



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO
MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE
COMITÉ 8 – CHIMBOTE, 2013.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA

CHAVEZ HUAMAN, HELEN JANETH

ASESOR

MOSQUEIRA POÉMAPE, FREDDY WILSON

CHIMBOTE – PERÚ

2015

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgter. Enf. JULIA CANTALICIA AVELINO QUIROZ

PRESIDENTE

Mgter. Enf. LEDA MARÍA GUILLÉN SALAZAR

SECRETARIA

Dra. SONIA AVELINA GIRÓN LUCIANO

MIEMBRO

AGRADECIMIENTO

A DIOS ; por demostrarme su apoyo y amor incondicional día a día ,agradeciéndole por darle salud a mis padres y por permitir que pueda terminar mi carrera y poder ejercerla en un futuro ,siempre con la bendición y ayuda incondicional de ÉL.

A Mgtr. Freddy Mosqueira .Por su paciencia que me ha brindado durante todo este el tiempo, en la elaboración y a la culminación en la presentación de mi investigación de tesis.

HELEN

DEDICATORIA

A mis padres por su amor durante todo
y apoyo incondicional en este
tiempo por me, fuerza para poder
seguir adelante y no
desmayar en los momentos más
difíciles por estar ahí siempre
conmigo los amo a los dos .

A nuestra Universidad Católica
Los Ángeles de Chimbote y a los
docentes por haber sido guías y
pilares durante nuestra formación
profesional

A mis tres mamitas María, Elena y
Elvira por su apoyo y amor
incondicional siempre a ustedes se
les dedico esta investigación con
todo mi amor para las tres las
Amo.

HELEN

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de describir los determinantes de la salud en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 Chimbote. Es un estudio de naturaleza cuantitativa, no experimental, de tipo descriptivo correlacional de corte transversal. El universo muestral constituido por 176 adultos maduros. Se aplicó un cuestionario sobre los determinantes de la salud en las personas. Para la base de datos se utilizó el software SPSS versión 18.0, concluyendo que en los determinantes socioeconómicos, la mayoría de los adultos maduros son del sexo masculino, tienen un ingreso económico menor de 750 nuevos soles, ocupación eventual y menos de la mitad tienen grado de instrucción secundaria incompleta y completa, respecto a la vivienda el techo es de material de estera y eternit y los pisos de sus viviendas son de láminas asfálticas, cuentan con letrinas en sus casas; en su totalidad su eliminación de basura lo realizan a campo abierto. En los determinantes de estilo de vida, en su dieta consumen a diario fideos, pan y cereales; la mayoría, no realizan ningún tipo de actividad física. Los determinantes de las redes sociales y comunitarias, la mayoría no cuentan con seguro social del SIS, la totalidad de los adultos manifiestan que existe pandillaje y delincuencia cerca de su casa; no reciben ningún apoyo social organizado, ni social, menos de la mitad recibe del vaso de leche y comedor popular.

Palabras clave: Determinantes de la salud, adulto maduro.

ABSTRACT

This research was conducted with the aim of describing determinants of health in the mature adult Poblado Exchange Centre Bridge Committee, 8 Chimbote. It is a quantitative study, non-experimental, correlational cross-sectional descriptive. The universe sample 176 consists of mature adults. A questionnaire on the determinants of health in people applied. SPSS version 18.0 software was used for the database, concluding that the determinants socioeconomic, most mature adults are males, have a lower income of 750 soles eventual occupation and less than half have incomplete secondary education degree and complete with regard to housing the roof is mat material and Eternit and floors of their homes are asphalt sheets, have latrines in their homes; in full garbage disposal is done in the open. In the determinants of lifestyle, your diet consumed daily noodles, bread and cereals; most do not engage in any physical activity. The determinants of social and community networks, most do not have SIS social security, all adults say that there gangs and crime near his house; They receive no organized social support or social, less than half receive the glass of milk and soup kitchen.

Keywords: Determinants of health, mature adult.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	10
2.1. Antecedentes.....	10
2.2. Bases teóricas.....	13
III. METODOLOGÍA.....	20
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	20
3.2. Población y muestra.....	20
3.3. Definición y operacionalización de variables.....	21
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	31
3.5. Plan de análisis.....	34
3.6. Principios éticos.....	35
IV. RESULTADOS.....	37
4.1. Resultados.....	37
4.2. Análisis de resultados.....	46
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	66
5.1. Conclusiones.....	66
5.2. Recomendaciones.....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68

ANEXOS..... 80

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1.....37

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN EL
ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE
COMITÉ 8 - CHIMBOTE – 2013.

Tabla2.....38

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DEL
ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 -
CHIMBOTE – 2013.

Tabla 3.....40

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN EL ADULTO MADURO
CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 - CHIMBOTE – 2013

Tabla 4, 5,6.....42

DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN EL
ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 -
CHIMBOTE – 2013.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico		
1		98
	DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 - CHIMBOTE – 2013.	
Gráfico 2		100
	DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DEL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 - CHIMBOTE – 2013.	
Gráfico 3		107
	DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 - CHIMBOTE – 2013.	
Gráficos	4,	5,
6		112
	DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 - CHIMBOTE – 2013.	

I. INTRODUCCIÓN:

En el presente estudio de investigación se realizó con la finalidad de identificar los determinantes de la salud en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8, Chimbote 2013, para poder mejorar la calidad de vida en los adultos maduros, como sabemos que existen diferentes determinantes que influyen en la salud de las personas. A la vez cuyo objetivo es dar a conocer los resultados obtenidos de la investigación a las autoridades de esta comunidad y al puesto de salud, y también de manera personal conocer cuáles son los indicadores que determinan la situación de la salud en los adultos maduros, para poder actuar de manera oportuna, temprana y objetiva sobre los determinantes que ponen en riesgo o alteran la salud de las personas, para promocionar medidas de prevención para el bienestar de la salud de esta comunidad.

Este estudio de investigación está estructurada y ordenada de la siguiente manera: Introducción, revisión de literatura, metodología, resultados, conclusiones y por último tenemos a las recomendaciones, toda esta estructura se puede visualizar más adelante.

La salud en el Siglo XXI cobra una importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está tomando una dimensión muy especial en cuanto a seguridad respecta. Como tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud la población está determinada por las interacciones complejas entre las

características individuales y sociales que aborda una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente

(1).

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

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

Cuando hablamos de nivel de salud de una población, en realidad se está hablando de distintos factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones y la mitad de los factores que influyen sobre cuán saludable es una población tienen que ver con factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los factores ambientales un 10% y los asociados a

atención de salud en un 25%. Por lo tanto, la mitad de los efectos en salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud (3).

El concepto de determinantes surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. La salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales (4).

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

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

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

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

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

Equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, "la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente." (8).

Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo las brechas en expectativa de vida entre

mujeres y hombres, no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles (8).

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

Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud (10).

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

determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas. Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tales inequidades, carecen de justificación. En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado (9).

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

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

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 (11).

No escapa de esta realidad los adultos maduros del comité 8 del Centro poblado de Cambio Puente que se ubica del distrito de Chimbote, provincia santa, en la costa del sur. Este comité limita por el Norte el comité 7, por el Sur el comité 3, por Este comité 5, por el Oeste el centro penitenciario (12).

En el comité 8 habitan aproximadamente 900 habitantes, dentro de los cuales 176 adultos maduros, se dedican a ser ama de casa, obreros, comerciantes, albañiles, agricultores y algunos son profesionales (12).

El comité presenta luz eléctrica pública, cuentan con agua potable, carecen de desagüe, no tienen letrinas, si no pozo séptico, el carro recolector de basura pasa 1 o 2 veces por semana. Cuentan con el programa del vaso de leche, tienen una pequeña loza deportiva. Además la mayoría cuenta con viviendas de adobe, material noble y otras de esteras. (12).

El Puesto de Salud de Cambio Puente su brinda atención de salud a la comunidad en general, donde los usuarios cuentan unos con Seguro Integral de Salud (SIS). Otros de Es salud pero no todos, las enfermedades más frecuentes en el adulto maduro en este comité son las infecciones urinarias, la gastritis, infecciones respiratorias (12).

Frente a lo expuesto se consideró pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema: **¿Cuáles son los determinantes de la salud en el adulto maduro del Centro Poblado de**

Cambio Puente - Comité 8- Chimbote, 2013?

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

Identificar los determinantes de salud en el adulto maduro del Centro Poblado de Cambio Puente – Comité 8 – Chimbote.

Para dar a conocer el objetivo general, nos hemos planteado los siguientes objetivos específicos:

Identificar los determinantes del entorno socioeconómico (sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) en el adulto maduro del Centro Poblado Cambio Puente – Comité 8 – Chimbote.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad, en el adulto maduro del Centro Poblado de Cambio Puente - Comité 8 – Chimbote.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social, en el adulto maduro del Centro Poblado de Cambio Puente – Comité 8- Chimbote.

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

En este 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. La investigación está

dirigida y adecuada a la calidad que es esencial para lograr a reducir las desigualdades y mejorar la salud de la población y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

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

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

Además es conveniente para las autoridades regionales de la Direcciones de salud y municipios en el campo de la salud, así como para la población del Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas

identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismos.

II. REVISION DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes de la investigación:

A nivel internacional:

Gongalves, M. y colab. (13), 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.

Gongalves, M y colab. (13), destaca que, aun cuando al proceso de envejecimiento poblacional fue iniciado más temprano en Buenos Aires y que, por lo tanto, su población estará más envejecida que la de San Pablo, las condiciones de salud de los ancianos de aquella ciudad fueron mejores que las de San Pablo.

Tovar, C y García, C. (14), en su investigación titulada "La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la

encuesta de calidad de vida 2003", concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.

A nivel Nacional

Rodríguez, Q. (15), 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.

Valverde, L. (16), en su investigación sobre “Determinantes de Salud de los adultos del Sector “B” Huaraz – Huarmey, 2013. Tipo de investigación cuantitativa una muestra constituida por 239 adultos del sector “B”; se utilizó un cuestionario sobre determinantes en salud. Se obtuvieron los siguientes resultados: El 34% tienen secundaria completa/incompleta, el 60% tiene un ingreso económico menor de 750 soles. En relación a la vivienda: el 49% tienen casa propia, el 100% tiene agua intradomiciliaria y energía permanente, el 99% tiene baño propio, el 97% utiliza gas para cocinar, el 50% dispone su basura a campo abierto. En relación a estilos de vida: el 70% no fuma, el 68% ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 82% no se realiza ningún examen médico, el 50% realiza actividad física, el 37% consume pescados 1 vez por semana, el 34% consume frutas diariamente, el 61% consume verduras diariamente. En cuanto a las redes sociales: el 84% cuenta con el SIS.

A nivel local

Melgarejo, E. y colab. (17), en su investigación titulada: Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local de Chimbote y Nuevo Chimbote. 2008. Concluye que en el contexto de la participación comunitaria de cada 10 comunidades 8 de ellas están en un contexto interdependiente y 2 en autogestión. Los factores personales (edad, sexo, grado instrucción, responsabilidad, antecedente de enfermedad y estado de salud) no tienen relación estadística significativa con el contexto de la participación comunitaria.

Existe relación estadística significativa entre lugar de nacimiento y sobrecarga laboral.

2.2 Bases teóricas

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

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio - junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (19).



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

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales. 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 (20).



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

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a

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

b) Determinantes intermediarios.

Incluyen un conjunto de elementos categorizados e 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.

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 (18).

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

modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (21).

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

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

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

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

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

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

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y diseño de investigación de tesis

Estudio Cuantitativo, de corte trasversal (22,23).

Diseño de la investigación

Descriptivo de una sola casilla (24,25).

3.1.1. Universo muestral

Estuvo conformada por 176 adultos maduros que reside en el Centro Poblado Cambio Puente comité 8 en el distrito de Chimbote, departamento de Ancash.

Unidad de análisis

Cada adulto maduro que forma parte del universo muestral y responde a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

Adulto maduro que vive más de 3 años en la zona.

Adulto maduro sano.

Adulto maduro que acepta la participación en el estudio

Tener la disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

Adulto maduro que tenga algún trastorno mental.

3.2. Definición y operacionalización de variables

3.2.1. Determinantes del entorno Socioeconómico

SEXO

Definición conceptual.

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

Definición operacional

Escala nominal:

Masculino

Femenino

GRADO DE INSTRUCCIÓN**Definición conceptual**

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (27).

Definición operacional

Escala Ordinal

Sin nivel

Inicial / primaria

Secundaria incompleta / secundaria completa.

Superior no universitaria incompleta / superior no universitaria completa.

Superior universitaria incompleta / superior universitario completa.

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 (28).

Definición operacional

Escala de razón
menor de 750 soles

De 751 a 1000 soles

De 1001 a 1400

De 1401 a 1800

De 1801 a más

OCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (29).

Definición Operacional

Escala nominal

Trabajo estable

Eventual

sin ocupación

Jubilado

Estudiante

CONDICIÓN DE EMPLEO

Definición conceptual

Las condiciones de empleo se refieren a las circunstancias en las que el trabajo se realiza, y se refieren para efecto de distinción analítica, a la exposición a los riesgos físicos, químicos, mecánicos,

biológicos, Y que son conocidos como factores relacionados con la organización del trabajo (30)

Definición operacional

Escala nominal

Tenencia de trabajo

Tenencia de algún empleo fijo o negocio propio

Actividad realizada de al menos una hora para generar un ingreso.

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 (30).

Definición operacional

Escala nominal

vivienda unifamiliar

vivienda multifamiliar

vecindad, quinta ,choza, cabaña

local no destinado para habitación humana

otros

Tenencia

Alquiler

Cuidador / alojado

Plan social

Alquiler en venta

Propia

Material del piso:

Tierra
Entablado

Loseta ,vinílicos o sin vinílicos

Laminas asfálticas

Parquet

Material del techo:

Madera

Adobe

Esteras

Material noble ,ladrillo y cemento

Eternit

Material de las paredes:

Madera

Adobe

Esteras

Material noble ,ladrillo y cemento

Personas que duermen en una sola habitación

4 a más miembros

2 a 3 miembros

Independiente

Abastecimiento de agua

Acequia

Cisterna

Pozo

Red publica

Conexión domiciliaria

Eliminación de excretas

Aire libre

Acequia, canal

Letrina

Baño publico

Baño propio

Otros

Combustible para cocinar

Gas ,Electricidad

Leña, carbón

Bosta

Tuza (coronta de maíz)

Matojos o Hierbas

Carca de vaca

Tipo de alumbrado de la vivienda

Sin energía

Lámpara

Grupo electrógeno

Energía eléctrica temporal

Energía eléctrica permanente

vela

Disposición de la basura

A campo abierto

Al río

En un pozo

Se entierra ,quema ,carro recolector

Lugar de eliminación de basura

carro recolector

montículo o campo limpio

Contenedor específicamente de recogido

Empresas o tiendas que los vende o Talleres.

Vertedor por el fregadero o desagüe

otros

3.2.2 Determinantes de los estilos de vida

Definición Conceptual

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

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

Si fumo, diariamente.

Si fumo, pero no diariamente

No fumo actualmente, pero he fumado antes

No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Frecuencia de consumo de bebidas Alcohólicas.

Diario

Dos a tres veces por semana

Una vez a la semana

Una vez al mes

Ocasionalmente

Horas que duerme

6 a 8 horas

8 a 10 horas

10 a 12 horas

Frecuencia con que se baña

Diariamente

4 veces a la semana

No se baña

**EXAMEN PERIODICO EN UN ESTABLECIEMIENTO DE
SALUD**

Escala nominal

SI NO

ACTIVIDAD FISICA EN TIEMPO LIBRE

Camina

Deporte

Gimnasia

No realizó

Actividad física en estas dos últimas semanas durante más de 20

minutos

Caminar

Gimnasia suave

Juegos con poco esfuerzo

Correr

Deporte

Ninguno

ALIMENTACION

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (32).

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

3.3.3. 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. (33).

APOYO SOCIAL NATURAL QUE RECIBE

Familiares

Amigos

Vecino

Compañeros espirituales

Compañeros de trabajo

No recibo

APOYO SOCIAL ORGANIZADO QUE RECIBE

Organizaciones de ayuda al enfermo

Seguridad social

Empresa para la que trabaja

Instituciones de acogida

Organizaciones de voluntariado

No recibo

APOYO DE ALGUNAS ORGANIZACIONES

Pensión 65

Comedor popular

Vaso de leche

Otros

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Definición Conceptual

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (34).

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

Escala nominal

Hospital

Centro de salud

Puestos de salud

Clínicas particulares

Otros

Lugar de atención atendido:

Muy cerca de su casa

Regular

Lejos

Muy lejos de su casa

No sabe

Tipo de seguro:

ESSALUD

SIS-MINSA

SANIDAD

Otro

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 cerca de lugar de vivienda

Escala nominal

Si no

3.4.- Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Técnicas

En el presente trabajo de investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación del instrumento (35).

Instrumento

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

INTRUMENTO N°01

El instrumento se elaborado en base al cuestionario sobre sobre determinantes de la salud de la persona del Perú. Elaborado por la

investigadora del presente estudio y está constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (36) (ANEXO 01).

Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.

Los determinantes del entorno socioeconómico de las personas adultos maduros del Centro Poblado Cambio Puente - Comité 8 Chimbote: (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).

Los determinantes del entorno físico: (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).

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

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

Control de Calidad de los datos:

EVALUACION 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

Ms. Vélchez 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. (Ver anexo N° 02).

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).

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

Dónde:

x : Es la media de las calificaciones de los jueces en la muestra.

1

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 (37).

Confiabilidad interevaluador

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

A través de un coeficiente de kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistados un valor a partir de 0.8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad inter evaluador (38) (Ver anexo N°03).

3.5.- Plan de Análisis

Procedimientos de la recolección de datos:

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

Se informó y pidió consentimiento a los adultos maduros del Centro Poblado Cambio Puente –Comité 8, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.

Se coordinó con los adultos maduros del Centro Poblado Cambio Puente –Comité 8, su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.

Se procedió a aplicar el instrumento a cada a los adultos maduros del Centro Poblado Cambio Puente – Comité 8.

Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.

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

Análisis y Procesamiento de los datos:

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 18 se presentaron los datos en tablas simples y se elaboraron gráficos para cada tabla.

3.6.- Principios éticos

En toda la investigación se valoró los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (40).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a las personas que la investigación es anónima y que la información obtenida es solo para fines de la investigación.

Privacidad

Toda la información que se logró obtener en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de los adultos maduros del Centro Poblado Cambio Puente –Comité 8, siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó a los adultos maduros del Centro Poblado Cambio Puente –Comité 8, los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con los adultos maduros del Centro Poblado Cambio Puente –Comité 8, que aceptaron voluntariamente participar

en el presente trabajo (Anexo 04).

IV RESULTADOS:

4.1. Resultados

4.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA N° 01

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS
EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO
PUENTE COMITÉ 8 - CHIMBOTE – 2013.

Sexo	n	%
Masculino	108	61,36
Femenino	68	38,63
Total	176	100,0
Grado de instrucción	n	%
Sin nivel e instrucción	16	9,09
Inicial/Primaria	61	34,65
Secundaria: Incompleta / Completa	77	43,75
Superior: Incompleta / Completa	22	12,5
Total	176	100,0
Ingreso económico (Soles)	n	%
Menor de S/. 750.00	158	89,77
De S/. 751.00 a S/. 1000.00	17	9,65
De S/. 1001.00 a S/. 1400.00	1	0,56
De S/. 1401.00 a S/. 1800.00	0	0,0
De S/. 1801 a más	0	0,0
Total	176	100,0
Ocupación	n	%
Trabajador estable	9	5,11
Eventual	167	94,88
Sin ocupación	0	0,0

Jubilado	0	0,0
Estudiante	0	0,0
Total	176	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud elaborado por: Vélchez A. Aplicado en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 - Chimbote – 2013.

4.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 2
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 - CHIMBOTE – 2013.

Tipo	n	%
Vivienda unifamiliar	164	93,18
Vivienda multifamiliar	12	6,81
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0	0,0

Otros	0	0,0
Total	<u>176</u>	<u>100,0</u>
Tenencia	n	%
Alquiler	0	0,0
Cuidador/alojado	5	2,84
Plan social (dan casa para vivir)	3	1,70 0,0
Alquiler venta	0	95,45
Propia	168	<u>100,0</u>
Total	<u>176</u>	<u>%</u>
Material del piso	n	%
Tierra	87	0,0
Entablado	0	0,0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	0	50,56
Láminas asfálticas	89	0,0
Parquet	0	<u>100,0</u>
Total	<u>176</u>	<u>%</u>
Material del techo Madera,	n	%
esfera	0	0,0
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	83	47,15
Material noble, ladrillo y cemento Eternit	24	13,63
Total	69	39,20
	<u>176</u>	<u>100,0</u>
Material de las paredes	n	%
Madera, estera	0	0,0
Adobe	67	38,06 0,0
Estera y adobe	0	61,93
Material noble ladrillo y cemento	109	100,0
Total	<u>176</u>	<u>%</u>
N° de personas que duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	1	0,56
2 a 3 miembros	21	11,93
Independiente	154	87,5
Total	<u>176</u>	<u>100,0</u>
		Continúa...

Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	0	0,0
Pozo	0	0,0
Red pública	0	0,0
Conexión domiciliaria	176	100,0
Total	<u>176</u>	<u>100,0</u>
Eliminación de excretas	N	%

Aire libre	0	0,0
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	176	100,0
Baño público	0	0,0
Baño propio	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	176	100,0
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	147	83,52
Leña, carbón	27	15,34
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	2	1,13
Caca de vaca	0	0,0
Total	176	100,0
Energía eléctrica	N	%
Sin energía	0	0,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	0	0,0
Energía eléctrica permanente Vela	176	100,0
Total	0	0,0
Disposición de basura	176	100,0
A campo abierto	N	%
Al río	104	59,09
En un pozo	0	0,0
Se entierra, quema, carro recolector	0	0,0
Total	72	40,90
	176	100,0

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	n	%
Carro recolector	55,0	31,25
Montículo o campo limpio	119,0	67,61
Contenedor específico de recogida	1,0	0,56
Vertido por el fregadero o desagüe	1,0	0,56
Otros	0,0	0,0
Total	176	100,0

Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	N	%
Diariamente	0	0,0
Todas las semana pero no diariamente	0	0,0
Al menos 2 veces por semana	49	27,84

Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	127	72,15
---	-----	-------

Total	176	100,0
--------------	-----	-------

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud elaborado por: Vílchez A.
Aplicado en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 –
Chimbote – 2013

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 3

**DETERMINANTES DE LA SALUD ESTILOS DE VIDA EN EL
ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE
COMITÉ 8 - CHIMBOTE – 2013.**

Fuma actualmente:		n	
	Si fumo, diariamente	0	%
	Si fumo, pero no diariamente	1	
0,0	No fumo, actualmente, pero he fumado antes	18	
	No fumo, ni he fumado nunca de manera	157	0,56
10,22	habitual	176	
	Total		89,20
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas		n	
			100,0
	Diario	1	
	Dos a tres veces por semana	0	
	Una vez a la semana	0	%
	Una vez al mes	0	0,56
	Ocasionalmente	28	
0,0	No consumo	147	
	Total	176	
N° de horas que duerme		n	
	[06 a 08)	176	
15,90	[08 a 10)	0	
	[10 a 12)	0	
83,52	Total	176	100,0
Frecuencia con que se baña		n	
%	Diariamente	176	
100,0	4 veces a la semana	0	
	No se baña	0	
0,0	Total	176	
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud		n	
			100,0
			%
100,0			
0,0			
0,0			
			100,0

%

Si

106

60,22

No

70

39,77

Total 176 100,0

Actividad física que realiza en su tiempo libre			n	%
Caminar			0	0,0
Deporte			0	0,0
Gimnasia			0	0,0
No realizo			176	100,0
Total			176	100,0

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos			n	%
Caminar			0	0,0
Gimnasia suave			0	0,0
Juegos con poco esfuerzo			0	0,0
Correr			0	0,0
Deporte			0	0,0
Ninguna			176	100,0
Total			176	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	86	48,86	71	40,34	19	10,79	0	0,0	0	0,0
Carne	128	72,72	40	22,72	6	3,40	2	1,3	0	0,0
Huevos	26	14,77	131	74,43	19	10,79	0	0,0	0	0,0
Pescado	9	5,11	8	4,54	125	71,02	33	18,75	0	0,0
Fideos	176	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pan, cereales	176	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Verduras, hortalizas	160	90,90	16	9,09	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Legumbre	12	6,81	64	36,36	97	55,11	3	1,70	0	0,0
Embutido	0	0,0	4	2,27	37	21,02	111	63,06	24	13,63
Lácteos	93	52,84	75	42,61	5	2,84	1	0,56	2	1,431

Dulces	2	1,13	1	0,56	20	11,36	119	67,61	34	19,31
Refrescos con azúcar	89	50,56	80	45,45	7	3,97	0	0,0	0	0,0
Frituras	2	1,3	8	4,54	101	57,38	63	35,79	2	1,3

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud elaborado por: Vílchez A. Aplicado en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote – 2013

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIA

TABLA 4

DETERMINANTES DE LA SALUD REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 - CHIMBOTE – 2013.

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	12	6,81
Centro de salud	5	2,84
Puesto de salud	59	33,52
Clínicas particulares	35	19,88
Otras	65	36,93
Total	176	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n	%

Muy cerca de su casa	57	32,38
Regular	2	1,13
Lejos	21	11,93
Muy lejos de su casa	32	18,18
No sabe	64	36,36
Total	<u>176</u>	<u>100,0</u>
Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	9	5,11
SIS – MINSA	67	38,06
SANIDAD	2	1,13
Otros (Ninguno)	98	55,68
Total	<u>176</u>	<u>100,0</u>
El tiempo que esperó para que lo (la)		
<u>atendieran ¿le pareció?</u>		
Muy largo	9	5,11
Largo	29	16,47
Regular	4	2,27
Corto	1	9,65
	<u>7</u>	<u>%</u>

Muy Corto	1	0,56
No sabe	94	53,40
Total	<u>176</u>	<u>100,0</u>

Calidad de atención que recibió en el establecimiento	%
<u>de salud fue:</u>	<u>n</u>
Muy buena	15 49,7
Buena	70 14,2
Regular	25 0,0
Mala	0 0,0
Muy mala	0 37,5
No sabe	66 100,0
	0
Total	<u>176</u>

Pandillaje o delincuencia cerca de n su casa: %

	Si	<u>176</u>
		100,0
No	0	0,0

Total	176	100,0
--------------	-----	-------

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud elaborado por: Vílchez
Aplicado en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 –
Chimbote – 2013

4.1.5 DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO

TABLA 5

DETERMINANTES DE LA SALUD REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 - CHIMBOTE – 2013.

apoyo social
natural: n

	Recibe algún	%
Familiares	12	6,81
Amigos	0	0,0
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	1	0,56
Compañeros de trabajo	163	92,61
No recibo	176	100,0
Total		
Organizaciones de ayuda al enfermo		0,0
Seguridad social	0	0,0
Empresa para la que trabaja	0	0,0
Instituciones de acogida	0	100,0
Organizaciones de voluntariado	176	
No recibo		

Recibe algún
apoyo social
organizado: n

Total

%

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud elaborado por: Vélchez A.
Aplicado en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 -
Chimbote – 2013

4.1.6 DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO

TABLA 6

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 - CHIMBOTE – 2013.

Apoyo social de las
organizaciones

Si

No

N

%

n

%

Pensión 65	0	0,0	176	100,0
Comedor popular	5	2,84	171	97,15
Vaso de leche	20	11,36	156	88,63
Otros	5	2,84	171	97,15
Total	176	100,0	176	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud elaborado por: Vílchez A. Aplicado en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 - Chimbote – 2013.

4.2. Análisis de Resultados

Tabla 1: Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de salud de las personas Adultos Maduros del Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8. En los determinantes Socioeconómicos se observa que el 61,31 % de la población encuestada son del sexo masculino, el 43,75%, con respecto al grado de instrucción la mayoría tiene algún grado, y solo el 9% refleja analfabetismo, de los que grado de instrucción predomina primaria, asimismo se evidenció que la mayoría (89,77%) tienen un ingreso económico que menor de 750 nuevos soles, y el 94,88 % tiene la ocupación eventual.

Los resultados se relacionan con estudios por de Nadine G. (40), Determinantes de la salud en la persona adultas en la Asociación Moro II Tacna, 2013; el 62,7% son de sexo femenino, se observa también que el 56,4% tiene grado de instrucción secundaria completa e incompleta. En lo que respecta al ingreso económico el 57,2% cuenta con ingreso menor de 750 soles, y el 66,1% presenta un trabajo eventual.

Así mismos encontró estudios por Maritza U. (41), de los determinantes de salud de las personas adultas del Centro Poblado Menor Los Palos menor Tacna 2013. con el grado de instrucción el 62,4%, el 56,7% de la población encuestada son del sexo femenino.

Los resultados se difieren con el presente estudio de investigación por Jiménez L. (42), determinantes de la salud en los adultos maduros del A.H Los Paisajes, chimbote, 2012 en el entorno socio difieren y se relacionan ; el 78,75 % son de sexo femenino, el 71,25% tiene grado de instrucción secundaria completa e incompleta, el 58,75% tiene un ingreso económico de 1001 a 1400 nuevo soles , el 55% trabajan eventualmente y un 31,25% tienen un trabajo estable , con aproximadamente 19% está entre desempleado y jubilado.

El grado de instrucción es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos de la familia (43).

Sabemos la población estudiado refleja la mayoría algún nivel de educación, lo que nos indicaría que probablemente ello contribuya con la mejora de su salud, ya que esta descrito que la educación es indicador, de desarrollo humano, y hace más posible que se puede construir un mejor entendimiento en los lineamientos preventivos de la salud así como un empoderamiento por ellos.

A nivel nacional el 19,6% no han alcanzado ningún nivel de educación o solo estudiaron el nivel inicial y el 14,6% ha accedido a algún año de educación superior se muestra que el 76,3% de los adultos de 60 y más años de edad son alfabetos, es decir, saben leer y escribir; y el 23,7% de adultos mayores son analfabetos. El 45,0% de

los adultos mayores han estudiado algún año de educación primaria, el 20,8% han logrado estudiar hasta secundaria (44).

Las personas más vulnerables a la situación económica media se debe a diferentes factores observados en este análisis: se debe a las posibilidades de educación el acceso de empleos y ocupaciones, y su concentración en actividades independientes que generan ingresos básicos y que pueden obtener una mejor calidad de vida (45).

En los determinantes de la salud biosocioeconómico y entorno físico, de esta investigación de los adultos maduros del Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8, la mayoría son de sexo masculino, con un grado de instrucción secundaria completa /incompleta, según esto nos muestra que existe un déficit de conocimiento que pone en riesgo su salud de cada uno de ellos. Cuentan con un trabajo eventual y su ingreso económico es menor de 750 nuevos soles, que a las personas les limita a tener una mejor calidad de vida.

Sabemos que tener algún un grado de instrucción también podría a la persona, permitir desenvolverse y desarrollándose como persona, estar predispuesto a adquirir nuevos conocimientos buscando bienestar individual y familiar, por lo que haría posible construir un mejor entendimiento con la información y prevención de la salud, que podría contribuir a fomentar cambios de conducta personal y familiar.

En el ámbito de las viviendas las paredes la mayoría son de adobe y de material noble, el techo son de eternit y esteras, su piso algunos son de tierra como otros son de cemento. Según la OMS las viviendas debe prestar protección, seguridad a la persona y familia, porque nos protege del clima, facilita el descanso. En el caso de esta comunidad no evidencia seguridad y protección en un grupo determinado, por ende se convierte en factor de

riesgo a la salud del individuo y su familia, que los haría vulnerables a tener patologías respiratorias, no tener un buen descanso, seguridad y protección física .

En relación al eliminación de las excretas en esta comunidad, es mediante el pozo séptico, porque a un no cuentan con una red pública, asimismo la eliminación de la basura es a campo abierto o quemada. Estos problemas de red pública y la eliminación de basura son dos factores de riesgo potenciales y reales contaminantes del ambiente donde viven, que los expone a problemas de salud infecto-contagiosos, entéricos y pulmonares, por lo se convierten en dos ejes muy importantes y principales, que la sociedad debe movilizar y las autoridades hoy en día en resolver; por lo que, ello implicaría en su futuro y salud, y la reducción del riesgo de adquirir enfermedades alérgicas ,diarreicas, respiratorias e inclusive la contaminación ambiental.

Tabla 2: Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de salud relacionados con la vivienda, se observa que el 93,18 % de personas adultos maduros tienen vivienda unifamiliar, el 95,45% tenencia propia, el 50,56% presenta el material del piso de láminas asfálticas, el 47,15% material del techo de estera y adobe, el 61,93% presenta material noble ladrillo y cemento y el 87,5 % duermen en habitaciones independientes. En cuanto al abastecimiento de agua el 100,0 % cuentan conexión domiciliaria, el 100 % presentan desagüe por medio de letrina, el 83,0 % utiliza como combustible para cocinar el gas, electricidad, el 100 % cuenta con energía eléctrica permanente, el 59,0 % elimina la basura a campo abierto, el 72,0 % menciona al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas y el 68,0 % suele eliminar su basura en montículos o campo limpio.

Los resultados se relacionan por Jiménez L. (42), Determinantes de la salud en los adultos maduros del A.H Los Paisajes, Chimbote, 2012 en los determinantes de salud relacionados con la vivienda el 81,52% es vivienda unifamiliar, El 96,25% es propia, el abastecimiento de agua es al 100% utiliza red pública; en la eliminación de excretas el 93,75% letrina, el combustible para cocinar el 100%, utiliza gas el 96,25 % tiene energía eléctrica temporal; un 85 % de su piso es de tierra y un 15% es entablado .El material de techo el 68,75% es madera estera el 75% su pared es madera, estera y un 7,5% es adobe .el N° de personas que duermen en una habitación el 62,5% de 2 a 3 miembros solo un 12,5% independiente y la disposición de basura el 87,5% elimina en el carro recolector , la frecuencia con que pasa recogiendo la basura por su casa el 50% todas las semanas y un 15% al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas .suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares el 68,75% carro recolector.

Asimismo, también los resultados de estudio de investigación difieren por Quispe, R. (46), en su estudio titulado El problema de la vivienda en el Perú, retos y perspectivas, menciona que el déficit de viviendas en el Perú es principalmente de orden cualitativo pues presenta malas condiciones de habitabilidad, donde los afectados son grupos de bajos ingresos; los adultos tienen mayores riesgos de resultar expuestos a peligros del ambiente hogareño, los grupos de población con riesgos. Una vivienda precaria tiene como factores el ambiente doméstico, que influyen negativamente en la salud, la inaccesibilidad al agua potable, saneamiento básico, hacinamiento, contaminación de los alimentos por microorganismos.

OMS y OPS expresan que la vivienda es el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo o la familia: proteger de las inclemencias del clima; garantizar la seguridad y protección; facilitar el descanso; permitir el empleo de los sentidos para el ejercicio de las manifestaciones culturales; implementar el almacenamiento, procesamiento y consumo de los alimentos; suministrar los recursos de la higiene personal, doméstica y el saneamiento; favorecer la convalecencia de los enfermos; la atención de los ancianos y personas con discapacidad; el desenvolvimiento de la vida del niño; promover el desarrollo equilibrado de la vida familiar(47).

Según Wilches, Ch. (48), el desarrollo sustentable como proceso. Esto significa, entre otras cuestiones, un enfoque de riesgo que considere no solamente las variables de la vivienda: materialidad (materiales de techo, paredes, pisos, etc.); espacio habitable (hacinamiento); servicios básicos (agua potable, electricidad, saneamiento básico, recolección de residuos, etc.); equipamiento del hogar (heladera, etc.) sino también las variables económicas, sociales, políticas, culturales o de otro tipo. La idea de vincular las variables de la vivienda con las del contexto social permitiría orientar de manera más efectiva la toma de decisiones para la gestión de la vivienda saludable y facilitaría la identificación de medidas factibles y eficientes de reducción del riesgo.

Para González M. (49), en su estudio encontrado titulado habitaciones únicas para dormir, Casi cualquier habitación se puede habilitar como dormitorio si pegamos las camas y estudiamos el mobiliario para adecuarlo a los rincones; sin embargo, hay dos distribuciones que, son las más adecuadas considerando la comodidad y el

aprovechamiento del espacio Lo que no es discutible es el hecho de que Sol sale por el Este, y si queremos que la habitación esté iluminada por la mañana, que es cuando lo vamos a necesitar, tendremos que elegir esa orientación cuando sea posible. La Orientación Sur también sería muy luminosa, pero en principio es mejor dejarla a la zona “de día” de la vivienda, por el mismo motivo. Y el dormitorio debe ser compartido por 2 personas para la comodidad.

Gutiérrez H, Rogelio. (50), en su estudio encontrado Sobre abastecimiento de agua potable de la ciudad de Matagalpa. Trata sobre el abastecimiento de agua potable de la ciudad de Matagalpa para la realización del estudio hidrológico del área. Los Ríos Jiquina y Yásica son los que poseen el mayor volumen de agua y se pueden considerar futuros recursos de abastecimiento de agua para la ciudad a través de la instalación de una planta de tratamiento para contrarrestar el proceso de contaminación de las aguas y la construcción de presa.

Así mismo se encontró un estudio con el tipo de eliminación de excretas parece ser el factor crucial para evaluar la higiene del espacio interno de la vivienda en los censos. En este caso, las alternativas de respuesta suelen ser menos, pues además de la conexión al alcantarillado (o cloaca) y la fosa séptica, que se repiten en prácticamente todos los países, normalmente se incluyen dos o tres opciones más que denotan carencia (pozo negro, letrina, no tiene). Dado que los nombres de los sistemas usados para la evacuación de excretas varían de país en país, el principal criterio que debe satisfacer la pregunta sobre evacuación de excretas y sus categorías de respuesta es distinguir entre viviendas con buen y mal sistema de evacuación de excretas (51).

Según Adjasi y Chambers (52), el estudio realizado en Ghana sobre los estándares de vida de las viviendas, reveló que la mayoría de las viviendas, aproximadamente el 90%, utilizan aún la leña como combustible para cocinar, sobre todo en áreas rurales donde la inequidad en los ingresos es mayor. En un estudio Se encuentro que muy poco extendido es el desarrollo de consultas precisas acerca de la fuente de la energía eléctrica (o alumbrado público) disponible en la vivienda, constituyendo un aspecto a profundizar.

En este sentido, el masivo crecimiento del acceso domiciliario a la electricidad experimentado en la región en las últimas décadas, no parece condecirse con la incorporación a la boleta censal de ítems que introduzcan precisiones respecto a las fuentes de electricidad empleadas, ni sobre la prestación pública o privada que las puede conducir desde fuentes públicas de distribución y que es un tema emergente de inversión pública y determinante del desarrollo habitacional privado (53).

Asi mismo Gould Sc. (54), en su estudio realizado la población de la KOP ciudad de México tiene la mayor generación de residuos per cápita del país, debido a su condición urbana y a también tener el mayor PIB per cápita; cada individuo produce 1.5 kg /día, lo que implica 12 mil toneladas diarias. La recolección de basura la llevan a cargo las autoridades locales (delegaciones) pero el manejo final se realiza de manera centralizada.

La vivienda constituida tradicionalmente en centros de atracción de inmigrantes de las zonas rurales desasistidas con problemas sociales, asociados con las condiciones precarias de hábitat y vivienda. Destacan la alta incidencia de la pobreza urbana, la existencia y producción de viviendas inadecuadas, el déficit de

servicios públicos básicos (acceso al agua potable, canalización de aguas servidas, suministro de energía eléctrica, accesibilidad, entre otros). Como consecuencia de esta situación, hoy día un tercio de los habitantes de asentamientos urbanos viven en condiciones que ponen en peligro su salud y sus vidas (55).

Una vivienda saludable y adecuada, es una condición que influye de manera favorable a la salud física y emocional de las personas, se contaba con los servicios básicos provisionales necesarios para proteger y generar un bienestar en la salud de los adultos mayores (56).

Los determinantes de estilo de vida, los usuarios de esta comunidad solo un 10% han fumado antes y un 15% beben alcohol ocasionalmente. Esto nos muestra que la población podría estar concientizándose poco a poco de tener más responsabilidad de no fumar y beber. Esto significa que ellos tendrían posiblemente una idea sobre los riesgos que ocasionaría al fumar y beber constantemente como posibles patologías hepáticas y respiratorias hasta llegar a tener enfermedad

cancerígenas de no buen pronóstico a futuro.

Asimismo, su alimentación, el consumo diario están las frutas, carnes, fideos, papas cereales, verduras, lácteos y refrescos con azúcar, según esto las personas tienen una posible idea de variar los alimentos, y posiblemente no perjudicarse, pero no garantiza la calidad de alimentos y la cantidad de lo que consumen cada uno de estos productos. Este es un grupo de personas adultos maduros sabemos que la edad los hace vulnerables a adquirir enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes y la hipertensión arterial debido a que una ingesta de alimentos inadecuado los pondría en riesgo su salud de ellos y colateralmente a su familia.

Así también este grupo de personas no realizan actividad física por 20 minutos exclusivamente, posiblemente otras actividades ocupen su tiempo o no le den el real valor de esta actividad, pueden estos factores ser estresantes que podría cada uno tener y no tener tiempo por sus diversas ocupaciones y responsabilidades.

Tabla 3: Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales, se observa que el 89,0 % de personas adultos maduros manifiestan que no fumo ni he fumado nunca de manera habitual, el 83,52% no consumen bebidas alcohólicas con frecuencia , el 100,0 % duermen dentro de 6 a horas, el 60,22 % sí se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud, el 100 % no realiza actividad física en su tiempo libre, el 100 % no realizan actividades física durante más de 20 minutos. Según los alimentos que consumen, se observa que el 48,86 % consume frutas diariamente, el 72,72% carne, el 100% consume fideos, cereal, pan, y el 90% consume verduras , hortalizas y el 50,56 % refrescos con azúcar a diario, el 74,43% consumen huevos 3 veces a la semana, el 71,02 % consumen el pescado, las legumbres con el 55,11% ,las frituras con el 57,38 %,consumen 1 a 2 veces por semana ,el 67,06 % consumen dulces, los embutidos una vez a la semana.

Los resultados de estudio de investigación difieren por Jiménez L. (42), Determinantes de la salud en los Adultos Maduros del A.H Los Paisajes, chimbote,2012 sobre determinantes de la salud de estilos de vida de la persona se relacionan que el 56,25% no fuma actualmente, el N° de horas que duerme un 93,75% de 6 a 8 horas ,la frecuencia con que se baña el 87,5 % diariamente, el 75% se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud; el 81,25% consume bebidas alcohólicas

ocasionalmente y un 18,75% una vez al mes. El 31,25 % si realizan actividad física en su tiempo libre caminan y un 6,25% gimnasia en las últimas semanas de actividad realizan durante más de 20 minutos el 31,25 % caminan el 3,75% correr y respecto a los alimentos que consumen los adultos son variados un 100% lo que podría contribuir en los determinantes relacionados a favor de la salud.

De los estudios de la presente investigación difieren con lo encontrados por Colchado A. (57), determinantes de la salud adultos maduros. Vinzos. Distrito santa-2011. En los estilos de vida se relacionan que el 100% de adultos maduros encuestados el 83,75% no fuma, ni ha fumado nunca, el 97,5% duermen de 6 a 8 horas, el 93,75% se baña diariamente; el 75% no realiza periódicamente algún chequeo médico en un establecimiento de salud; el 62,5% no realiza actividad física, el 62,5% no realiza actividad física durante 20 minutos; respecto al consumo de sus alimentos, el 97,5% consumen fideo a diario, el 71,25% consumen pescado 1 ó 2 veces por semana, Con respecto al consumo de pan y cereales el 91,25% consumen a diario, el 68,75% (55) consumen verduras y hortalizas de 1 ó 2 veces por semana, el 42,5% de lácteos consumen de 1 ó 2 veces por semana; el 53,75% solo la consume 1 ó 2 veces a la semana las frutas el 73,75% solo consumen carne 1 ó 2 veces por semana; el 53,75% el consumo de legumbres es diario. En los embutidos el 31,25% consumen menos de una vez por semana, En dulces el 35% solo consumen menos de una vez por semana y el 26,25% el consumo de refrescos con azúcar es de 1 ó 2 veces por semana, por semana.

Los resultados del estudio de investigación difieren por Jacinto V. (58), en su estudio de determinantes de la salud en mujeres adultas maduras obesas A.H Villa España Chimbote. 2012. Donde concluye que el

68,75% (55) de las mujeres adultas maduras obesas no fuman, ni he fumado nunca; el 41,25% (33) consumen bebidas alcohólicas una vez al mes, el 83,75% (67) duermen de (08 a 10) horas; el 100,0% (80) se bañan 4 veces a la semana; el 75,0% (60) realiza algún examen médico en un establecimiento de salud el 75,0% (60) caminan, el 25,0% (20) deporte que realizan sus actividades; En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos el 50,0% (40) caminaron, el 25,0% (20) realizaron juegos poco esfuerzo, el 25,0% (20) deporte; el 75,0% (60) consumen Frutas diario; el 75,0% (60) consumen carne 3 o más veces a la semana; el 37,5% (30) consumen huevo; 3 o más veces a la semana, y el 37,5% (30) 1 o 2 veces a la semana; el 93,75% (75) consumen pescado 3 o más veces a la semana; el 100% (80); consumen fideos, Pan y cereales diario; el 62,5% (50) consumen Verduras y hortalizas.

Los factores de riesgo que con mayor frecuencia se ha asociado a las principales causas de morbimortalidad es el tabaquismo. Esta adicción se ha relacionado con algunas enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica y el enfisema, con los males cardiovasculares, con neoplasias malignas en diferentes órganos (pulmón, cavidad bucal, faringe, esófago, cervix, etcétera), con enfermedades gastrointestinales (úlceras péptica y duodenal), con la osteoporosis, así como con un aumento en el riesgo perinatal. La cantidad de nicotina existente en los cigarrillos comerciales oscila entre 0.1 y 2.0 miligramos (59).

Las bebidas alcohólicas se ingieren principalmente por su efecto en el estado de ánimo; de ahí que se les considere una droga psicoactiva. Sin embargo, para algunos individuos el alcohol es un constituyente frecuente de su dieta. A partir de las encuestas dietéticas

realizadas en Estados Unidos se calcula que, en términos generales, de 4 a 6 % de la energía total de la dieta de la población de ese país proviene de las bebidas alcohólicas, aunque en los bebedores crónicos o en los alcohólicos pueden aportar hasta 50 % (60).

Actividad física abarca cualquier movimiento corporal realizado por los músculos esqueléticos que provoca un gasto de energía. La actividad física está presente en todo lo que una persona hace durante las 24 horas del día salvo dormir o reposar (61).

Las actividades de la rutina diaria, como las tareas del hogar, ir a la compra, trabajar. Tiene un papel importante para equilibrar la relación entre la ingestión energética y el gasto de energía, puede disminuir el peso corporal, es más efectivo indicar Actividad Física junto con el tratamiento dietético, ya que en estudios comparativos se ha demostrado que la Actividad Física más dieta puede aumentar la pérdida de grasa de un 38 a 81 % adicional comparado con la dieta sola. En lo que respecta a disminución de los riesgos de enfermedad coronaria hasta en el 35 % comparado con el tratamiento con dieta (62).

El ejercicio físico cumple un rol fundamental, ya que al practicarlo de manera cotidiana, aumenta la vitalidad en general y reduce la posibilidad de padecer enfermedades (63).

En ese sentido un estilo de vida saludable no sólo debe preocuparse por la salud física, sino que debe abarcar todas las dimensiones de la persona (el cuerpo, la mente, las emociones, los afectos, la vida de relación, los intereses, el sentido de trascendencia). Se requiere, por tanto, partir de un enfoque que incluya mucho más que el simple cuidado de la salud física (64).

Así la alimentación es un elemento importante en la buena salud, influye la calidad de los alimentos, la cantidad de comida y los hábitos alimentarios para un bienestar del ser humano. Así mencionan que la modificación de los factores de riesgo y la adopción de comportamientos favorables a la salud, como el ejercicio y las dietas saludables, describen también que anteriormente existía también la idea de que las personas adquirirían algunos hábitos nocivos por el mero hecho de llegar a la vejez (65).

El elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol (66).

Los determinantes de estilo de vida, los usuarios de esta comunidad solo un 10% han fumado antes y un 15% beben alcohol ocasionalmente. Esto nos muestra que la población podría estar concientizándose poco a poco de tener más responsabilidad de no fumar y beber. Esto significa que ellos tendrían posiblemente una idea sobre los riesgos que ocasionaría al fumar y beber constantemente como posibles patologías hepáticas y respiratorias hasta llegar a tener enfermedad cancerígenas de no buen pronóstico a futuro.

Asimismo, su alimentación, el consumo diario están las frutas, carnes, fideos, papas cereales, verduras, lácteos y refrescos con azúcar, según esto las personas tienen una posible idea de variar los alimentos, y posiblemente no perjudicarse, pero no garantiza la calidad de alimentos y la cantidad de lo que consumen cada uno de estos productos. Este es un grupo de personas adultos maduros sabemos que la edad los hace vulnerables a adquirir enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes y la

hipertensión arterial debido a que una ingesta de alimentos inadecuado los pondría en riesgo su salud de ellos y colateralmente a su familia.

Así también este grupo de personas no realizan actividad física por 20 minutos exclusivamente, posiblemente otras actividades ocupen su tiempo o no le den el real valor de esta actividad, pueden estos factores ser estresantes que podría cada uno tener y no tener tiempo por sus diversas ocupaciones y responsabilidades.

En la tabla 4, 5 y 6: Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de salud de las personas adultos maduros. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias se observa que el 37 % en los últimos 12 meses no se atendieron en ningunas de las instituciones de salud, 36,0 no saben la distancia del lugar que se atendieron, el 56,0 % no cuentan con ningún tipo de seguro ,el 53,0 % refiere que no saben cuánto tiempo fue esperaron para que lo (a) atendieran , el 40,0 % refirió que la calidad de atención que recibió es buena; el 93,0% no reciben ningún tipo de apoyo social natural y el 100 % no reciben ningún tipo de apoyo de organizaciones; el 100% refieren que no reciben pensión 65,el 97,0% ,no reciben apoyo de comedor popular , el 89,0% no reciben apoyo de vaso de leche.

Los resultados de la presente investigación difieren con lo encontrado por Angélica C. (67), en su estudio de determinantes de la salud en adultos maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos Distrito Santa - 2012. Donde concluye que el 37,5% (30) no asistió a ninguna institución de salud, el 18,75% (15) asistió a hospital, 8,75% (7) a centro de Salud; el 46,25% (37) considero que el lugar donde asistió se encontraba aun distancia regular, el 35%(28) muy cerca a su casa y el 18,75% (15) lejos; el 90% (72) tienen SIS, el 6,25% (5) con un ESSALUD

y el 3,7%(3) otros; el 90% (72) manifiesta el tiempo de espera regular y el 10%(8) corto; el 86,25%(69) la calidad de atención fue buena y el 13,75%(11) fue regular; el 90% (72) manifestó que existe delincuencia o pandillaje por su casa y el 10% (8) no existe.

Según los resultados de la presente investigación son similares con lo encontrado por Domínguez, H. (68), en su estudio determinante de la salud en adultos con cáncer de pulmón. Hospital Eleazar guzmán barrón, nuevo Chimbote 2012; en donde su muestra estuvo conformada por 30 de los cuales el 100 % recibe apoyo social de las organizaciones.

Los resultados de la presente investigación difieren con lo encontrado por Salinas, A y colaboradores. (69), en su estudio titulado Redes de apoyo sociales en los adultos, donde encontraron que 4% de los hombres y el 3% de las mujeres no cuentan con red de apoyo y que, de éstos, un alto porcentaje (68 y 78,2 respectivamente) viven ya sea con su pareja o con otros familiares. Es decir, a pesar de no vivir solos manifiestan la carencia de una red de apoyo social organizado o social.

Se muestran infinidad de casos en el tiempo de espera del derecho a la Salud, por parte de la Corte Constitucional dentro de la Sentencia T-760 del 2008. Dentro de estos casos está la obstrucción de los servicios de salud a los adultos recursos económicos, en donde se termina exigiendo previamente el pago de sumas de dinero por que se requieren exámenes diagnósticos y la persona no pudo cumplir con el pago de los aportes; de esta forma la EPS tiene una razón para allanarse en la mora en el aseguramiento para estas personas y generar sobre ellas una negación en el servicio que en muchos casos son de tipo vital (70).

El Ministerio de Salud, aprueba en junio del 2003 el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud", mediante R.M. N° 729 - 2003 SA/DM, para el período 2002 - 2012, a efecto de priorizar y consolidar acciones de atención integral de salud, especialmente de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados (71).

SIS es un seguro de salud que lo brinda el Ministerio de Salud del Perú para los ciudadanos, ciudadanas y familias peruanas que no cuentan con un seguro de salud, sobre todo para aquellas personas más necesitadas en situación de pobreza y extrema pobreza (72).

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

El apoyo social se definido en términos cognitivos, tomando en consideración la dimensión subjetiva del mismo apoyo percibido, ya que es esta percepción precisamente, la que se considera promotora de la salud. La importancia de esta distinción, radica en que algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, y en ausencia de percepción de un apoyo disponible, éste no podrá ser utilizado (74).

Las redes sociales han sido definidas como “una práctica simbólico-cultural 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 (73).

Para 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 (75).

En cuanto a los determinantes de la salud y redes sociales y comunitarias más de la mitad asisten a un establecimiento de la salud y un 36 % no se atendieron en ningún tipo de establecimiento de salud, debido a diferentes factores, unos por mal trato, el tiempo, dinero, y otros porque no cuentan con el seguro integral de salud SIS. Respecto a la promoción prevención de su salud a un no toman importancia de realizarse un examen médico periódico, que por su edad es obligatorio anualmente, y estarían restringiendo la posibilidad de un diagnóstico precoz y esto va en desmedro de su manejo ante la presentación grave, que demandan de complejas

respuesta y altos costos, con el riesgo algún evento limitante o muertes inminente.

Sabemos que al asistir a un examen médico periódicamente nos garantiza a identificar enfermedades crónicas degenerativas de reciente inicio, no tan solo eso, si no también enfermedades infecto contagiosas, aún más que se encuentran en una edad muy vulnerable a diferentes enfermedades.

La delincuencia y pandillaje en la comunidad expresan el 100% de los adultos que existe, situación que sabemos no es algo que beneficio sino perjudica a todo entorno social que busca el desarrollo, ya que esta formas de conductas antisociales, genera inseguridad al ciudadano porque lo expone a diversos riesgo, desde los físicos personales a los psicológicos y económicos, indicador negativo a la salud que generaría en este determinante de redes de apoyo, por lo que las autoridades deben incidir en priorizar conjuntamente con la organización comunal, esto podría además ser influenciada por la presencia del penal que funciona en las cercanías de la localidad.

V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

En relación a los Determinantes de la salud socioeconómicos, la mayoría de los adultos maduros son del sexo masculino, tienen un ingreso económico menor de 750 nuevos soles, ocupación eventual y menos de la mitad tienen grado de instrucción secundaria incompleta y completa, respecto a la vivienda el techo es de material de estera y eternit y los piso de sus viviendas son de láminas asfálticas, cuentan con letrinas en sus casas; en su totalidad su eliminación de basura lo realizan a campo abierto.

Los Determinantes de los estilos de vida, en totalidad la población no fuma ni a fumado nunca de manera habitual, no consumen bebidas alcohólicas, duermen de 6 a 8 horas, en su dieta consumen a diario fideos, pan y cereales; la mayoría, no realizan ningún tipo de actividad física.

Los determinantes de las redes sociales y comunitarias, la mayoría no cuentan con seguro social del SIS, la totalidad de los adultos manifiestan que existe pandillaje y delincuencia cerca de su casa ; no reciben ningún apoyo social organizado, ni social, menos de la mitad recibe del vaso de leche y comedor popular.

5.2. Recomendaciones:

Dar a conocer los resultados a los pobladores, autoridades de la comunidad como también al Puesto de Salud de Cambio Puente, de la presente investigación en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 Chimbote, 2013. Con la finalidad de fortalecer estrategias pendientes a mejorar la calidad de vida de la población.

Promover a las autoridades y representantes de la salud a realizar nuevas investigaciones en el área de los Determinantes socioeconómicos, de estilos de vida y redes sociales comunitario, en los adultos maduros del Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 Chimbote, 2013, que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de vida de la población teniendo en cuenta los resultados de la investigación.

Recomendar a los adultos maduros del Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 Chimbote, 2013 que se motiven a implementar conductas

promotoras de salud, mejorando su estilo de vida para disminuir el riesgo de obtener enfermedades crónicas degenerativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev. Cubana. Salud Pública, 30 (3): 13.16; 2004.
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; 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 y Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización

Panamericana de la Salud, 84 pp; 2005.

7. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, 23:18-22; 1994.
8. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; 1998.
9. Organización mundial de la salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. subsanar las desigualdades de una generación, editorial; 2008
10. Ministerio de salud. “Foros: construyamos juntos una mejor salud para todos y todas”. Chile. impreso en Puerto Madero; 2010.
11. Ministerio de salud. Plan nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
12. Dirección de la promoción de la salud .sivico.censo real del comité 8.del centro poblado de cambio puente.2013
13. Gonçalves M y Colab. 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.
14. Tovar L, García G. La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida; 2003. Nro. 027; 2004.

Disponible en.
<http://www.google.com.pe/search?q=autopercepcion%20del%20estado%20de>

%20salud&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:es-

ES:official&client=firefox-a&source=hp&channel=np#hl=es&client=firefox.

15. Rodríguez Q. Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.
16. Valverde L. Determinantes de la salud de los adultos del sector “B” Huaraz – Distrito; 2013. [Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.
17. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local; 2008. Universidad Nacional del Santa, Chimbote. Artículo científico. En que revista se ha publicado el artículo.
18. Vega J, Orielle A. Equipo de equidad en salud de la organización mundial de la salud. equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002.
19. Selig J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los determinantes sociales de la salud. organización panamericana de la salud.: Washington; 2009.
20. Dalhigren G. Whitehead M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on european strategies for tackling social inequities in health. studies on social and economic determinants of population health no. 3. Oms regional office for europe. university of liverpool: denmark; 2006.
21. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, determinantes de la salud.

La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.

22. Polit D y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
23. Hernández R. Metodología de la investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>
24. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]; 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:<http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
25. Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
26. Organización panamericana de la salud, organización mundial de la salud 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>
27. Eustat. Defición de nivel de instrucción. [Portada en internet]; 2010. [citado 2014 set 10]. Disponible en:

http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz3IreHwqNP

28. 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>

29. Lama A, En el marco del Fondo de Investigaciones del programa de Mejoramiento de Encuestas y de la Medición de las Condiciones de Vida de los Hogares en el Perú (Programa MECOVI - Perú), Lima, Julio del 2000. Disponible en http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/PRES_ENTA.htm

30. Serie Nescon de Informes Técnicos N° 2 - Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud/ Health and Work Conditions of Health Care Workers - Brasilia, OPAS, 38 p; 2008. Informe del Taller Ouro Preto, Brasil, Enero; 2006. Disponible en: http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CST_Salud.pdf

31. Licata M. La actividad física dentro del concepto salud. [Portada en internet]; 2007. [Citado 2010 Ago. 26]. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.zonadiet.com/deportes/actividad-fisica-salud.htm>.

32. AA.VV. Derecho Urbanístico de Castilla y León, El Consultor de los Ayuntamientos y de los Juzgados, Madrid; 2000. ISBN 84-7052-249-9. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda#Bibliograf.C3.ADa>.
33. Barlow M, Clarke T. Blue Gold: The Fight to Stop the Corporate Theft of the World's Water; 2003.
34. Larousse Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Editorial, S.L. <http://es.thefreedictionary.com/desag%C3%BCe>
35. Voltimum. Catálogo; 2013. Disponible en <http://www.voltimum.es/page.jsp?id=/content/landing/alumbrado-domestico>
36. Percepción del estado de Salud: México; 2002. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/condiciones.pdf>.
37. 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
38. 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>.
39. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL:

<http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>

40. Garay N. Determinantes de la salud en las personas adulta en la asociación de morro II, 2013 [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería].
Chimbote: Universidad católica los ángeles de Chimbote; 2014
41. Uchazara M. Determinantes de la salud en las personas adulta en el centro poblado menor los palos tacna ,2013 [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad católica los ángeles de Chimbote; 2014
42. Jiménez L. Determinantes de la salud en adultos maduros sanos en el A.H. Los Paisajes, Chimbote; 2012 [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería].
Chimbote: Universidad católica los ángeles de Chimbote; 2014
43. Koller, M. Definición de educabilidad. [Portal en internet]. 2014. [citado 2014.Dic.08]. [Una pantalla]. Disponible en URL:
<http://www.psicopedagogia.com/definicion/educabilida>
44. INEI. Situación del adulto mayor. Nivel de Educación en el adulto mayor en el Perú. [Página en internet]. 2013. [Actualizado sep 2013]; 33 – 62.
45. Aranibar, P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina, serie Población y Desarrollo. CEPAL: Santiago de Chile. No 21. 2001
46. Quispe R. El problema de la vivienda en el Perú, retos y perspectivas.

Chile: Red Revista INVI, 2006. p 43.

47. Carmen R. La vivienda precaria urbana marginal y su relación con la salud de la población en el proceso de sustentabilidad.(Centro Experimental de Vivienda Económica).
[internet]<http://www.alapop.org/docs/publicaciones/investigaciones/PoblacionMedioAmbiente02.pdf>
48. Wilches-Chaux, Gustavo. Desastres, Ecologismo y formación profesional. Popayan, Colombia. SENA. 1989.
49. González Miers Ma. Del Rocío. Cuando la Tercera Edad nos alcanza. México, editorial Trillas, México, Septiembre del 2000.
50. Gutiérrez H. Rogelio (2008) abastecimiento de agua potable. México: Ed. Pearson. (8ª edición).
51. Evaluación de la experiencia censal reciente sobre vivienda y hogar, Camilo Arriagada Luco, (LC/L.3312-P), N° de venta: S.11.II.G.30 (US\$ 10.00), 2011.
52. Adjasi, Charles, y Kofi Osei. «Poverty profiles and correlates of poverty in Ghana.» International Journal of Social Economics Vol.34 No.7, 2007: 449-471.
53. La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos, Sandra Huenchuan, (LC/L.3308-P), N° de venta: S.11.II.G.27 (US\$ 10.00), 2011.

54. GOULD SCHMITH, E., “Investigación de operaciones en la ciencia ecológica Prentice Hall.

55. RAFAEL N. Condiciones Precarias de Hábitat y Vivienda. (internet) Caracas, octubre de 2006. <http://fegs.msinfo.info/fegs/archivos/pdf/HYV.PDF>

56. Bosch, M.J. (2006). El problema de la vivienda en la vejez en Cataluña. *Architecture, City anEnveronment*, 1(1), 80-101.
57. Colchado A. Determinantes de la salud adultos maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos, distrito santa; 2012. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad católica los ángeles de Chimbote; 2014

58. Jacinto V. determinantes de la salud en mujeres adultas maduras obesas A.H Villa España. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote-2012.

59. Diana J. Tobacco smoking and nutrition. *Ann Nutr Acad Sci* 1993;686:1-11.

60. Lieber CH. Prospectives: do alcohol calories count ?. *Am J Clin Nutr* 1991;54:976-82.

61. Cárdenas S. Estilo de vida e índice de masa corporal de los policías que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte Lima.2012-[Tesis en internet Lima; 2013[Citado 2014 Dic. 08]. [141 páginas]. Disponible en: [ttp://www.cybertesis.edu.pe/sdx/sisbib/notice.xsp?id=sisbib.2013.cardenas](http://www.cybertesis.edu.pe/sdx/sisbib/notice.xsp?id=sisbib.2013.cardenas)

62. Martha Laura Esparza Chapa. Diagnóstico de sobrepeso y obesidad relacionado con la actividad física en mujeres jóvenes". Tesis {para obtener el grado de maestro en ciencias del ejercicio con especialidad en deporte de alto rendimiento}. Universidad Autónoma de Nuevo León. San Nicolás de los Garza, N.L. Diciembre 2007. 87 pág.
63. Pardo T, Núñez G. Nicolás Arturo Estilo de vida y salud en la mujer adulta joven Aquichan, Vol. 8, Núm. Universidad de La Sabana. Colombia. 2, octubre, 2008, pp. 266-284
64. García, C. Un estilo de vida saludable [Serie Internet]. [Citado el 2014 Dic 08] [Alrededor de 07 pantallas]. Disponible desde el URL: http://www.arquidiocesisdelahabana.org/contens/publica/amor_vida/a%20y%20v%202-2010/pdf/estilo%20de%20vida.pdf
65. Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Ginebra: Serie de informes técnicos; 2003.Pag. 49. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf
66. Martín Alfonso L, Agramante Sairo M. Frecuencia del cumplimiento del tratamiento en pacientes hipertensos. Rev. Medicina General Integral 2003; 19(2):133-40.

67. Angélica C. Determinantes en la salud en adultos maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Distrito Santa – 2012.
68. Domínguez H.”Determinantes de la salud en adultos con cáncer de pulmón. Hospital Eleazar guzmán barrón [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Nuevo Chimbote 2012.
69. Salinas A, Manrique B, Téllez M. Redes de apoyo social a la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades. Revista de la sociedad peruana de HTA volumen III. Revista de la sociedad peruana de HTA. Lima: 2004.
70. Aedo, M. 1995): “salud pública ”. Proyecto N° 1950171, Fondecyt
71. Ministerio de Salud. Lineamientos para la Acción en Salud Mental. Lima, 2004.
72. MINSA-Perú. Disponible en URL: <http://peru.nutrinet.org/programas-sociales-de-apoyo/sis>
73. Alburg S. Vejez y calidad de vida. (2008) Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos87/alternativas-actividades-disminuir-consumo-bebidas/alternativas-actividades-disminuir-consumo-bebidas2.shtml#bibliograa>
73. Fernández R. Redes sociales, apoyo social y salud. *periférie*. 2005; 149 (3): 1-16.

74 GUZMÁN, J.M. et al (2002). Redes de apoyo social a personas mayores: Marco conceptual. Documento presentado en la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores, CEPAL 9 al 12 de diciembre, Santiago de Chile.

75 MONTES de Oca, Verónica (2000). Relaciones familiares y redes sociales. En Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas. México. Consejo Nacional de Población

ANEXOS:

ANEXO 01



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL
ADULTOMADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8
– CHIMBOTE, 2013**

DATOS DE IDENTIFICACION:

Iniciales del nombre de la persona.....

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

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

2. **Edad:**

Adulto Joven (20 a 40 años) ()

Adulto Maduro (40 a 64 años) ()

Adulto Mayor (65 en adelante) ()

3. **Grado de instrucción:**

Sin nivel ()

Inicial/Primaria ()

Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()

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

4. **Ingreso económico**

Menor de 750 soles ()

De 751 a 1000 soles ()

()

De 1001 a 1400 ()

De 1401 a 1800 ()

De 1801 a más ()

5. **Ocupación del jefe de familia:**

Trabajo estable ()

Eventual ()

Sin ocupación ()

Jubilado ()

Estudiante ()

DETERMINANTES DEL ENTORNO FISICO

6. Vivienda

6.1 Tipo:

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

6.2 Tenencia

- Alquiler ()
Cuidador/aloja do ()
Plan social ()
Alquiler venta ()
() Propia

6.3 Material del piso:

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

6.4 Material del techo:

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

6.5 Material de las paredes:

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

6.6 Personas que duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua:

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

8. Eliminación de excretas

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

9. Combustible para cocinar

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

10. Energía eléctrica

- ()
- Sin energía ()
- ()

- Lámpara ()
- Grupo electrógeno ()
- Energía eléctrica temporal ()
- ()
- Energía eléctrica permanente Vela

11. Disposición de basura

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

12. Frecuencia que pasa recogiendo la basura

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

13. Lugar de eliminación de basura

- Montículo o campo limpio ()
- Contenedor específicamente de recogido ()
- Vertedor 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
- ()

16. ¿Cuántas horas duerme?

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

17. ¿Con qué frecuencia se baña?

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

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

- Si () No
- ()

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

- Camina ()
- Deporte ()
- Gimnasia ()
- No realizó ()

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

20 minutos

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

II DETERMINANTES ALIMENTARIOS

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

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

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22 ¿Recibes algún apoyo social natural?

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

23 Recibes algún apoyo social organizado?

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

24 Apoyo de algunas organizaciones

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

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

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

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

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

27 ¿Qué tipo de seguro tiene usted?

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

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

- Muy largo ()
Largo ()
Regular ()
()
Corto ()
()
Muy corto ()
()

No sabe

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

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

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

Si	()
No	()

Muchas gracias, por su colaboración
ANEXO N° 02

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del **Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos de 18 a más años en el Perú** desarrollado por Ms. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de investigación.

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en adolescente de 10 a 19 años.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

Dónde:

:Es la media de las calificaciones de los jueces en la muestra.

: Es la calificación más baja posible.

: Es el rango de los valores posibles

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 10 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada uno de los expertos la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS DE 18 AÑOS A MÁS EN EL PERÚ”.
3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...

esencial?

útil pero no esencial?

no necesaria?

4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla 1)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 10 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla 2).

Tabla 1

V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos de 18 a más años en el Perú.

Nº	V de Aiken	Nº	V de Aiken
1	1,000	18	1,000
2	1,000	19	1,000
3	1,000	20	0,950
4	1,000	21	0,950
5	1,000	22	1,000
6.1	1,000	23	1,000
6.2	1,000	24	1,000
6.3	1,000	25	1,000
6.4	1,000	26	1,000
6.5	1,000	27	1,000
6.6	1,000	28	1,000
7	1,000	29	1,000
8	1,000	30	1,000
9	1,000	31	1,000
10	1,000	32	1,000
11	1,000	33	1,000

12	1,000	34	1,000
13	1,000	35	1,000
14	1,000	36	1,000
15	1,000	37	1,000
16	1,000	38	1,000
17	1,000		
Coefficiente V de Aiken total			0,998

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud en adolescentes de 12 a 17 años de edad en el Perú.

Tabla 2

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

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	N(n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración V de Aiken	
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

Coefficiente de validez del instrumento

0,998

ANEXO N° 3

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

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

P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
Comentario:									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									

P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									
P15									

Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentarios									
P18									
Comentario									
P19									
Comentario									

P20									
Comentario									
P21									
Comentario									
6 DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario:									
P25									
Comentario:									
P26									

Comentario:									
P27									
Comentario:									
P28									
Comentario									
P29									
Comentario									
P30									
Comentario									

ANEXO N° 4



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO:

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO MADURO
CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE,
2013**

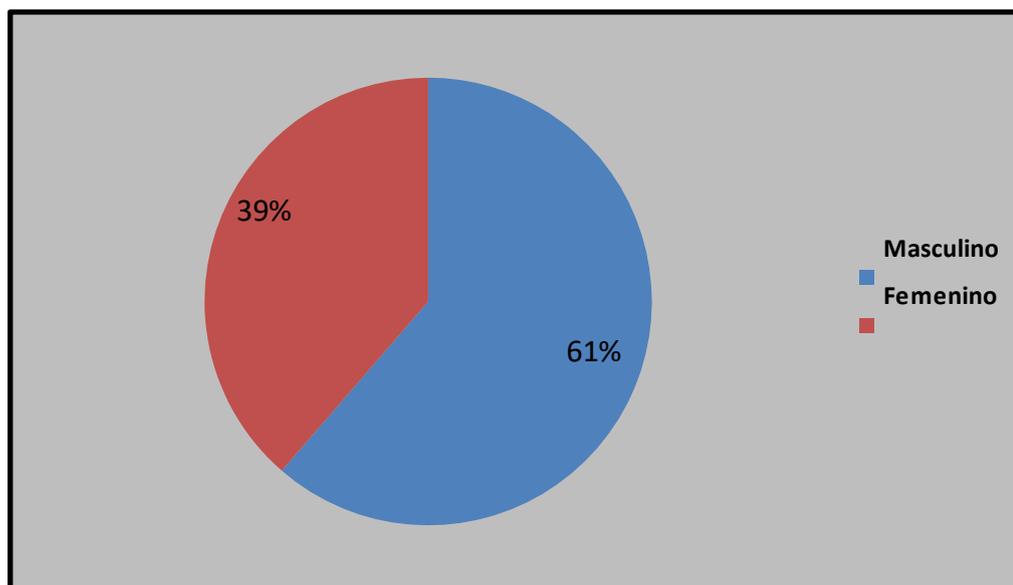
Yo,.....acepto

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

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

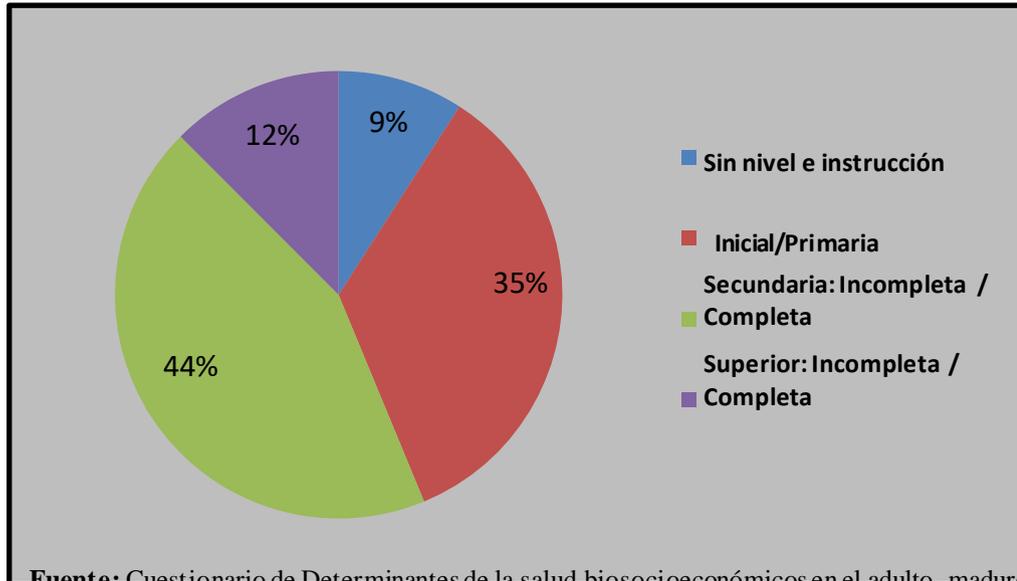
.....
FIRMA
ANEXO N° 05

**DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS GRÁFICO 1:
SEGÚN SEXO EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE
CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE, 2013**



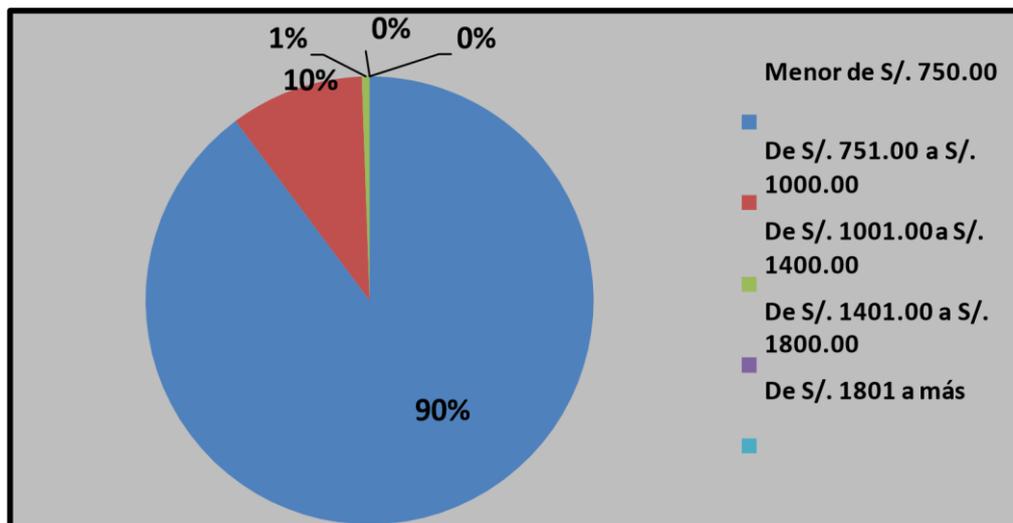
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la salud biosocioeconómicos en el adulto maduro Centro Poblado de cambio puente comité 8 – Chimbote, noviembre 2013.

GRÁFICO 2: GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



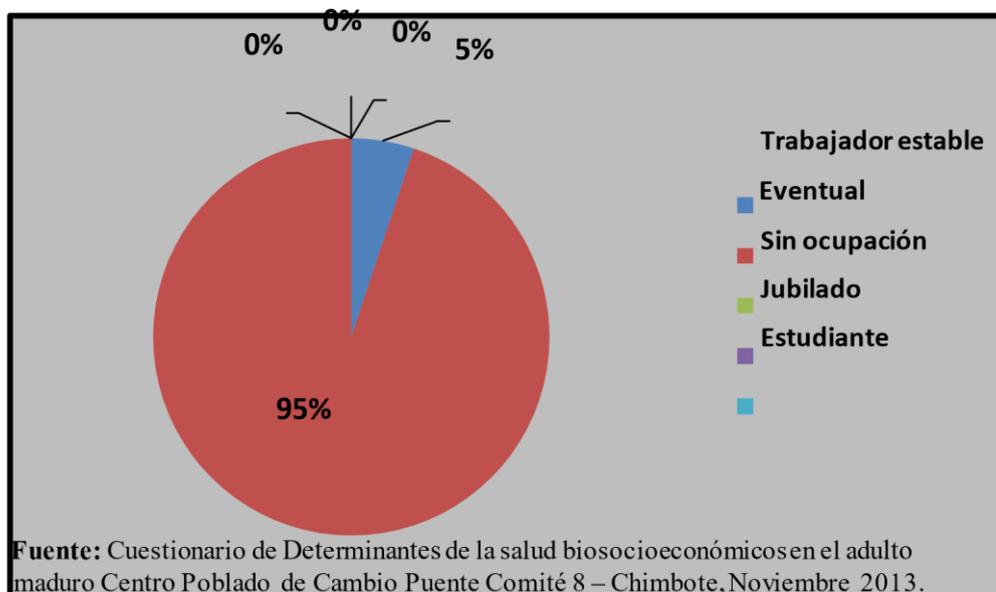
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la salud biosocioeconómicos en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote, Noviembre 2013.

GRÁFICO 3: INGRESO ECONOMICO EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



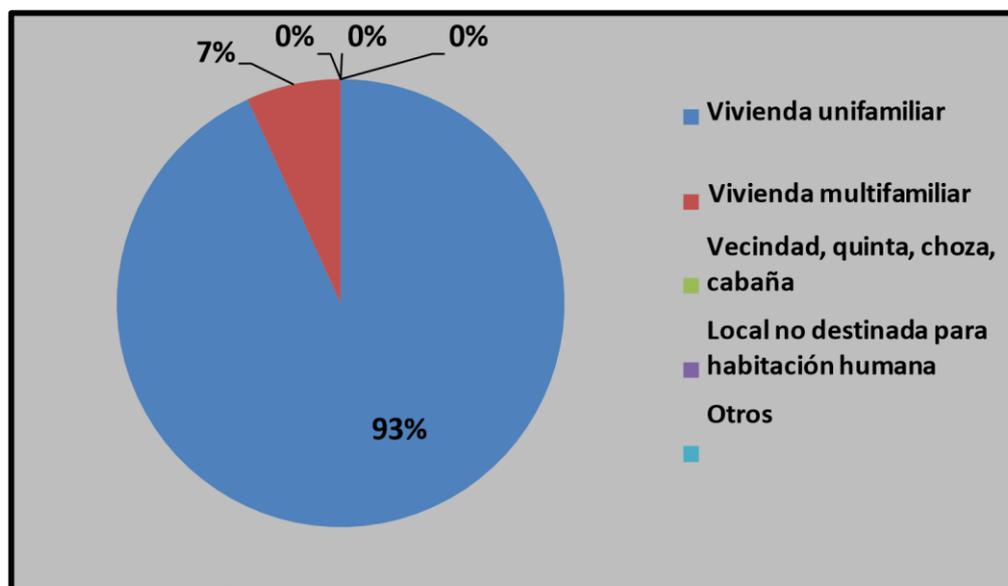
Fuente: Cuestionario de Determinantes de la salud biosocioeconómicos en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote, Noviembre 2013.

GRÁFICO 4: OCUPACION EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



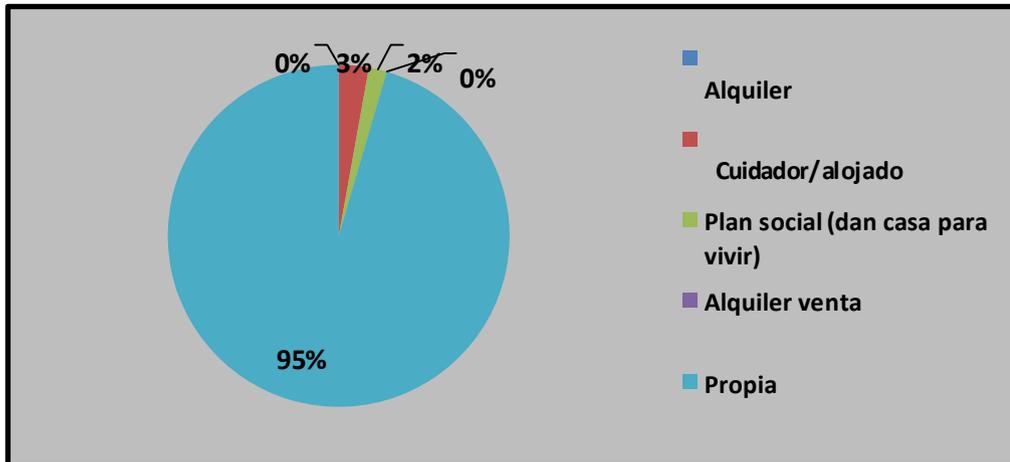
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA

GRÁFICO 5: TIPO DE VIVIENDA EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



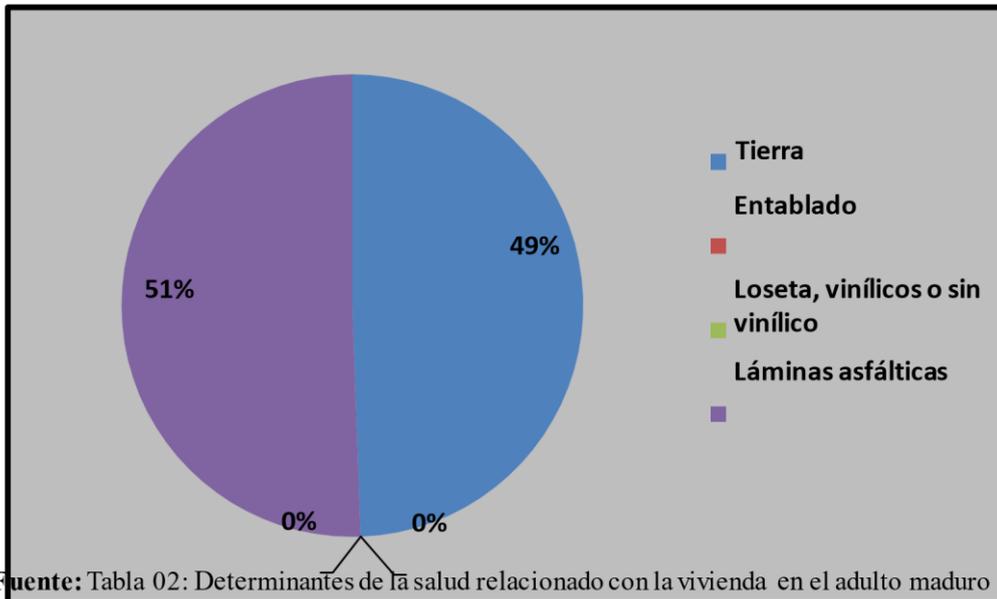
Fuente: Tabla 02: Determinantes de la salud relacionada con la vivienda en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote, Noviembre 2013

GRÁFICO 6: SEGÚN TENENCIA EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 CHIMBOTE. 2013.



Fuente: Tabla 02: Determinantes de la salud relacionada con la vivienda en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote, Noviembre 2013

GRÁFICO 7: SEGÚN MATERIAL DEL PISO EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013.



Fuente: Tabla 02: Determinantes de la salud relacionado con la vivienda en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote, Noviembre 2013

GRÁFICO 8: SEGÚN MATERIAL DEL TECHO EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013.

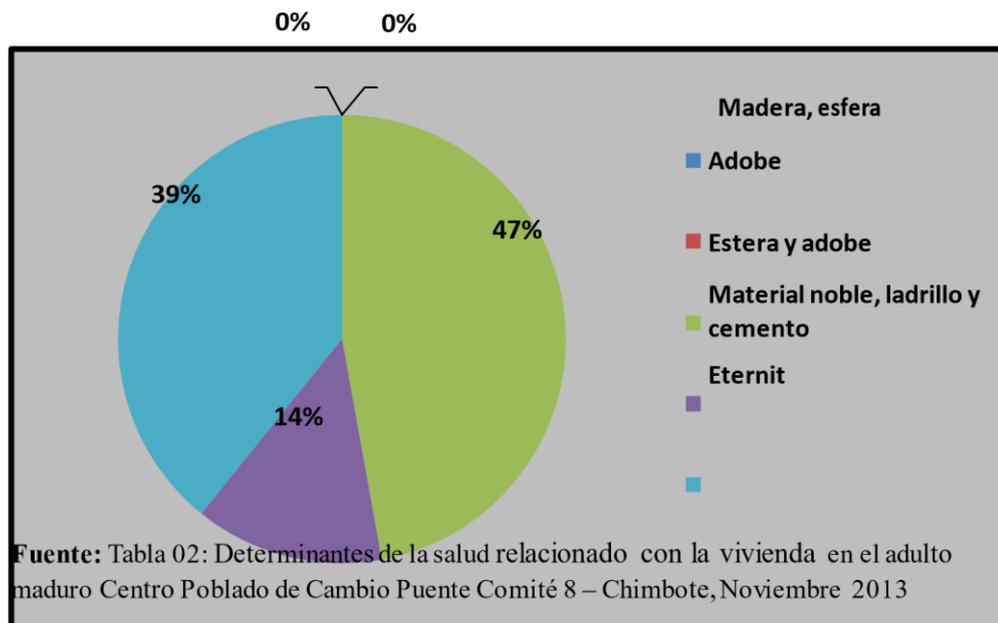


GRÁFICO 9: SEGÚN MATERIAL DE LAS PAREDES EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013.

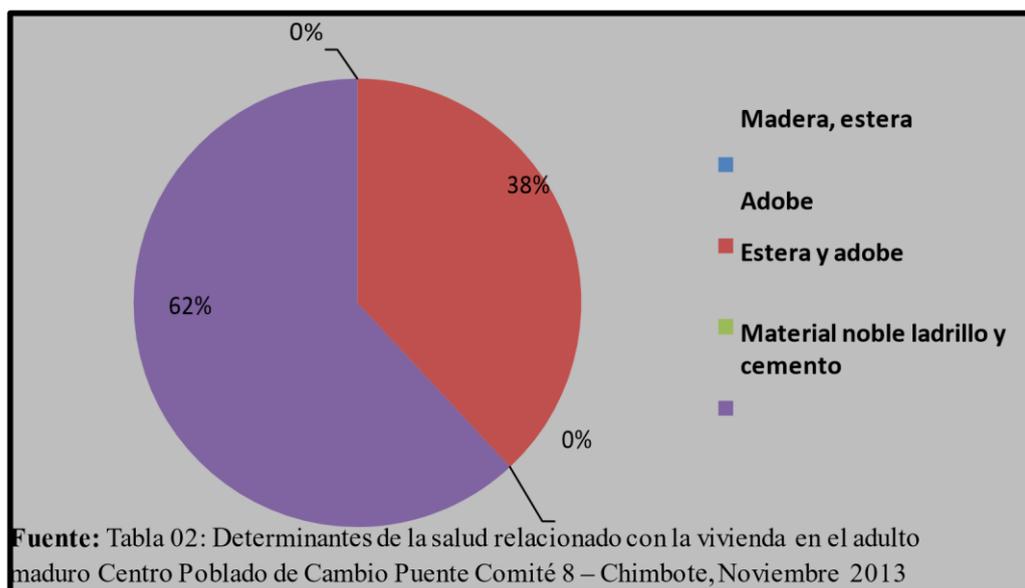


GRÁFICO 10: SEGÚN N° DE HABITACIONES PARA DORMIR EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013.

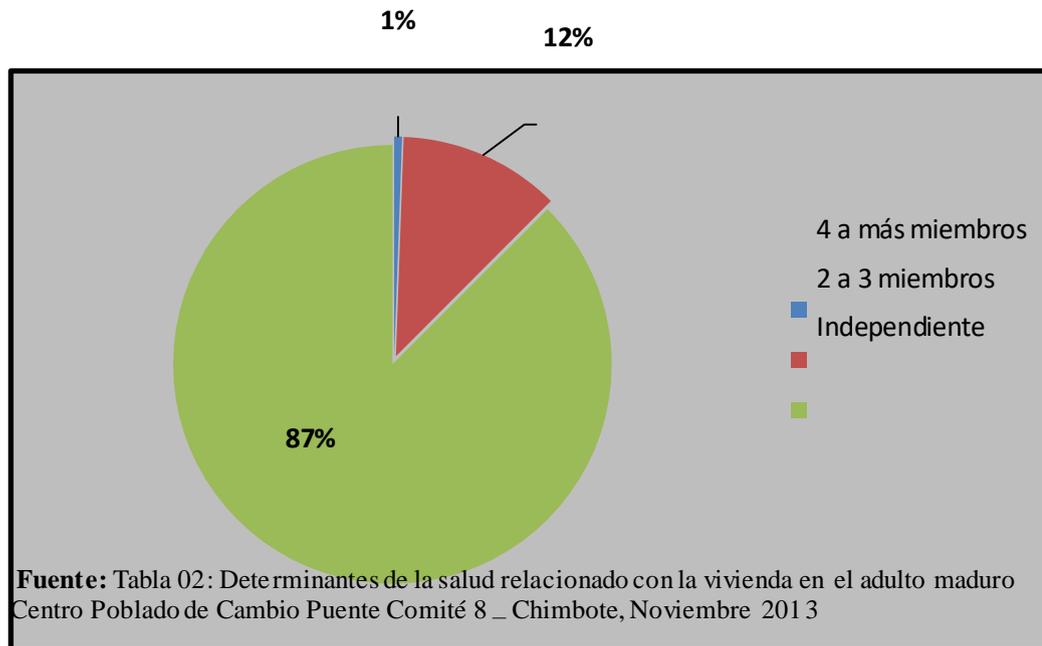


GRÁFICO 11: SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013.

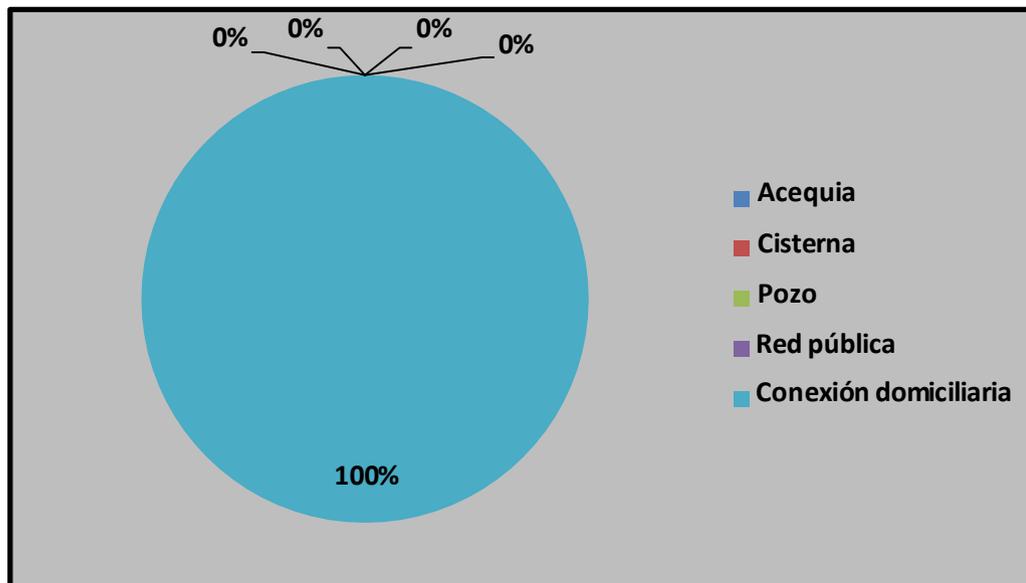
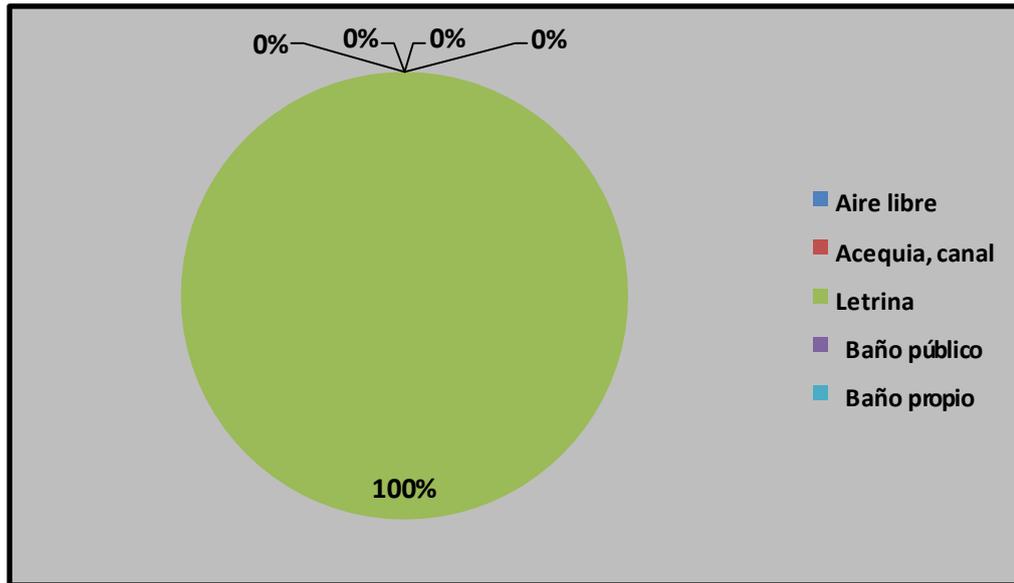
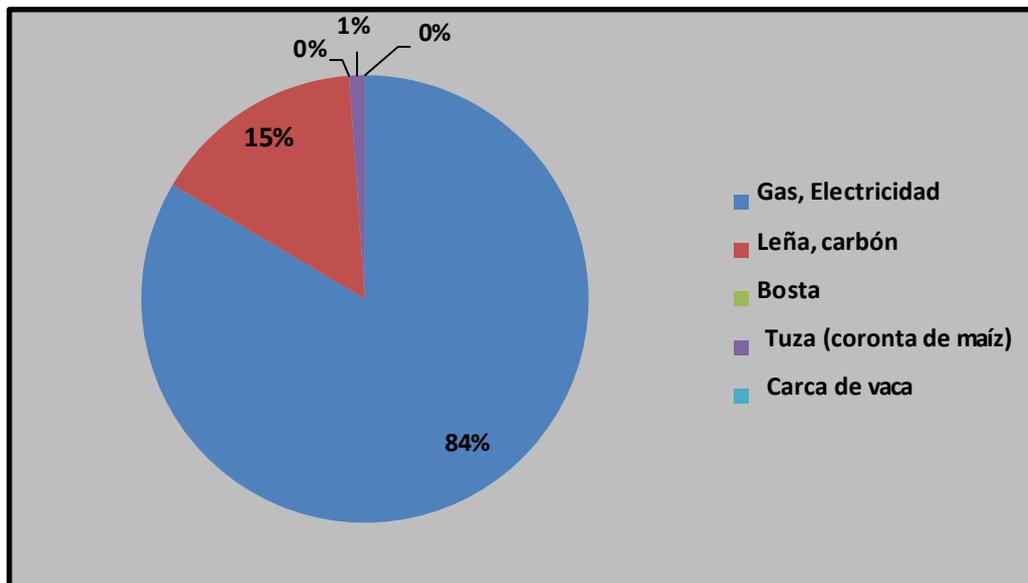


GRÁFICO 12: SEGÚN ELIMINACIÓN DE EXCRETAS AGUA EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013.



Fuente: Tabla 02: Determinantes de la salud relacionado con la vivienda en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote, Noviembre 2013

GRÁFICO 13: SEGÚN COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013.



Fuente: Tabla 02: Determinantes de la salud relacionada con la vivienda en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote, Noviembre 2013

GRÁFICO 14: SEGÚN ENERGÍA ELÉCTRICA COCINAR EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013.

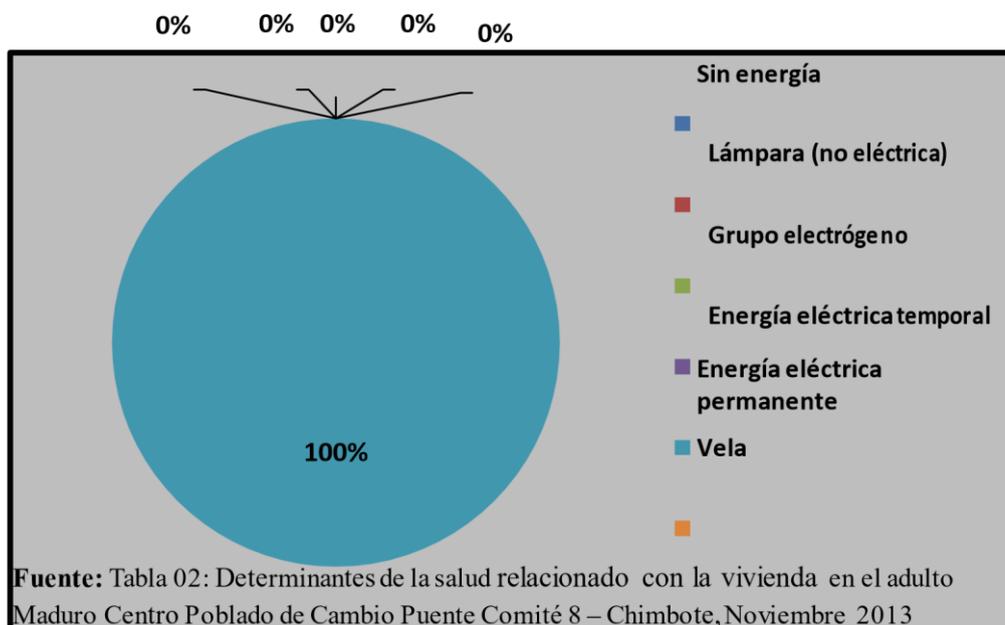


GRÁFICO 15: SEGÚN DEPOSICIÓN DE BASURA EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013

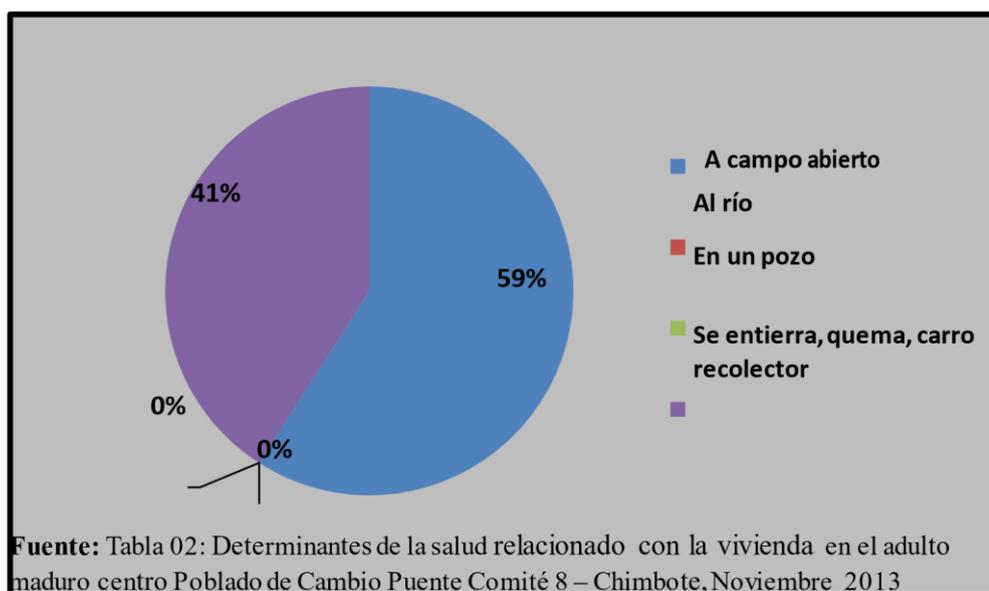


GRÁFICO 16: SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013

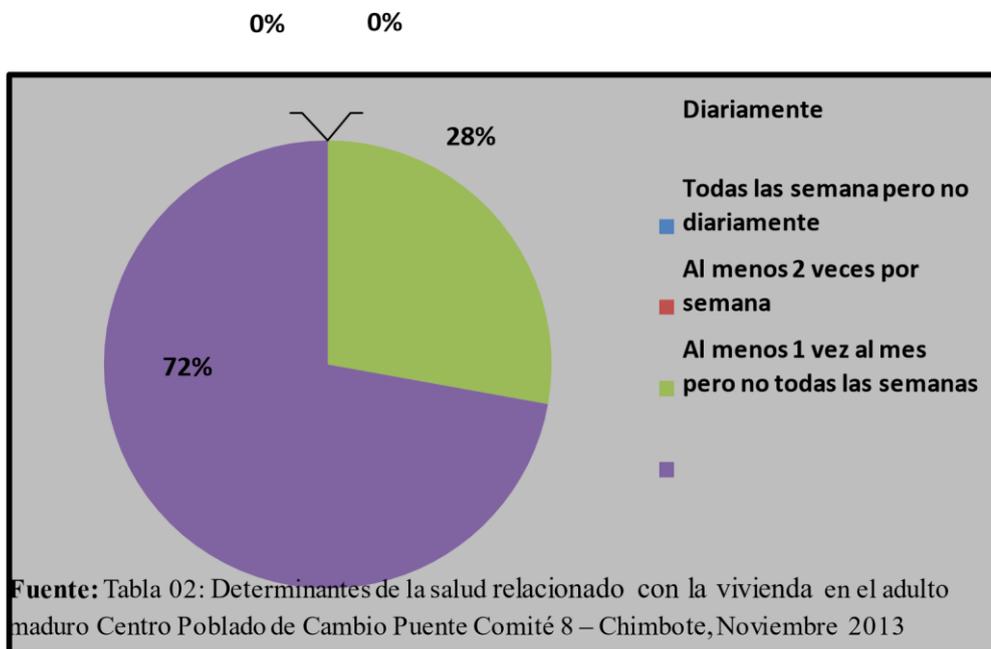
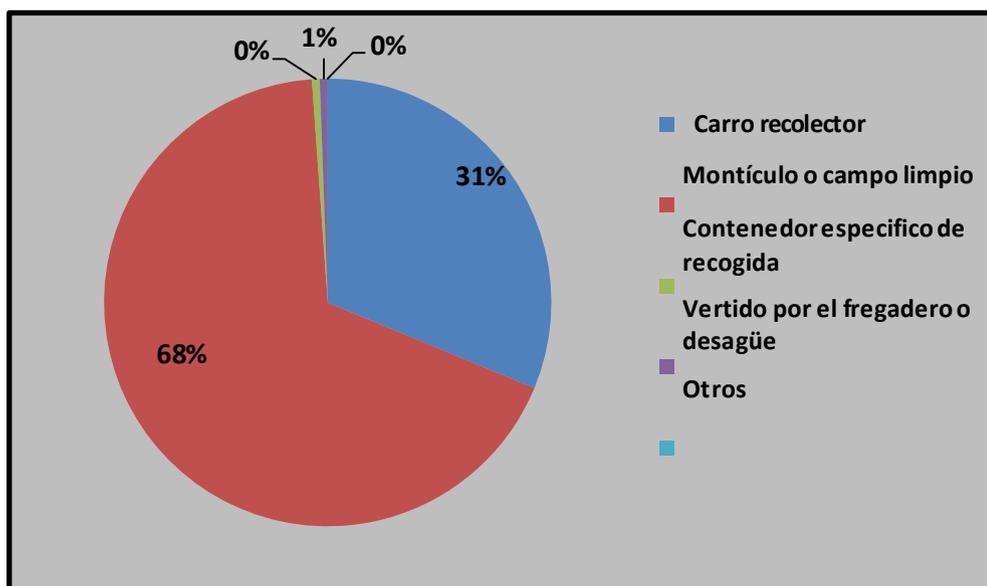


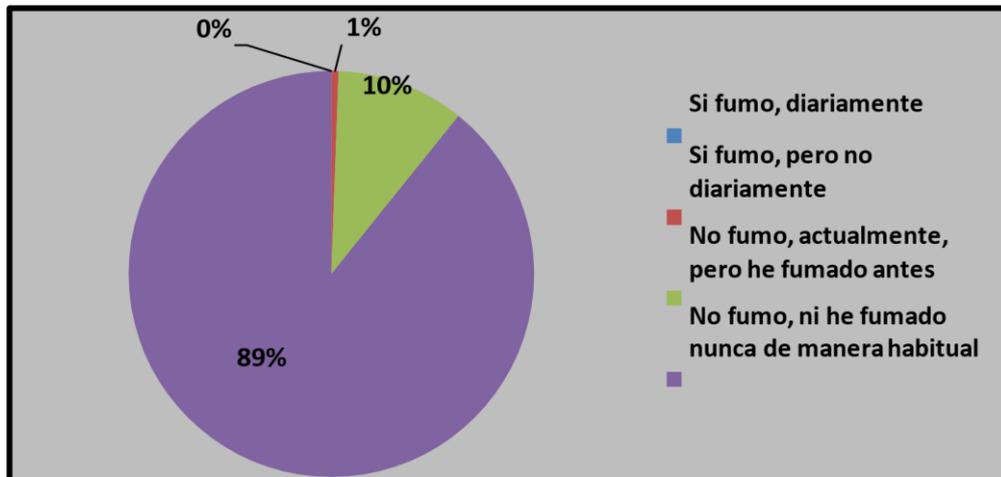
GRÁFICO 17: SEGÚN COMO SUELEN ELIMINAR LA BASURA EN ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES LUGARES BASURA EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



Fuente: Tabla 02: Determinantes de la salud relacionado con la vivienda en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote, Noviembre 2013

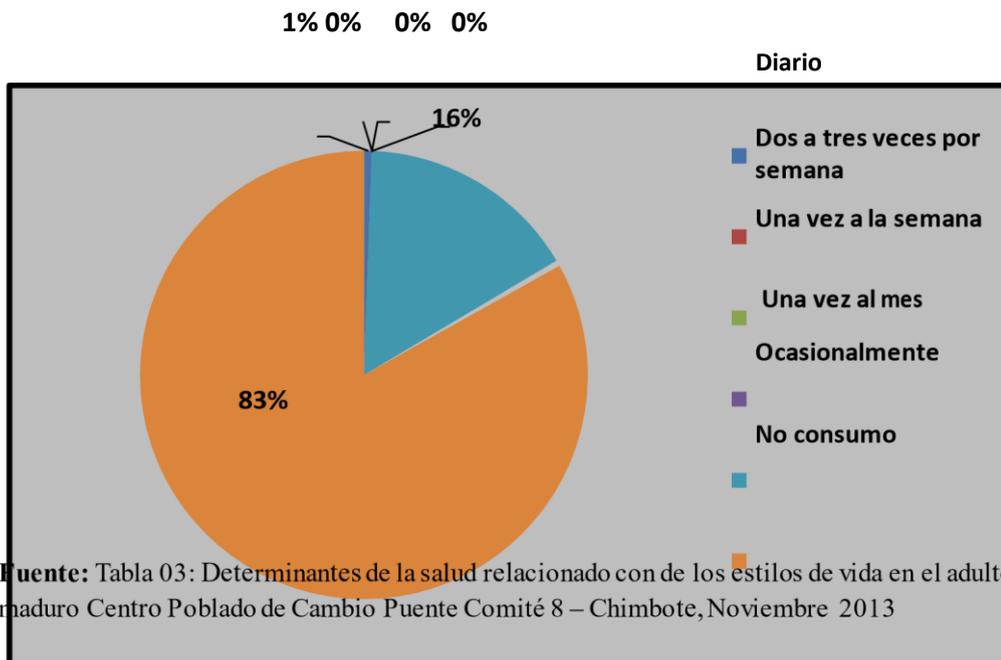
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRÁFICO 18: SEGÚN FUMA ACTUALMENTE EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



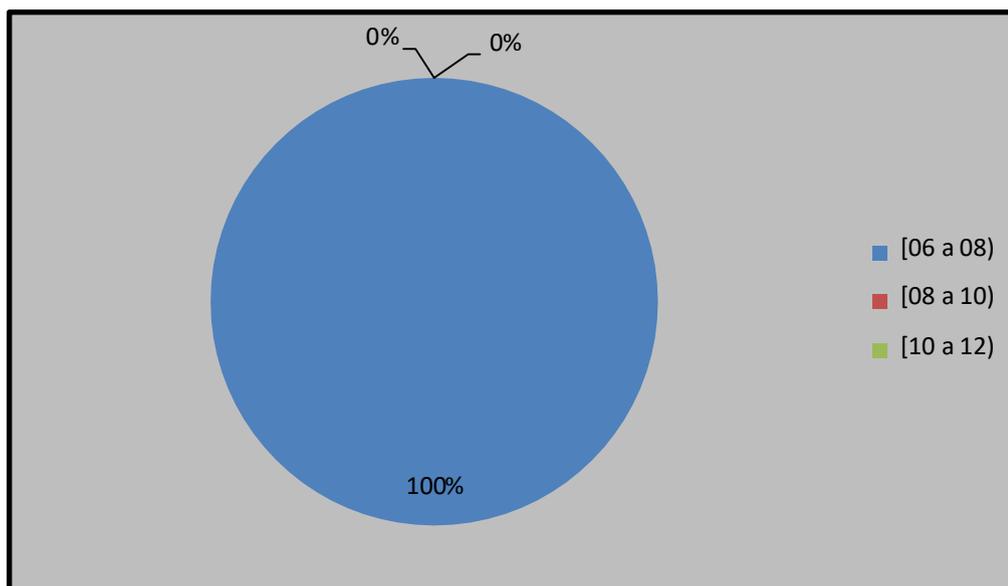
Fuente: Tabla 03: Determinantes de la salud relacionado con de los estilos de vida en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote, Noviembre 2013

GRÁFICO 19: SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



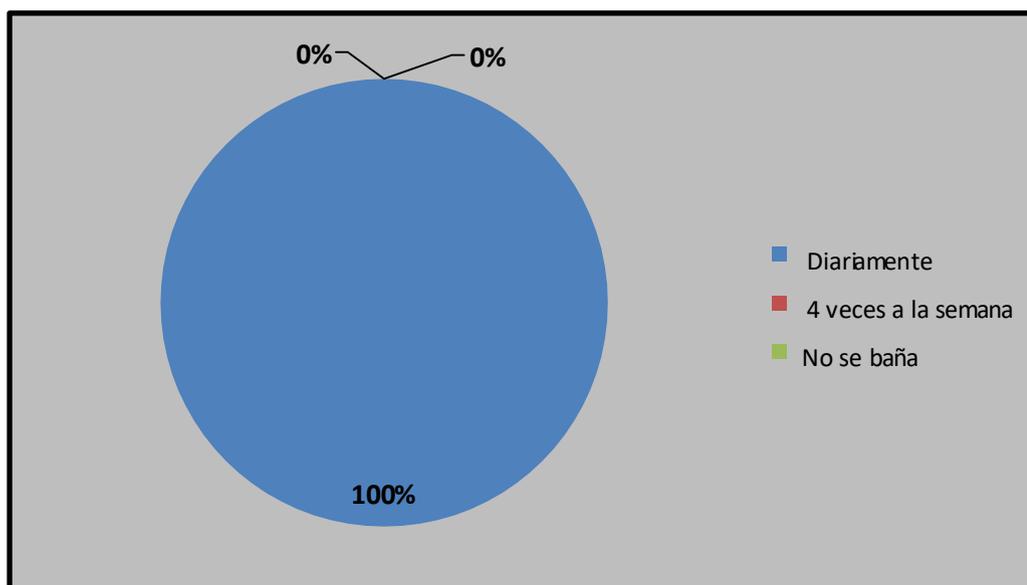
Fuente: Tabla 03: Determinantes de la salud relacionado con de los estilos de vida en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote, Noviembre 2013

GRÁFICO 20: SEGÚN N° DE HORAS QUE DUERMEN EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



Fuente: Tabla 03: Determinantes de la salud relacionado con de los estilos de vida en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote, Noviembre 2013

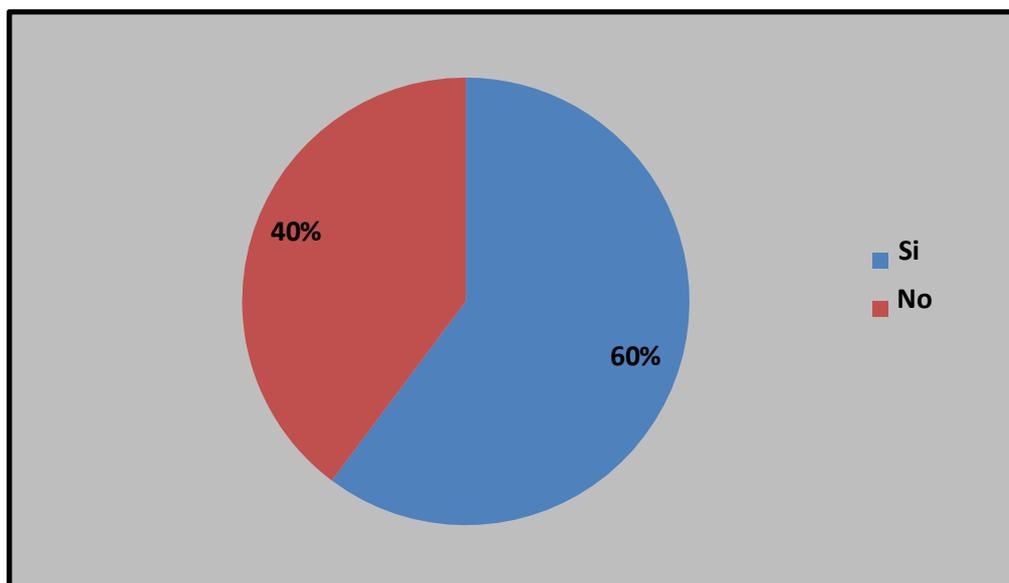
GRÁFICO 21: SEGÚN FRECUENCIA CON QUE SE BAÑAN EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



Fuente: Tabla 03: Determinantes de la salud relacionado con de los estilos de vida en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote, Noviembre 2013

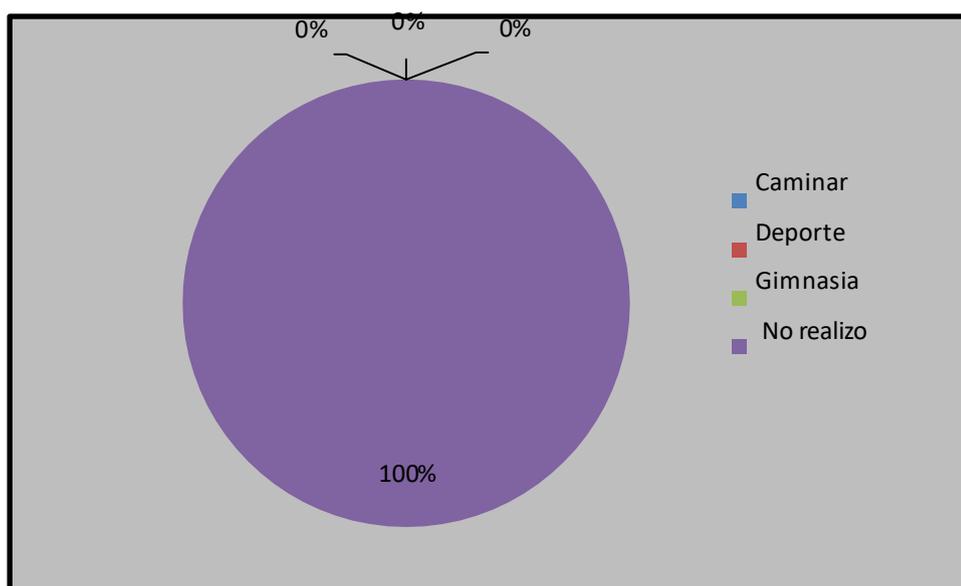
GRÁF

ICO 22: SEGÚN EXÁMEN MÉDICO PERIÓDICO EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



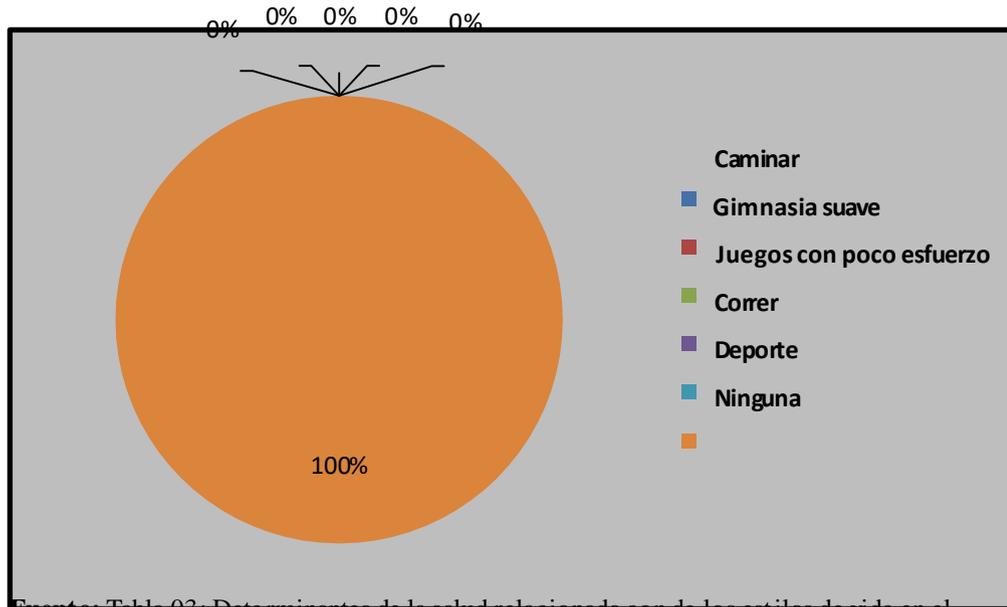
Fuente: Tabla 03: Determinantes de la salud relacionado con de los estilos de vida en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote, Noviembre 2013

GRÁFICO 23: SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



Fuente: Tabla 03: Determinantes de la salud relacionado con de los estilos de vida en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote, Noviembre 2013

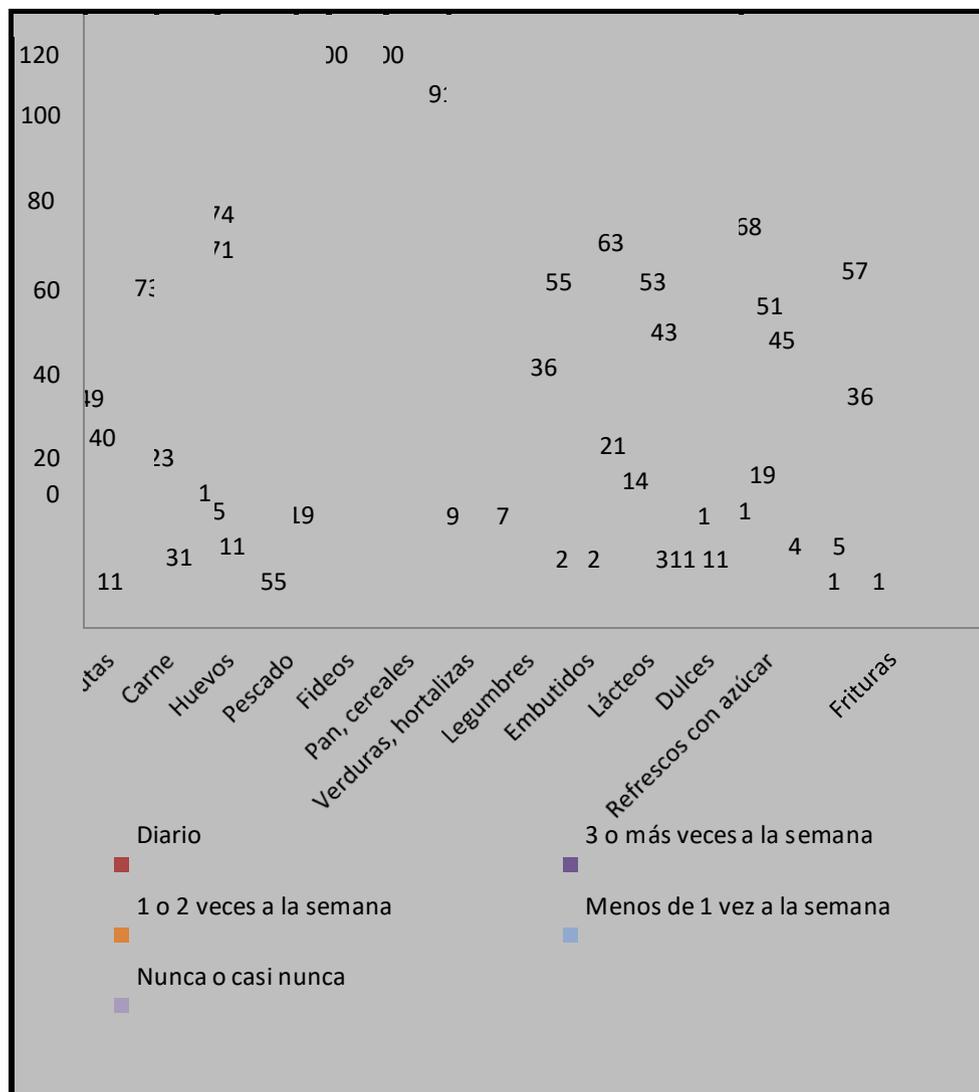
GRÁFICO 24: SEGÚN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZÓ DURANTE MÁS DE 20 MINUTOS EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



Fuente: Tabla 03: Determinantes de la salud relacionado con de los estilos de vida en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote, Noviembre 2013

GRÁF

ICO 25: SEGÚN ALIMENTOS QUE CONSUMEN EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



Fuente: Tabla 03: Determinantes de la salud relacionado con de los estilos de vida en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote, Noviembre 2013

DETERMINANTES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRÁFICO 26: SEGÚN INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ EN ESTOS 12 ÚLTIMOS MESES EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013

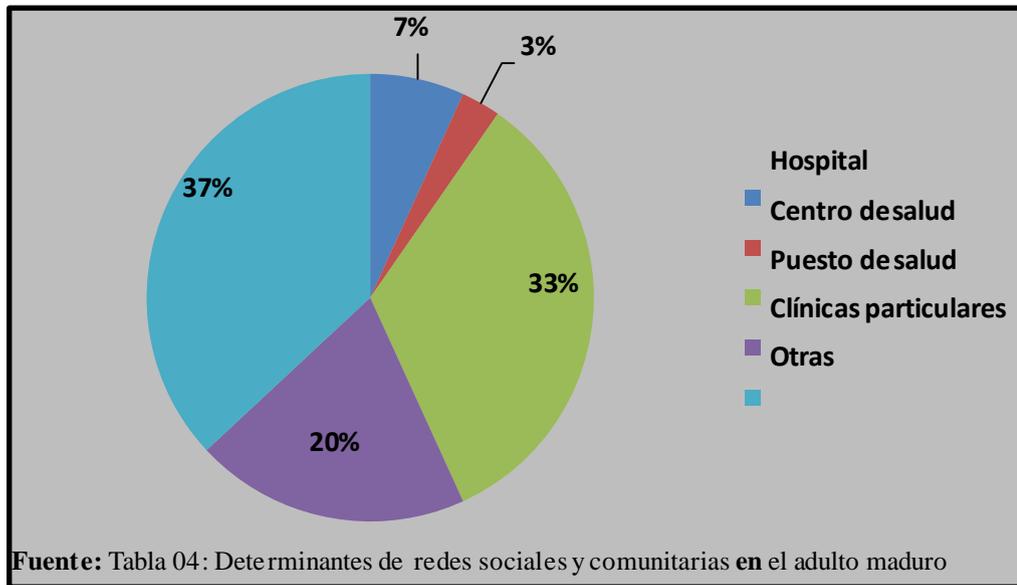
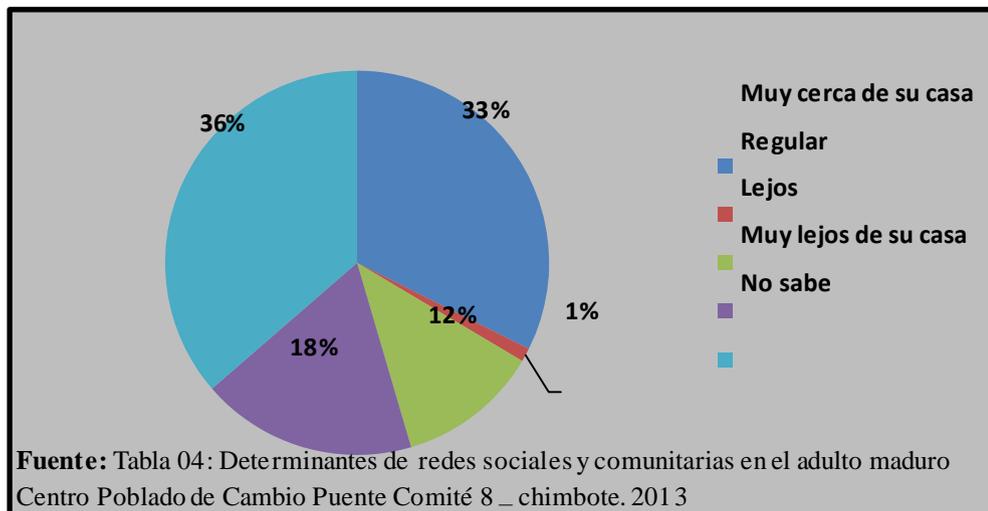
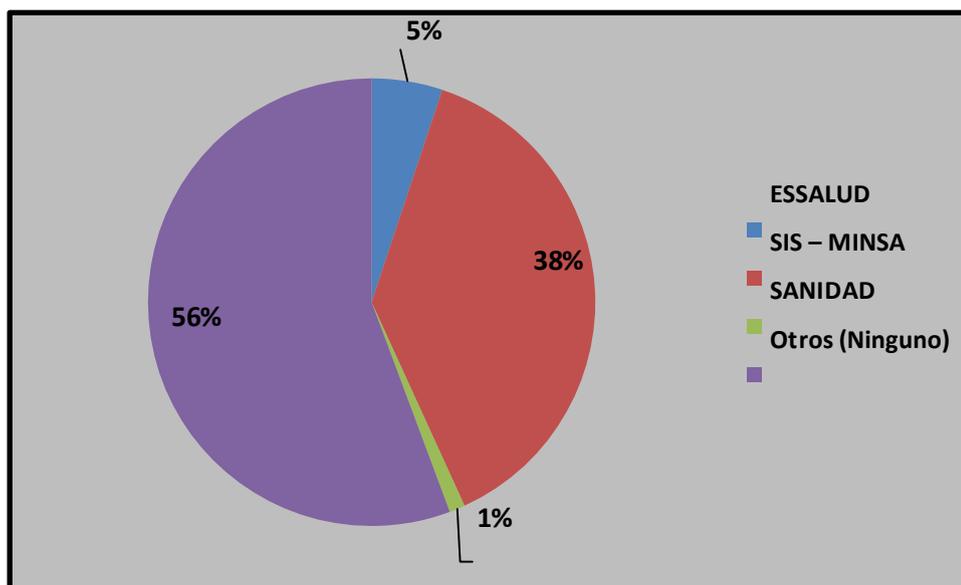


GRÁFICO 27: SEGÚN CERCANÍA DEL LUGAR DONDE SE ATENDIERON EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



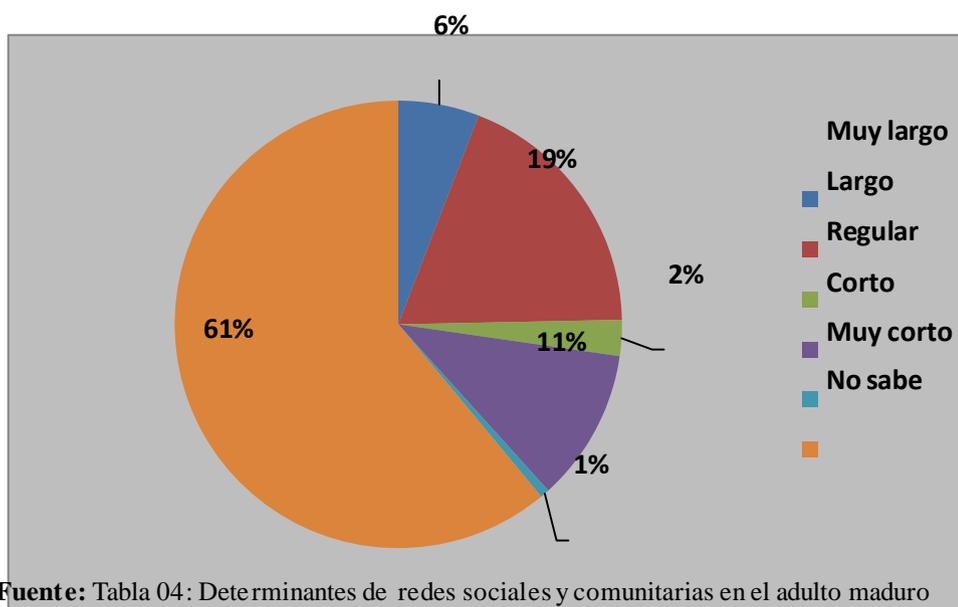
ICO 28: SEGÚN TIPO DE SEGURO EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013

GRÁF



Fuente: Tabla 04: Determinantes de redes sociales y comunitarias en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote. 2013

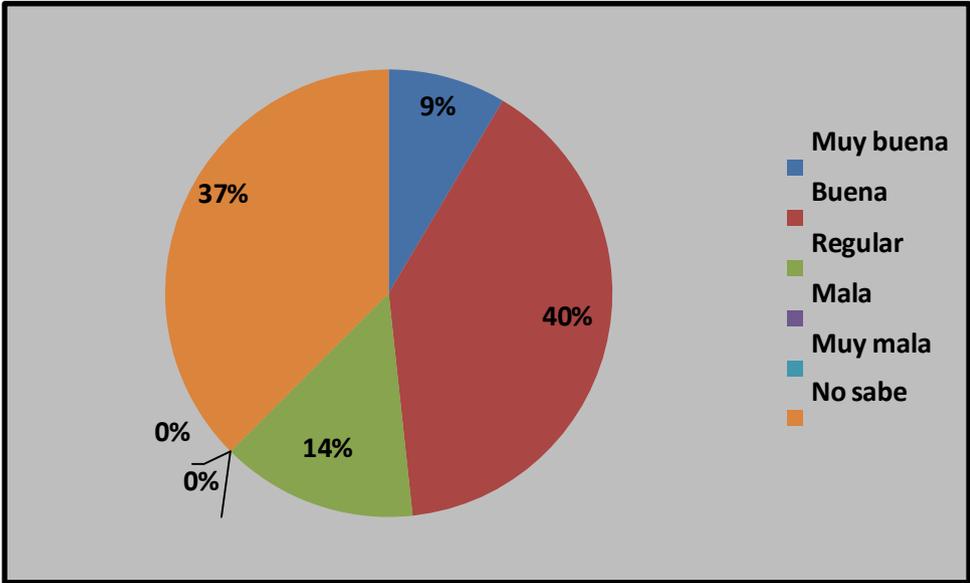
GRÁFICO 29: SEGÚN TIEMPO QUE ESPERÓ EN LA ATENCIÓN EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



Fuente: Tabla 04: Determinantes de redes sociales y comunitarias en el adulto maduro Centro Poblado De Cambio Puente Comité 8 – chimbote. 2013

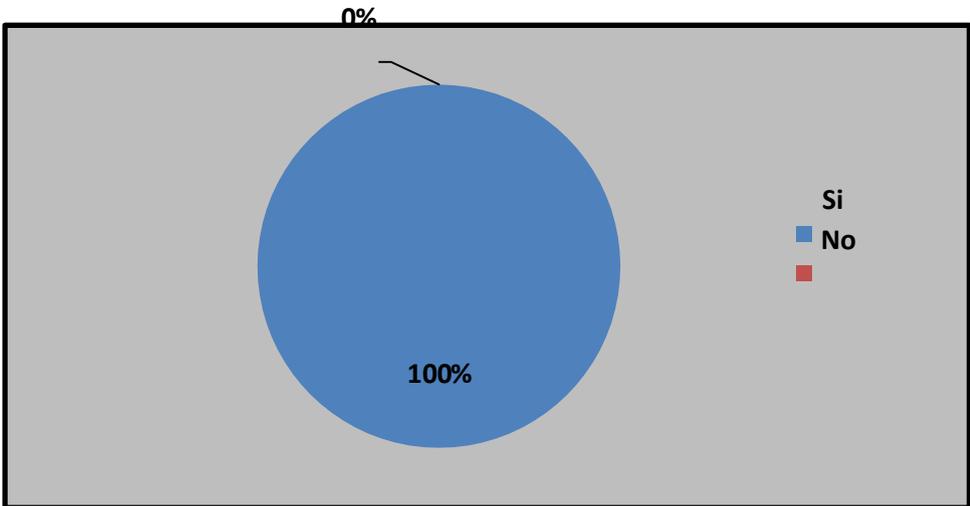
GRÁFICO 30: SEGÚN CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN EL ADULTO MADURO

CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



Fuente: Tabla 04: Determinantes de redes sociales y comunitarias en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote. 2013

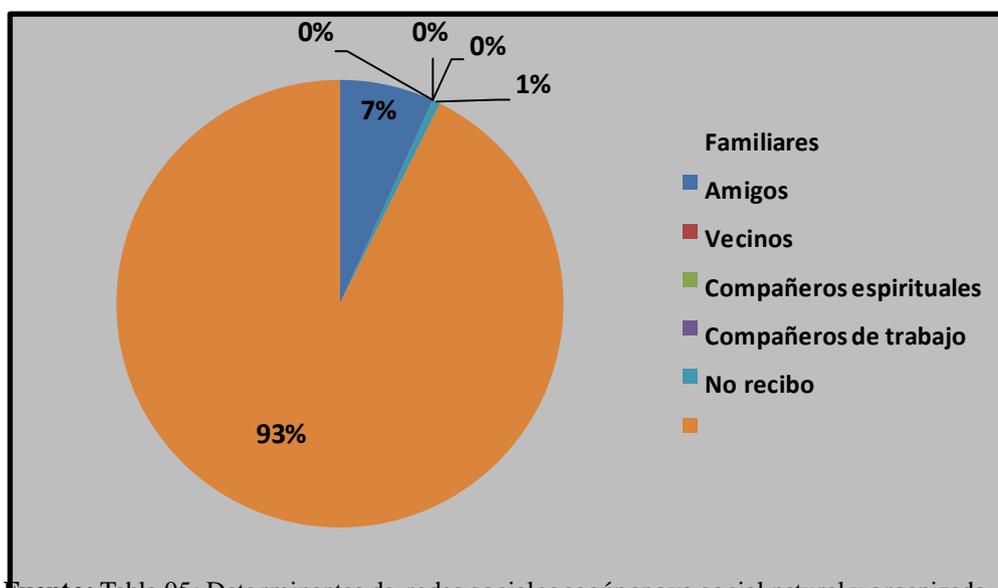
GRÁFICO 31: SEGÚN PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



Fuente: Tabla 04: Determinantes de redes sociales y comunitarias en el adulto maduro Centro Poblado De Cambio Puente Comité 8 – Chimbote. 2013

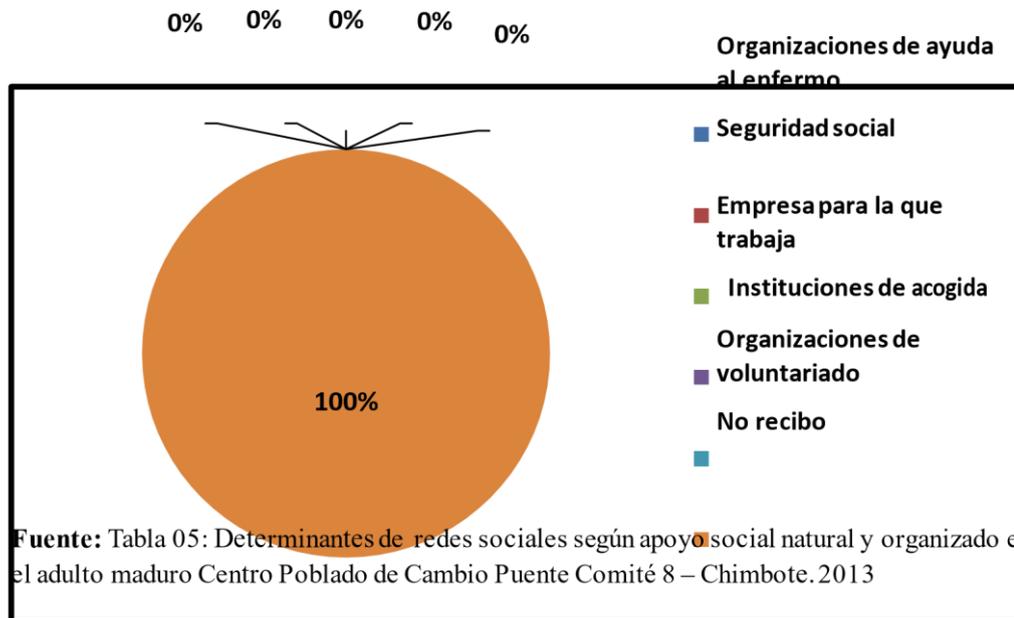
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO

GRÁFICO 32: SEGÚN RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL NATURAL EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



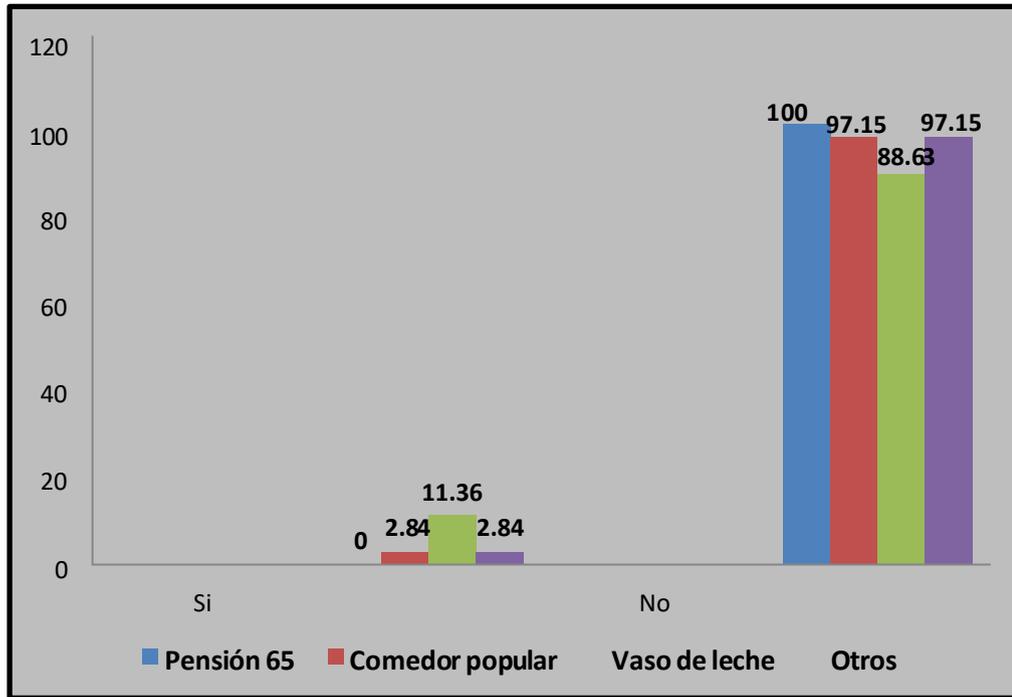
Fuente: Tabla 05: Determinantes de redes sociales según apoyo social natural y organizado en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote. 2013

GRÁFICO 33: SEGÚN RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



DETERMINANTES DE LAS REDES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBIÓ EL APOYO

GRÁFICO 34: SEGÚN DE QUIEN RECIBE EL APOYO EN EL ADULTO MADURO CENTRO POBLADO DE CAMBIO PUENTE COMITÉ 8 – CHIMBOTE. 2013



Fuente: Tabla 05: Determinantes de redes sociales según apoyo social natural y organizado en el adulto maduro Centro Poblado de Cambio Puente Comité 8 – Chimbote. 2013