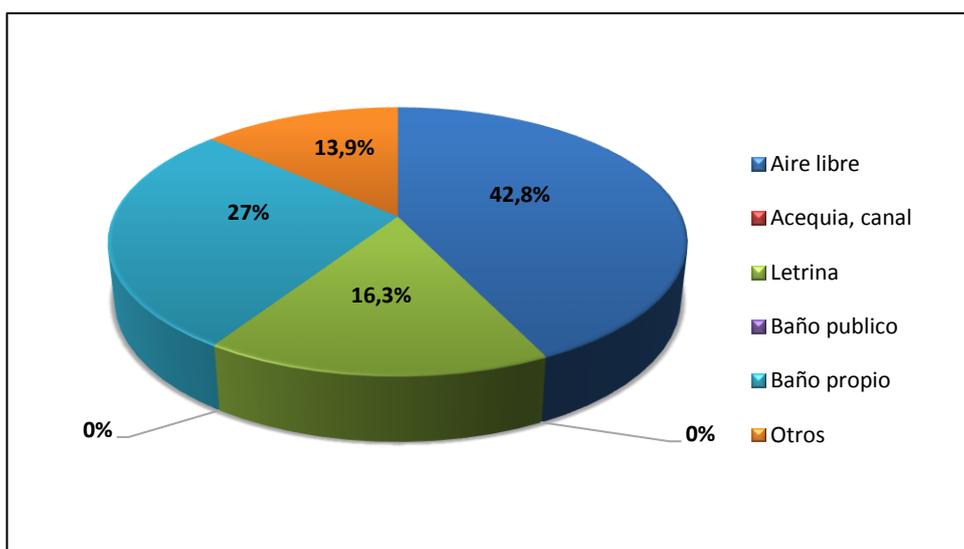


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 13

GRÁFICO SEGÚN COMBUSTIBLE QUE SE UTILIZA PARA COCINAR EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

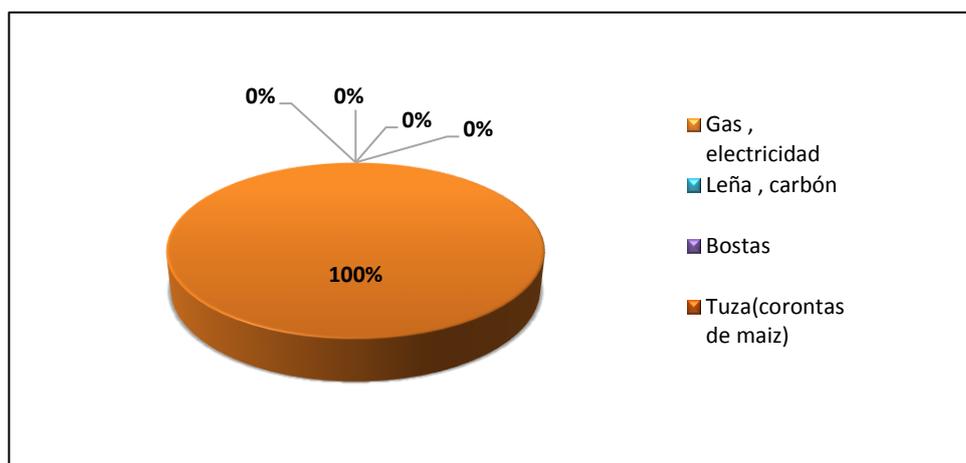


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 14

GRÁFICO SEGÚN ENERGÍA ELÉCTRICA QUE SE UTILIZA PARA COCINAR EN LAS VIVIENDAS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

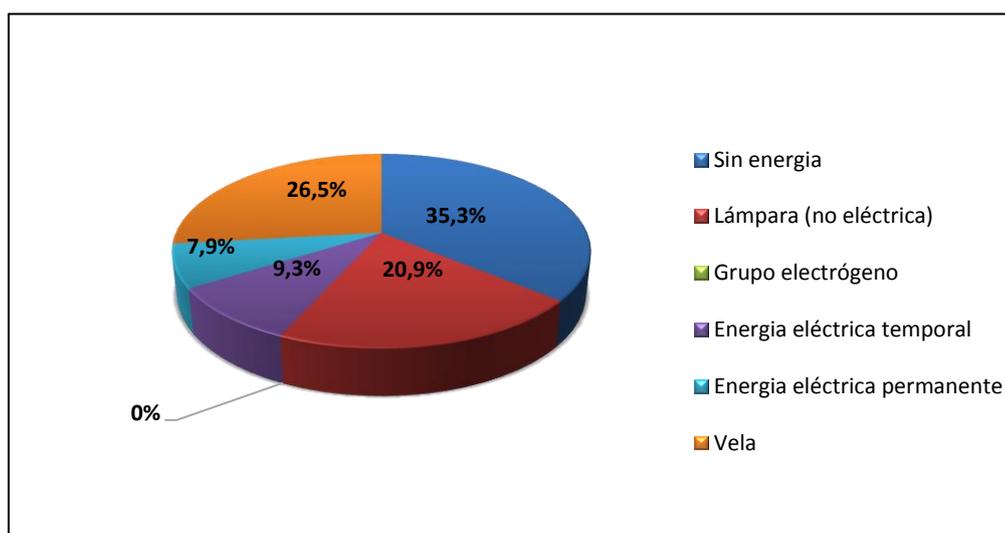


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 15

GRÁFICO SEGÚN DISPOSICIÓN DE LA BASURA EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

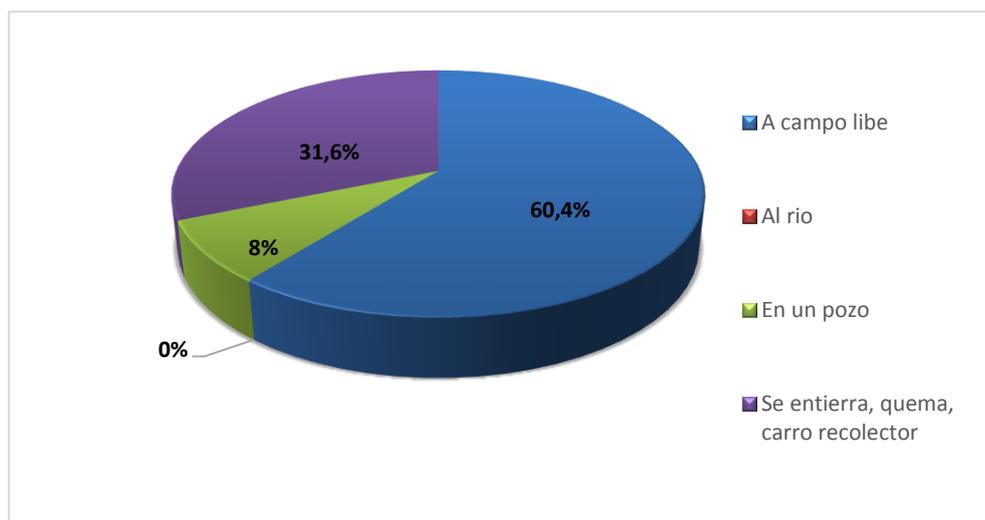


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 16

GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISOA. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

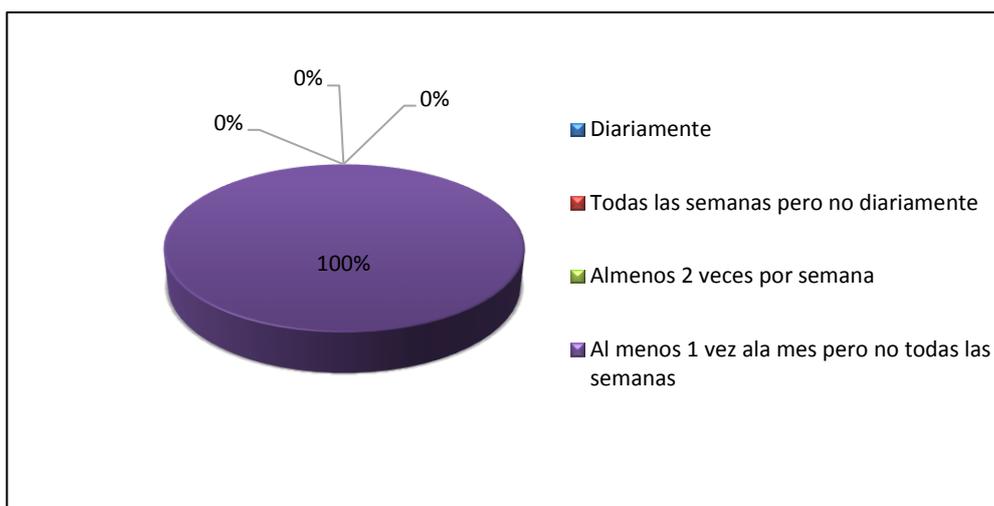


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 17

GRÁFICO SEGÚN LUGARES DÓNDE SUELEN ELIMINAR LA BASURA DE LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

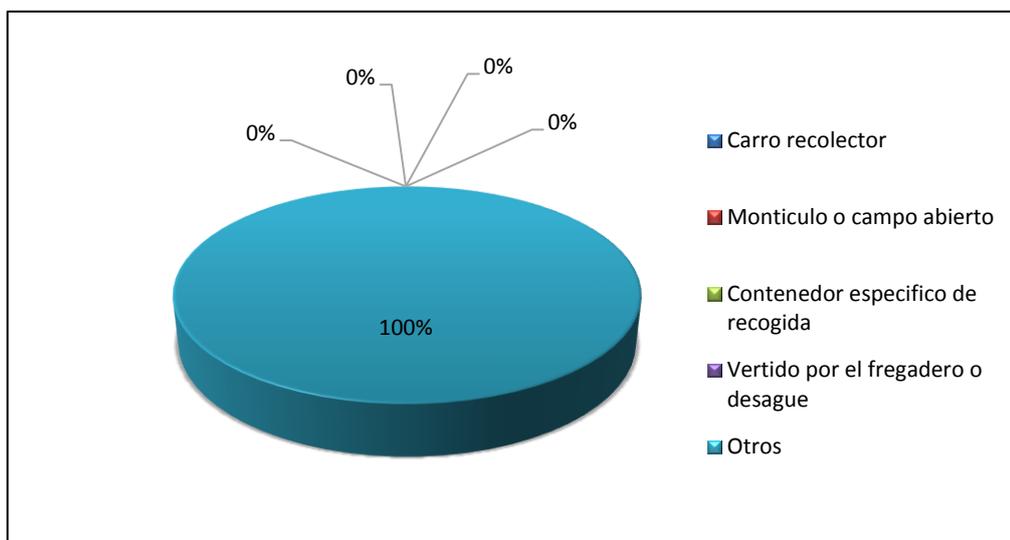


Figura: Tabla N°02

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRÁFICO 18

GRÁFICO SEGÚN HÁBITO DE FUMAR DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

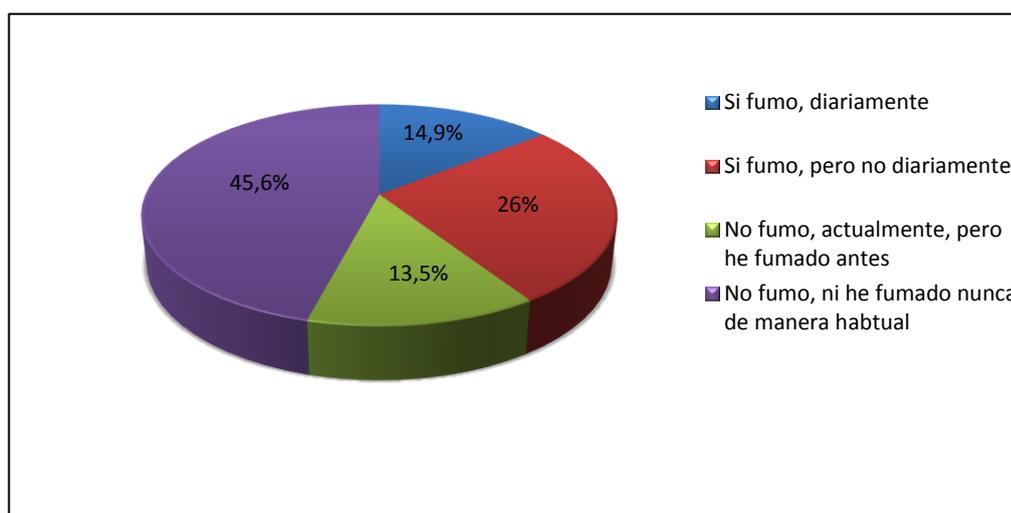


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 19

GRÁFICO FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

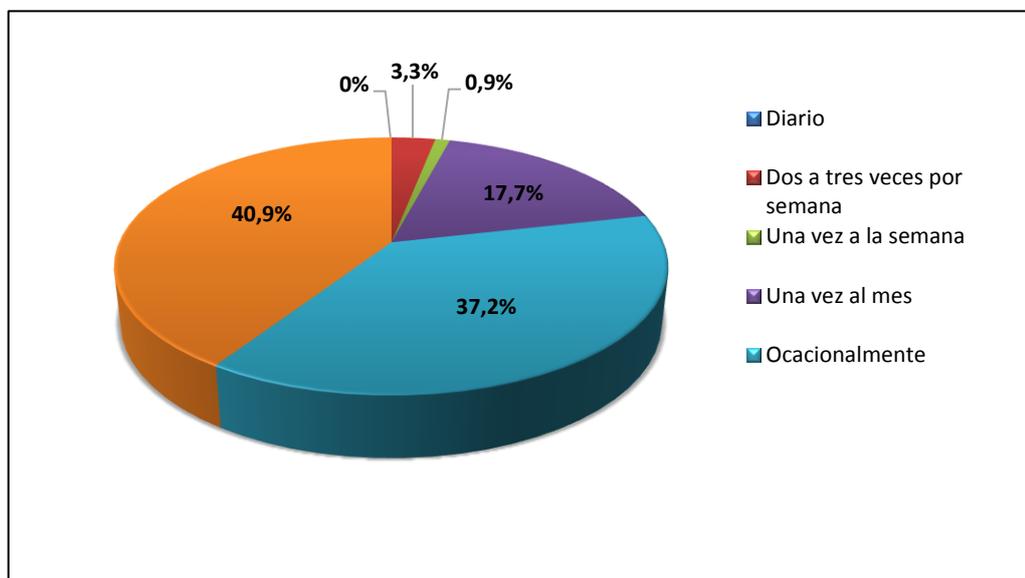


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 20

GRÁFICO SEGÚN NÚMERO DE HORAS QUE DUERMEN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

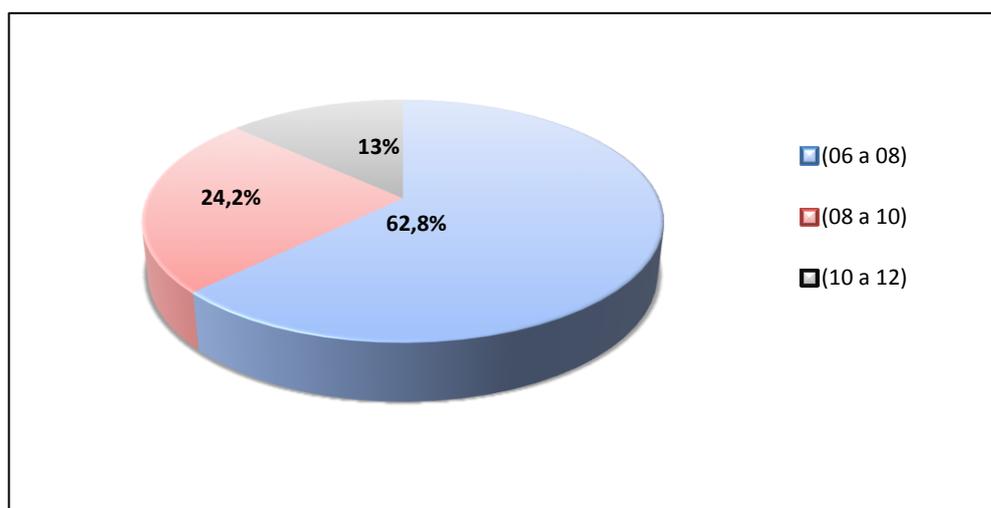


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 21

GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑAN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIBOTE, 2015.

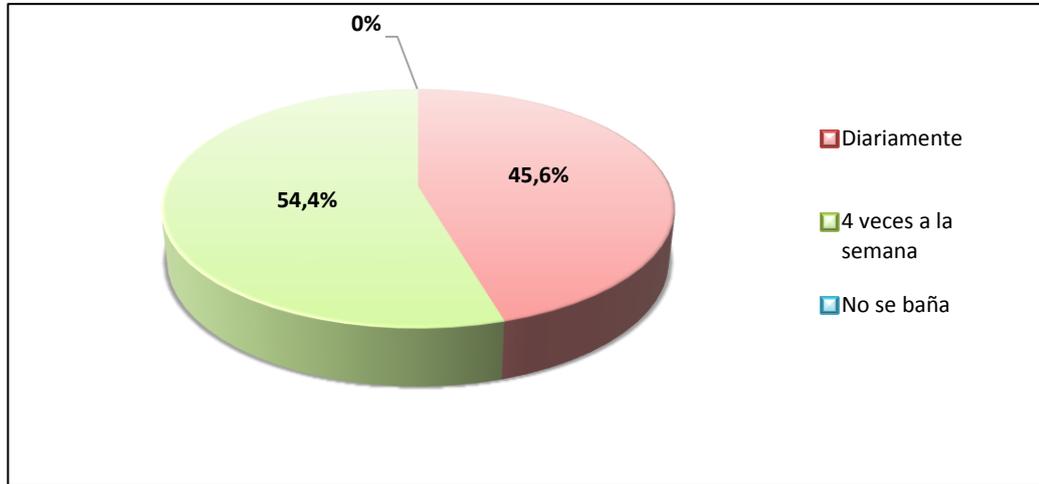


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 22

GRÁFICO SEGÚN REGLAS Y ESPECTATIVAS CLARAS Y CONSISTENTES ACERCA DE LA CONDUCTA Y/O DISCIPLINA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

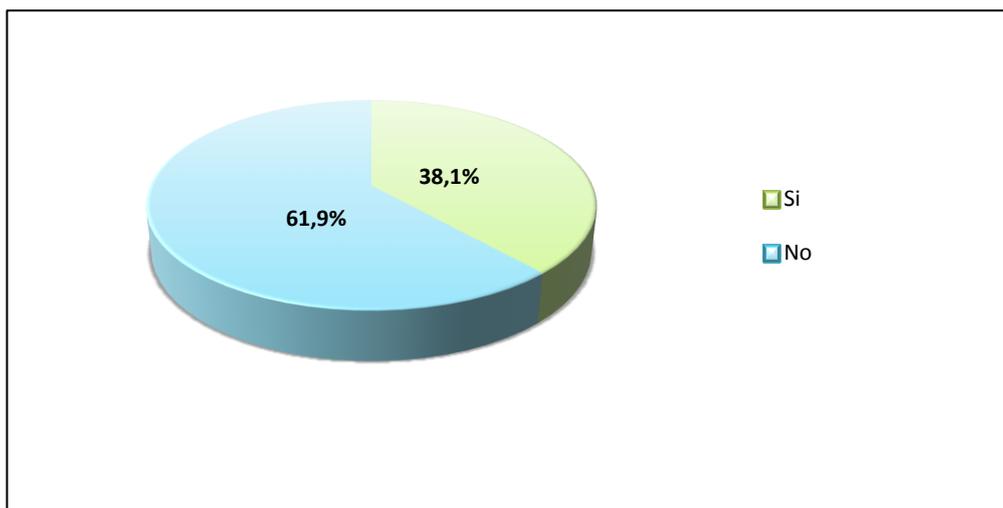


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 23

GRÁFICO SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZAN EN SU TIEMPO LIBRE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

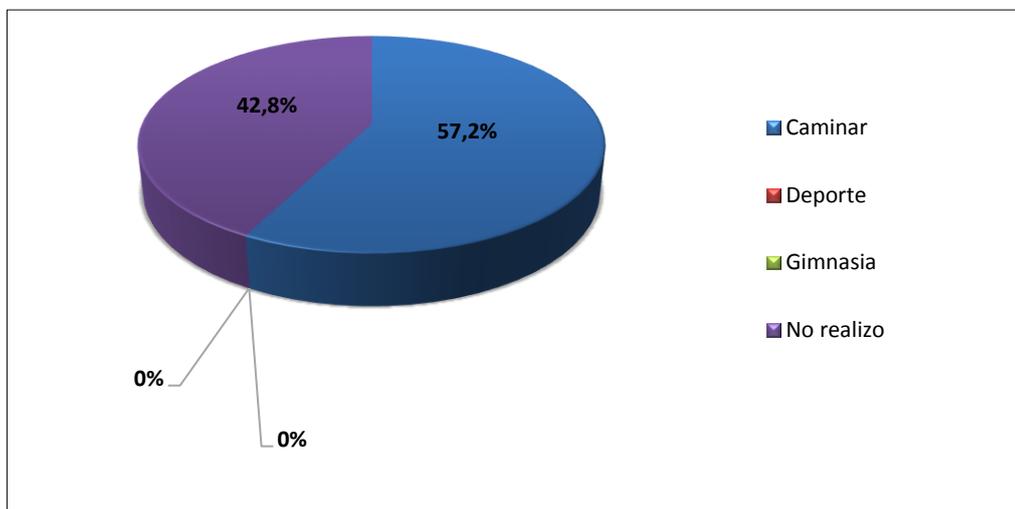


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 24

GRÁFICO SEGÚN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS QUE REALIZARON ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE MAS DE 20 MINUTOS LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

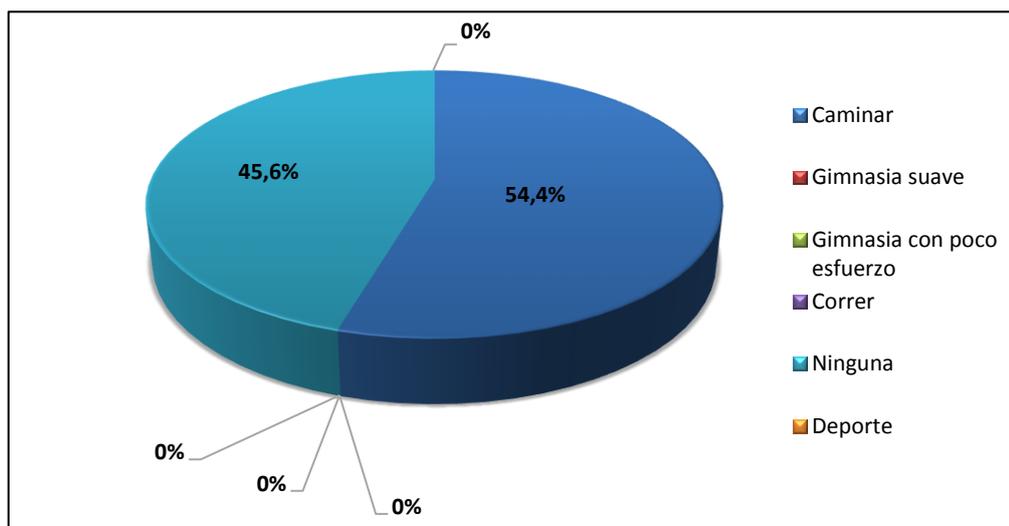


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 25

GRÁFICO SEGÚN CONSUMO DE ALIMENTOS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE. 2015.

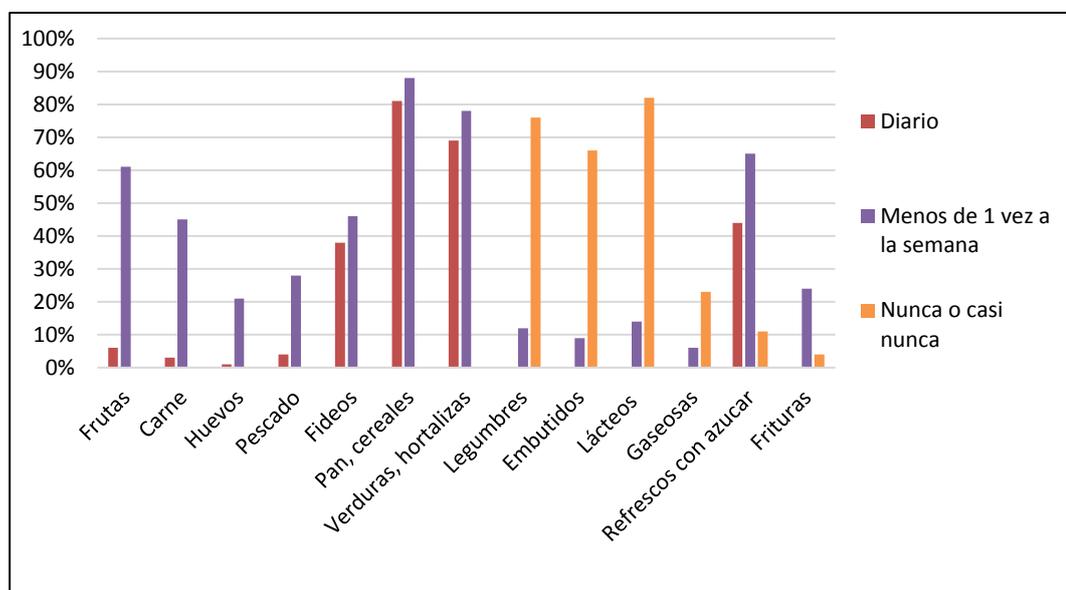


Figura: Tabla N°03

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRÁFICO 26

GRÁFICO SEGÚN INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIERON EN ESTOS 12 ÚLTIMOS MESES LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

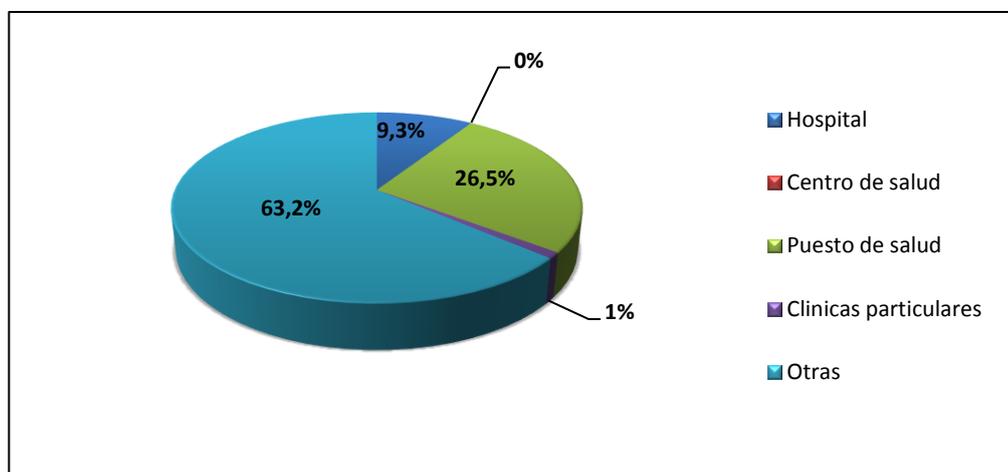


Figura: Tabla N°04

GRÁFICO 27

GRÁFICO SEGÚN UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE SE ATENDIERON EN RELACIÓN A LA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

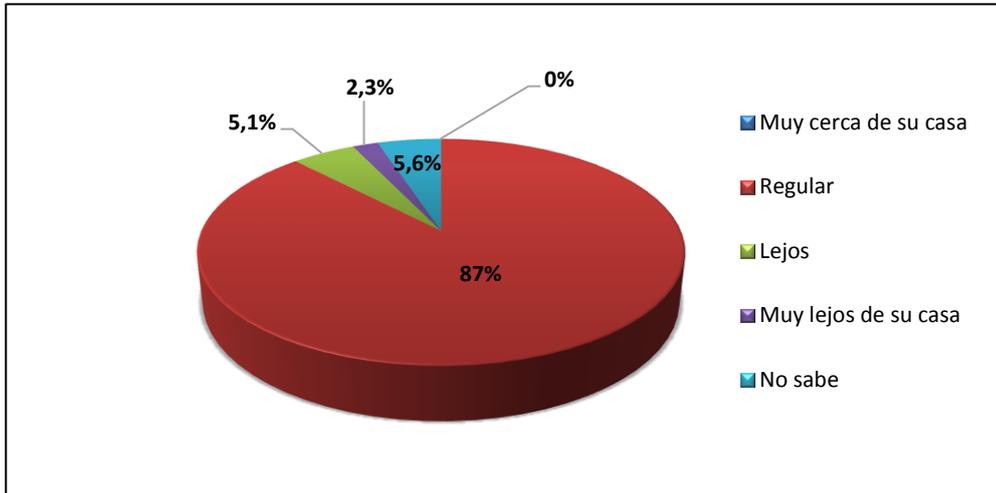


Figura: Tabla N°04

GRÁFICO 28

GRÁFICO SEGÚN TIPO DE SEGURO QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANONUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

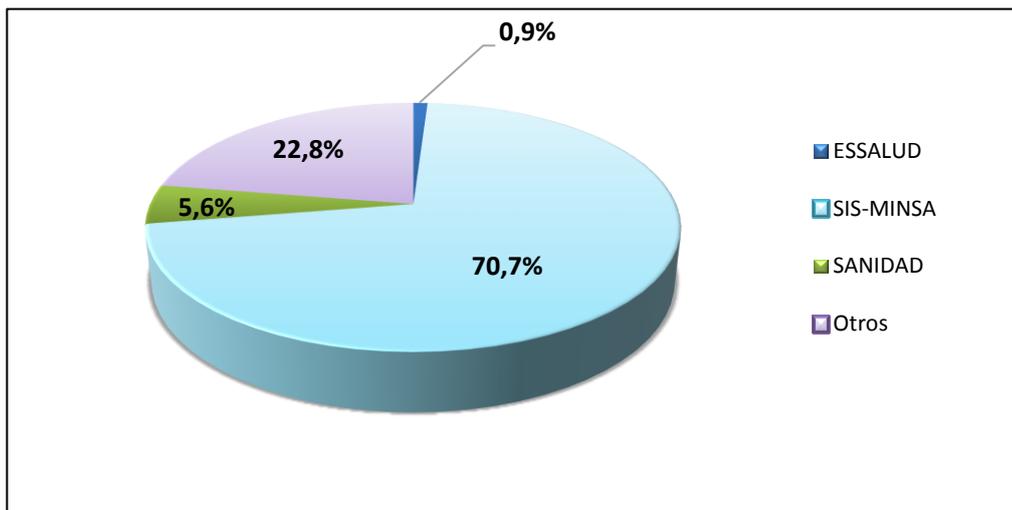


Figura: Tabla N°04

GRÁFICO 29

GRÁFICO SEGÚN PERCEPCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

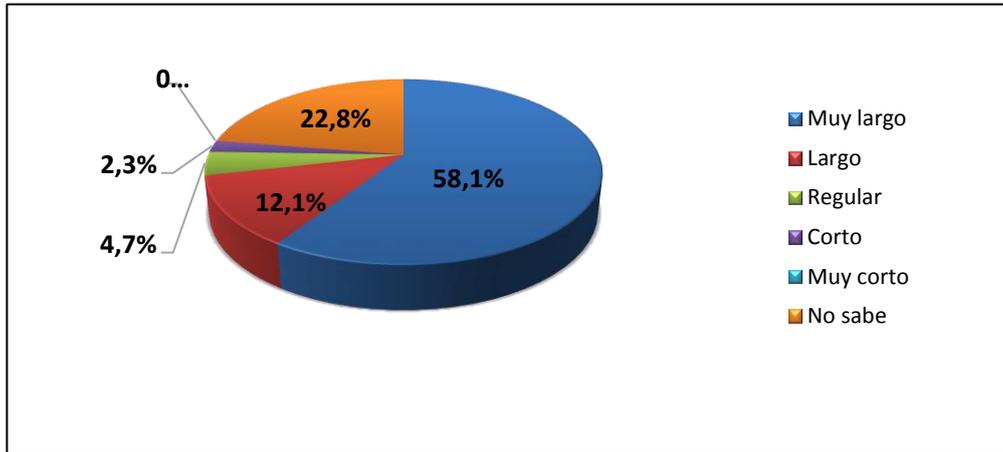


Figura: Tabla N°04

GRÁFICO 30

GRÁFICO SEGÚN CALIDAD DE LA ATENCIÓN QUE RECIBIERON LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

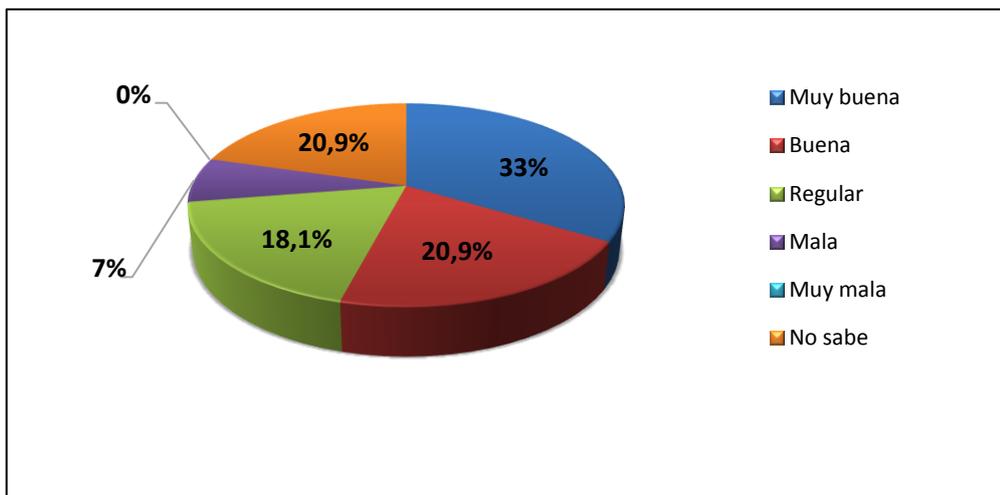


Figura: Tabla N°04

GRÁFICO 31

GRÁFICO SEGÚN PRESENCIA DE PANDILLAJE O DELICUENCIA CERCA DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

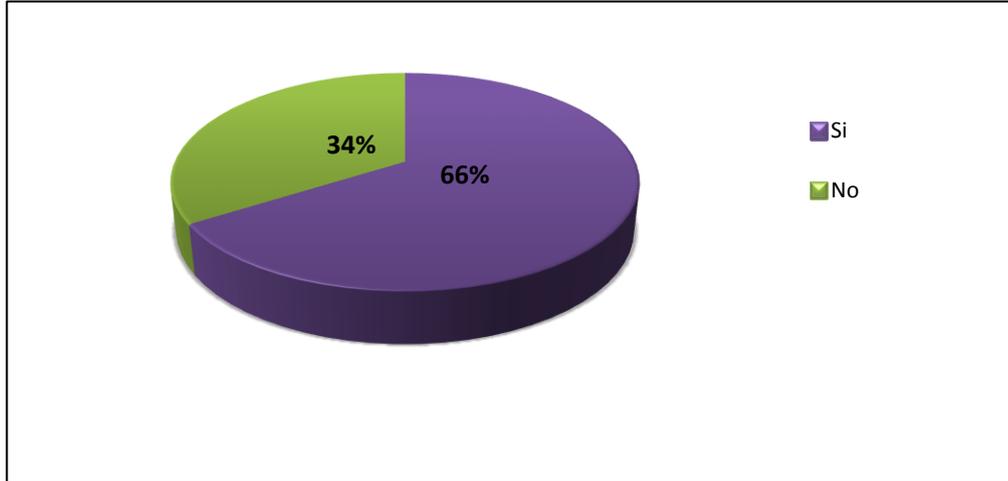


Figura: Tabla N°04

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL

GRÁFICO 32

GRÁFICO SEGÚN RECIBEN ALGÚN APOYO SOCIAL NATURAL LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

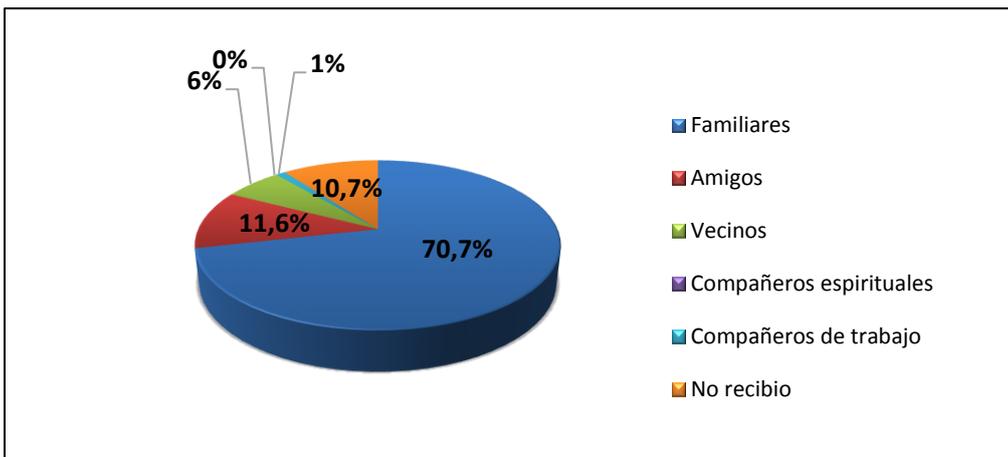


Figura: Tabla N°05

GRÁFICO 33

GRÁFICO SEGÚN RECIBEN ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

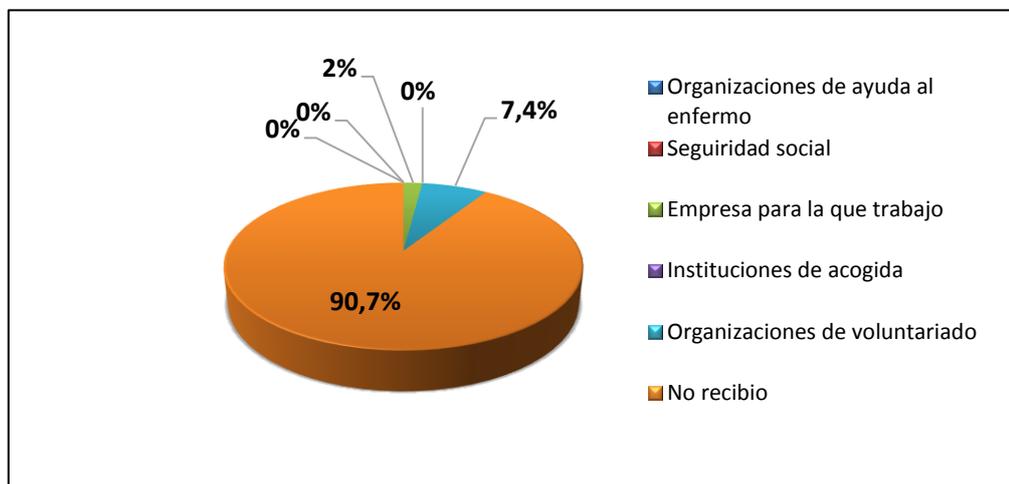


Figura: Tabla N°05

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN

GRÁFICO 34

GRÁFICO SEGÚN APOYO QUE RECIBEN DE ALGUNAS ORGANIZACIONES LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

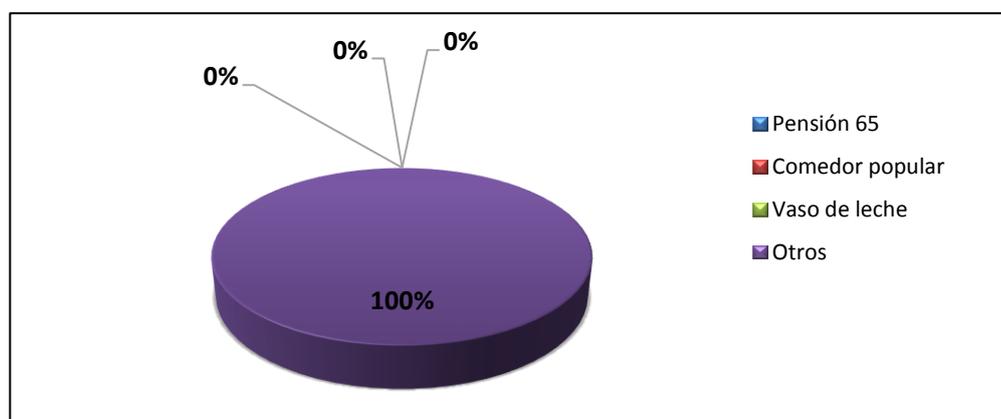


Figura: Tabla N°06

ANEXO N° 2



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL
ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAÍSO -
NUEVO CHIMBOTE, 2015.

Elaborado por Vélchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES SOCIOECONOMICO

1. Grado de instrucción:

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

2. Ingreso económico familiar en nuevos soles

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

- De 1801 a más ()

3. Ocupación del jefe de familia:

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

4. Vivienda

6.1. Tipo:

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

6.2. Tenencia:

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

6.3. Material del piso:

- Tierra ()
- Entablado ()
- Loseta, vinílicos o sin vinílicos ()

- Láminas asfálticas ()
- Parquet ()

6.4. Material del techo:

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

6.5. Material de las paredes:

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

6.6 Cuantos personas duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua:

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

- Conexión domiciliaria ()

8. Eliminación de excretas:

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

9. Combustible para cocinar:

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

10. Energía eléctrica:

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

11. Disposición de basura:

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

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

17. Con que frecuencia se baña?

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

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

Si () NO ()

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

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

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

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

21. DIETA:

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

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

• Lácteos					
• Dulces, gaseosas					
• Refrescos con azúcar					
• Frituras					

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

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

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

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

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

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

- Otros ()

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

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

27. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

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

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

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

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

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si () No ()

Muchas gracias, por su colaboración

ANEXO 3

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 9 jueces expertos del área de Salud.

2. Se alcanzó a cada una de la expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DEL ADULTO JOVEN EN LAS REGIONES DEL PERÚ”. (Ver anexo--).
3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
 - Esencial?
 - útil pero no esencial?
 - no necesaria?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas (Ver anexo)
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 9 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla

Tabla

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

Nº	V de Aiken	Nº	V de Aiken
1	1,000	14	1,000
2	1,000	15	1,000
3	1,000	16	1,000
4	1,000	17	1,000
5	0,944	18	1,000
6.1	1,000	19	1,000
6.2	1,000	20	1,000
6.3	1,000	21	1,000
6.4	1,000	22	1,000
6.5	1,000	23	1,000
6.6	1,000	24	1,000
7	1,000	25	1,000

8	1,000	26	1,000
9	1,000	27	1,000
10	1,000	28	1,000
11	1,000	29	1,000
12	1,000	30	1,000
13	1,000		
Coefficiente V de Aiken total		0,998	

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

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

ANEXO N° 4

TABLA 2

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

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
Coficiente de validez del instrumento														0,998

ANEXO N° 05
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO DEL PERÚ
NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

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

P6.5									
Comentario									
P6.6									
Comentario:									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									

Comentario:									
5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentarios									
P18									
Comentario									
P19									
Comentario									
P20									
Comentario									
P21									
Comentario									

6 DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario:									
P25									
Comentario:									
P26									
Comentario:									
P27									
Comentario:									
P28									
Comentario									
P29									
Comentario									

P30								
Comentario								

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

Gracias por su colaboración.

ANEXO N° 6



UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO MAYOR DEL
ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO PARAISO - NUEVO CHIMBOTE, 2015.**

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

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

FIRMA

.....