



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS
JÓVENES. PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE,
2016**

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

AUTORA:

ESTHER NOELIA CAMACHO VALDERRAMA

ASESORA:

DRA. MARÍA ADRIANA VÍLCHEZ REYES

CHIMBOTE – PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR

Dra. MARIA ELENA URQUIAGA ALVA

PRESIDENTE

MGTR. LEDA MARÍA GUILLEN SALAZAR

MIEMBRO

MGTR. FANNY ROCIO ÑIQUE TAPIA

MIEMBRO

DEDICATORIA

A Dios, por darme vida, un consejero
espiritual que está siempre pendiente
de mí, fortaleciendo mi corazón e
iluminando para seguir adelante

A mis padres, por su apoyo
incondicional durante estos años de
estudio, por su cariño, su paciencia, y
sus sabios consejos, para lograr mi
objetivo

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

ESTHER

AGRADECIMIENTO

A Dios, por iluminarme todos los días, por cuidarme y protegerme, por permitir que todo lo que hago me salga bien.

A todos los adultos Jóvenes del Pueblo Joven La Unión, por brindarme su tiempo, paciencia, por confiar en mí y su apoyo desinteresado en el desarrollo de la presente investigación.

A mi asesora: Dra. María Adriana Vílchez Reyes, por haberme enseñado con mucha paciencia, dedicación valiosos conocimientos los cuales, me guiaron para la elaboración de mí de tesis.

ESTHER

RESUMEN

El presente estudio de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud en los adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión. La muestra estuvo constituida por 100 adultos jóvenes, a quienes se aplicó un instrumento: cuestionario sobre los determinantes de la salud, utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en el software PASW Statistics versión 18.0, para analizar los datos se construyó tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos. Donde se obtuvo los siguientes resultados y conclusiones: En los determinantes biosocioeconomicos la mayoría tiene ingreso económico de 751 a 1000 soles, más de la mitad son de sexo masculino. En los determinantes relacionados en viviendas, la totalidad tiene agua con conexión, baño propio, cocina con gas, energía eléctrica, basura se entierra, quema, carro recolector, paredes material noble y cemento, la mayoría vivienda unifamiliar, casa propia, piso laminas asfálticas, techo de noble ladrillo y cemento. En los determinantes de los estilos de vida, la mayoría se baña diariamente, no se realiza examen médico periódico, consumen diariamente pan, cereales; más de la mitad no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, ocasionalmente consume bebidas alcohólicas, duerme de 6 a 8 horas, no realizan actividad física. En los determinantes de redes sociales y comunitarias, la totalidad no recibe apoyo social organizado, la mayoría no recibe apoyo social natural.

Palabras clave: Adulto joven, determinantes de la salud.

ABSTRACT

This research report of a quantitative, descriptive type with a single-box design. It aimed to describe the determinants of health in young adults of the La Unión Youth Town. The sample consisted of 100 young adults, who have a specific instrument: the questionnaire on the determinants of health, the use of the interview technique and observation. The data were processed in the PASW Statistics software version 18.0, to analyze the data, tables of distribution of absolute frequencies and relative percentages were constructed. As well as its statistical graphic graphics. Where the following results of conclusions were obtained: In the biosocioeconomic determinants has an economic income of 751 to 1000 soles, more than half are male. In the related determinants in the houses, the kitchen with gas, electrical energy, garbage is buried, burns, the car collector, the walls of noble material and cement, the majority one-family house, the own house, the floor laminates asphalt, ceiling of noble brick and cement. In the determinants of lifestyles, most are sold daily, the doctor's medical examination is not done, they consume daily bread, cereals; more than half do not smoke, never smoked regularly, occasionally consumed alcoholic beverages, sleeps 6 to 8 hours, did not do physical activity. In the determinants of social and community networks, the totality does not receive social support, most do not receive natural social support.

Key words: Young adult, determinants of health.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRAC	vi
I. INTRODUCCION	1
II. REVISION DE LA LITERATURA	
2.1 Antecedentes.....	12
2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación.....	15
III. METODOLOGIA	24
3.1 Tipo y Nivel de la investigación.....	24
3.2 Población y muestra.....	24
3.3 Definición y operacionalización de variables.....	25
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	34
3.5 Plan de análisis.....	36
3.6 Matriz de consistencia.....	38
3.7 Principios éticos.....	40
IV. RESULTADOS	
4.1 Resultados.....	41
4.2 Análisis de Resultados.....	50
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones.....	96
5.2 Recomendaciones.....	98
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS	127

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1: DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS JÓVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION- CHIMBOTE, 2016.....	41
TABLA 2: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS JÓVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION-CHIMBOTE, 2016.	42
TABLA 3: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS JÓVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION- CHIMBOTE, 2016.....	45
TABLA 4: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADULTOS JÓVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION- CHIMBOTE, 2016.....	47
TABLA 5: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LOS ADULTOS JÓVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION- CHIMBOTE, 2016.....	49
TABLA 6: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN LOS ADULTOS JÓVENES PUEBLO JOVEN LA UNION- CHIMBOTE, 2016.....	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO DE TABLA 1: DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS JÓVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION–CHIMBOTE, 2016.....	146
GRÁFICO DE TABLA 2: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS JÓVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION– CHIMBOTE, 2016.....	148
GRÁFICO DE TABLA 3: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS JÓVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION– CHIMBOTE, 2016.....	155
GRÁFICO DE TABLA 4: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADULTOS JÓVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION– CHIMBOTE, 2016.....	159
GRÁFICO DE TABLA 5: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LOS ADULTOS JÓVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION– CHIMBOTE, 2016.....	162
GRÁFICO DE TABLA 6: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN LOS ADULTOS JÓVENES PUEBLO JOVEN LA UNION– CHIMBOTE, 2016.....	163

I. INTRODUCCIÓN

El panorama de la salud mundial ha dado un cambio a través de los años, en el cual las enfermedades infecciosas han decrecido muchos escalones de las primeras causas de mortalidad y morbilidad en el perfil que identificaba la mitad del siglo pasado, en el mecanismo salud-enfermedad de los habitantes, y se revela una evolución epidemiológica que da paso a nuevas formas de morir y enfermar de la población. Esta transformación ha sido posible no solo a los avances tecnológicos y científicos, sino a la inversión sobre otros determinantes de la salud como el saneamiento ambiental, el mejoramiento en la educación y vivienda , abastecimiento de agua potable, de forma que las personas viven más que a principios del siglo pasado y se ha pasado de un perfil básicamente infeccioso, a uno en donde los padecimientos de tipo crónico, se han hecho un espacio en el avance que caracteriza el proceso salud-enfermedad de los países (1).

Así también es importante entender que se evidencian riesgos por medio de la identificación de factores que amenazan la salud humana como, residuos radioactivos, carga tóxica, emisión de gases a la atmósfera, entre otros factores que describen un medio físico amenazado y relacionado directamente con importantes problemas de morbi-mortalidad. Junto a estos existen bolsas de pobreza y desigualdad en los países, y evidentes desequilibrios en la distribución de la riqueza. En dimensiones psicológicas y sociales la salud se ve amenazada por los ritmos de la vida: estrés, relaciones humanas, exclusión social, etc. Actualmente estamos en crisis y tensiones financieras que desmoronan el estado del bienestar como la precarización del trabajo y relaciones laborales, con alarmantes tasas de paro que afectan sustancialmente a la población más joven a

la vez que el riesgo de exclusión se extiende a todas las etapas de la vida y a todos los grupos sociales (2).

A nivel mundial, se estima que en el año 2017, más de 1900 millones de adultos tenían sobrepeso y más de 650 millones eran obesos. Además 1,1 millones de personas murieron a causa del VIH. La Región de África sigue siendo la más gravemente afectada, con un 4,4% de adultos de 15 a 49 años que viven con VIH. También se reportó 10,4 millones de nuevos casos de tuberculosis y 1,4 millones de muertos por este, presentando una mayor tasa de mortalidad con el 20% en países de la Región de África. Este hallazgo resalta la persistencia de grandes inequidades en acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento de alta calidad. Entre el 2010 y el 2016, las lesiones de tránsito son la principal causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años, mientras que en el grupo de 25 a 64 años de edad, las principales causas de muerte fueron las cardiopatías isquémicas (35,9 por 100 000), diabetes (19,1 por 100 000) y homicidios (18,3 por 100 000) (3).

En América se estima que, la tasa de alfabetización de los jóvenes de 15 a 24 años supera el 98%, con un índice de paridad de género cercano. Sin embargo, en la mayoría de los países, el porcentaje de jóvenes matriculados en la secundaria es significativamente menor. Las principales causas de muerte en los jóvenes son las causas externas, en especial los homicidios, los suicidios y las lesiones causadas por los accidentes de tránsito (3).

La OMS en la conferencia de Alma Ata en 1976 conceptualizó la salud como el perfecto estado físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural

y espiritual. Por consiguiente, la salud es mucho más que la simple ausencia de enfermedad, es un equilibrio holista entre la dimensión física, mental y social; y será determinada por distintos factores, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud (4).

Además la OMS detalla una serie de factores o determinantes, individuales y colectivos que se relacionaban con el estado de salud: las redes de apoyo social, los ingresos y el estatus social, el empleo y las condiciones de trabajo, los ambientes físicos, la educación, los ambientes sociales, las prácticas de salud personal, la biología y la dotación genética, los servicios de salud, el género y la cultura (5).

Al referirnos al nivel de salud de una población, estamos hablando de diferentes factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones y debido a ello el 50% de los factores que intervienen sobre cuán saludable es una población tienen que ver con factores sociales. Mientras que los factores biológicos son simplemente el 15%, los factores ambientales un 10% y lo relacionado a la atención de salud en un 25%. En definitiva, la mitad de los efectos en salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud (6).

En todas las épocas y civilizaciones continuamente fue un tema de inquietud el vinculado de condiciones o circunstancias que determinaban la salud, independientemente del concepto de salud tomado en cada momento. Se instituye un concepto integro de salud que se enmarca en los determinantes de salud, es decir, el conjunto de características que intervienen en la salud y que se

relacionado en distintos niveles de organización determinan el estado de salud individual y colectiva de la población (7).

La OMS se refiere a los determinantes sociales de la salud, como las circunstancias socioeconómicas en que las personas nacen, crecen, viven, educan, trabajan y envejecen éstas influyen en la salud de los individuos, las familias y las comunidades en su conjunto. Los determinantes sociales instituyen el nivel en que una persona tiene los recursos físicos, sociales y personales para reconocer y lograr sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades, alimentación, empleo, educación, y adecuarse al medio ambiente. Los problemas de salud en gran medida están vinculados a las condiciones socio económicas. Sin embargo, en las estrategias de salud han primado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, y no se ha incorporado apropiadamente intervenciones sobre las “causas de las causas” (8).

Al hacer énfasis en los determinantes sociales de la salud no estamos tratando únicamente de la causalidad o determinación de la salud y la enfermedad; se trata de un tema significativo que ha sido debatido por más de un siglo. Actualmente, cuando nos referimos a determinantes sociales de la salud lo relacionamos con el impacto que estos tienen en la equidad en salud, es decir, en los resultados de salud entre los seres humanos. Los determinantes de la salud como una forma de expresar las causas de las causas de la inequidad en salud es uno de las contribuciones más importantes que ha hecho la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (8).

Es por ello que en los últimos años, se está haciendo grandes esfuerzos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que sobrepase los ámbitos de la educación sanitaria propio o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo. El Ministerio de Salud, ha promovido con impulso un acercamiento a los temas que se relacionan con los determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (9).

La salud de las personas ha recibido insuficiente atención de los sistemas de salud, en lo que tiene que ver con la definición de prioridades como en la formulación de programas. Sin embargo, la creciente de demandas de servicio, los altos costos que proviene de ellos, la incapacidad procedente de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y la disminución de la calidad de vida producto de la presencia de enfermedades crónicas, requieren una renovación en el enfoque de la salud de las personas (10).

Equidad en la salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial de salud y, de un modo más pragmático que nadie de estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello pueda evitarse (11).

Inequidad tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a las diferencias que son innecesarias y evitables, pero, que además, también se consideran injustas. Por lo tanto, con el fin de describir una determinada situación como injusta, la causa tiene que ser examinada y juzgada como injusta en el contexto de lo que está pasando en el resto de la sociedad (12).

Lalonde, estableció las bases para la entrada del modelo social de la salud. Este modelo estableció un marco de referencia para los factores clave que se creía determinaban el estado de salud. Desde entonces, este modelo básico se ha reforzado y expandido, con una creciente evidencia de que la contribución de la medicina y la atención de la salud son muy limitadas, y que aumentar el gasto en atención no significara mejoras significativas en la salud de la población. Durante el siglo XX, se aprecian cambios importantes en los patrones de morbilidad, donde las enfermedades, pasan a constituir los principales problemas de salud, y se cuestiona en el ámbito científico la explicación de la unicausalidad de las enfermedades, incluidas las infecciosas (13).

En el 2005, la Organización Mundial de la Salud fundó una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y le estableció la responsabilidad de recopilar pruebas sobre las inequidades, para comprender los determinantes sociales de la salud. En el informe final de la Comisión para el año 2008, se formularon tres recomendaciones: mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución desigual del dinero, el poder y los recursos, medir y comprender el problema y evaluar los efectos de las intervenciones . Ya para el año 2011, la Declaración Política de Rio sobre Determinantes Sociales de la Salud recalca la necesidad de un enfoque de los determinantes sociales de la salud (14).

El enfoque de los determinantes sociales de la salud nació como un nuevo modelo en el abordaje de las inequidades en salud, este enfoque busca explicar desde una perspectiva los modelos biomédicos de atención de la salud reducen las consecuencias de las enfermedades, mas no son suficientes para mejorar eficazmente la salud a nivel individual y general, como tampoco lo son para actuar

sobre las persistentes inequidades. Esto significa admitir que la atención médica no es el principal condicionante de la salud de las personas, sino que está determinada en gran parte por los factores (15).

Los determinantes de la salud son muy significativos en los países de América Latina, que se caracterizan aun por una cultura colonial adversa, notorias injusticias sociales, además de enormes desigualdades socioeconómicas e inequidades en salud. Aunque en la última década se ha estimado mejora en la situación social, y positivas conductas en los resultados de salud, el panorama es desmoralizador; se muestran altos índices de desigualdad ; además la pobreza permanece como uno de los problemas ,más difíciles de resolver, junto a un progresivo problema de segmentación de los servicios de salud, lo cual genera una mayor apreciación de exclusión e inequidad; este se considera como uno de los principales obstáculos para la disminución de barreras en el acceso a servicios de salud y lograr una cobertura universal (15).

En nuestro país hay escenarios de inequidad de la salud entre las personas. Por un lado, están las inequidades de acceso a los servicios. Por otro, hay inequidades que se observan en los resultados de los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, que tienen relación con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación. Estas inequidades en salud pueden referirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (16).

Estudios arrojan que en el Perú, la tasa de desempleo es de 4,2%. El 72,8% de los trabajadores tenían un empleo informal. La pobreza era de 21,8%, mientras

que la pobreza extrema alcanzó 4,1%. El analfabetismo alcanzaba 5,7%. La cobertura de población que usa instalaciones de agua potable mejoradas ha aumentado de 84,6% a 86,7% entre el 2010 y el 2016. Así también el 2,9% de la población de 15 y más años de edad fue diagnosticado con diabetes mellitus, el 35,5% del sobrepeso, el 18,3% sufren de obesidad y el 5,1% reportaron haber sufrido violencia física por parte de su pareja en los últimos 12 meses. Entre las causas más frecuentes de mortalidad, se registraron las enfermedades del sistema respiratorio (21%), las neoplasias (20%), las enfermedades del sistema circulatorio (19%) y las causas externas (11%) (17).

No escapan a esta problemática, los Adultos Jóvenes del Pueblo Joven la Unión, que se formó después del terremoto de 1970 cuando un grupo de personas invadieron unas tierras, formándose dos pueblos Jóvenes: “31 de Mayo” y “Túpac Amaru”, los cuales se unificaron para formar el pueblo Joven la Unión. Actualmente tiene alrededor de 1,228 habitantes. Limita por el este con la Campiña y el oeste con el A.H. Cesar Vallejo, por el norte con el A.H. Primavera y por el sur con A.H. El Porvenir y la Campiña. Cuentan con los servicios básicos de agua, luz y desagüe y medios de comunicación audiovisual (Internet, tv, radio, teléfono, periódico, etc.), los medios de transporte para llegar al pueblo joven son micros, combis, autos. Las viviendas en su mayoría son de material noble. Cuenta con una posta médica, un local comunal, una iglesia católica y cinco evangélicas y una plaza de armas (18).

Los adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión, están expuestos a una serie de problemas sanitarios, registrándose en cuanto a la morbilidad las enfermedades más comunes que asechan a los adultos jóvenes son las enfermedades diarreicas,

infecciones respiratorias y las infecciones urinarias, entre otras. Además durante las visitas en la comunidad se evidencio que la mayoría de adultos jóvenes por las tardes se reúnen para apostar en juegos de azar y en donde liban bebidas alcohólicas (18).

Frente a lo expuesto anteriormente, el enunciado del problema de investigación es el siguiente:

¿Cuáles son los determinantes de la salud en los adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión- Chimbote, 2016?

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

Describir los determinantes de salud en los adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión- Chimbote.

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

Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico de los adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión- Chimbote (sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).

Identificar los determinantes de los estilos de vida de los adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión- Chimbote: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud, su impacto en la salud y apoyo social en los adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión.

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

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

La investigación aporta elementos sobre los determinantes de la salud y brinda información ventajosa para el Puesto de Salud La Unión y otros actores del sistema de salud, y así puedan enfocar sus acciones de manera más específica hacia la población de adultos jóvenes en el Pueblo Joven La Unión.

Además, sirve de base para las autoridades regionales de la Direcciones de salud, municipios y población a nivel nacional; por que los resultados de esta investigación pueden ser utilizados para generar nuevas investigaciones de este

tipo y desarrollar proyectos y programas de intervención específicos, así como para otros profesionales de la salud que tienen que ver con el estudio de los determinantes sociales de la salud en los adultos jóvenes.

El estudio de investigación se titula determinantes de la salud en los adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión- Chimbote. La metodología es cuantitativo descriptivo de una sola casilla. Se obtuvo entre sus resultados y conclusiones que en los determinantes biosocioeconómicos: la mayoría tiene ingreso económico de 751 a 1000 soles, más de la mitad son de sexo masculino. En los determinantes de la vivienda, la totalidad tiene agua con conexión, baño propio, cocina con gas, energía eléctrica. En los determinantes de los estilos de vida, la mayoría no se realiza examen médico periódico. En los determinantes de redes sociales y comunitarias, la totalidad no recibe apoyo social organizado.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

García J, Vélez C, (19). En su investigación titulada. “Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia-2017”. Tuvo como objetivo evaluar la asociación entre los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en una población adulta de la ciudad de Manizales. Metodología de estudio descriptivo con una fase correlacional. Concluyó que los determinantes sociales de la salud que se asociaron con la calidad de vida en todos sus dominios fueron la escolaridad y la posición socioeconómica autopercebida.

Vidal D y col, (20). En su investigación titulada “Determinantes Sociales en Salud y Estilos de Vida en Población Adulta de Concepción, Chile–2014”. El objetivo del estudio fue determinar la relación entre estilo de vida promotor de salud y variables psicosociales, demográficas y de salud, en las comunas de Coronel y Concepción. Metodología corresponde a un estudio descriptivo y correlacional, de orientación cuantitativa. Concluyeron que los resultados permiten reafirmar la relevancia de considerar, además de los factores

estructurales, los factores psicosociales en la mirada y en la intervención en salud para potenciar estilos de vida promotores de salud. Los factores psicosociales se encuentran fuertemente asociados a estilos de vida promotores de salud.

A nivel Nacional:

Álvarez D y col, (21). En su estudio de investigación titulado “Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010)-2012”. Tuvieron como objetivo estimar la prevalencia de sobrepeso, obesidad y los determinantes sociales del exceso de peso en población peruana. Metodología estudio transversal de muestreo probabilístico, estratificado y multietápico. Concluyeron que el sobrepeso y obesidad fue mayor en los adultos jóvenes (62,3%) y menor en los niños <5 años (8,2%). Los determinantes sociales del exceso de peso según el grupo de edad fueron: no ser pobre (niños <5 años niños 5-9 años, adolescentes y adulto mayor), vivir en el área urbana (niños <5 años adolescentes, adulto joven, adulto y adulto mayor) y ser mujer (niños 5-9 años, adulto y adulto mayor).

Chinchay M, (22). En su trabajo de investigación titulado “Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “Q” – Huaraz, 2013. Tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud de los adultos del caserío de Vista Alegre sector “Q” - Huaraz. Metodología Tipo cuantitativo, descriptivo diseño

de una sola casilla. Concluyo que en los determinantes biosocioeconómicos: menos de la mitad tienen secundaria completa, ingreso económico menor de 750 soles. En los determinantes de salud del entorno físico: más de la mitad tienen casa propia con piso tierra, paredes de adobe, baño propio, energía eléctrica. En los determinantes de los estilos de vida: menos de la mitad realizan actividad física, consumen fruta a diario.

A nivel local:

García P. y Vélchez A, (23). En su investigación titulada “Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes Varones con Adicción a Drogas, chimbote-2012”. Tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud de los adultos Jóvenes Varones con Adicción a Drogas. Metodología tipo cuantitativo, descriptivo y diseño de una sola casilla. Concluyo que la mayoría tiene grado de instrucción secundaria completa e incompleta; un ingreso económico menor de 750; vivienda de material noble; no se realizan ningún examen médico; ni actividad física; consumen carbohidratos a diario, no reciben apoyo social; no tienen seguro de salud; existe delincuencia y pandillaje cerca de su casa; consume bebidas alcohólicas 1 vez por semana.

Gutiérrez K, (24). En su trabajo de investigación titulado “Determinantes de la Salud en Adultos jóvenes. Asentamiento Humano San Miguel, Chimbote-2013”. Tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud de los adultos Jóvenes Asentamiento Humano

San Miguel. Metodología tipo cuantitativo, descriptivo diseño de una sola casilla. Encontró que en los determinantes biosocioeconómicos la mayoría de los adultos jóvenes son de sexo femenino. En relación con la vivienda, la mayoría tiene una casa propia de tierra y esteras. En los determinante de estilo de vida, menos de la mitad no realiza ninguna actividad física. Los determinantes de redes sociales y comunitarias, la mayoría no recibe apoyo social natural ni organizado y existe pandillaje y delincuencia.

2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación

El presente estudio de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, quienes 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 (25).

En 1974 Lalonde presentó su informe, después de realizar un estudio epidemiológico de los orígenes de la muerte y enfermedad de los canadienses, y encontró cuatro grandes grupos de determinantes de la salud, para la atención de la salud individual y colectiva. La biología humana está restringida por las características de la especie humana, el progreso y envejecimiento, la carga genética y los componentes hereditarios. Los estilos de vida están relacionados con los hábitos personales como alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas, utilización de los servicios de salud. El medio ambiente que lo conforman los factores ambientales

físicos, biológicos, de profanación atmosférica y química, y factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida y finalmente la atención sanitaria que está dirigido a la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y comunidad (26).

Lalonde también determina un peso específico cuantificable dentro de cada uno de estos determinantes, para representar la influencia que cada determinantes sobre el estado de salud de los individuos, el los estilos de vida (43%), la biología humana (27%), el medio ambiente (19%) y el sistema sanitario (11%). En función de la valoración que asigna a cada determinante, se observa que el estilo de vida es el condicionante que influye con más fuerza negativamente en la salud en comparación con el resto. Este dato es importante y toma relevancia cuando la salud pública pretende adoptar medidas que prevengan la aparición de enfermedades asociadas a los factores de riesgo mediante la implementación de políticas que reduzcan la morbi-mortalidad. Además será más fácil y menos costoso, para el modelo sanitario influir en los comportamientos y conductas nocivas de las personas que actuar sobre aspectos de naturaleza humana como la genética o envejecimiento (27).

Determinantes para la salud



Las conjugaciones entre los determinantes propuestos por Lalonde y otros, quedan esquematizados en un modelo de Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud.

En el diagrama los individuos están en la base del modelo con sus peculiaridades y su carga genéticos que realizan un predominio sobre las condiciones de salud. Por arriba de la base está la primera capa compuesta por los estilos de vida de los sujetos, el cual comprende, las conductas propias elegidas libremente. Por encima de esta capa esta otra conformada por las redes sociales y comunitarias que comprenden el conjunto de relaciones asociadas y de familiaridad entre grupos que establecen la unión social de la comunidad (28).

En un nivel superior se encuentran las circunstancias de vida y trabajo, las que facilitan acceso a los servicios como salud, educación, condiciones de habitabilidad por ende las personas con desventaja social tienen más riesgo de acceder a malos servicios y condiciones de trabajo. En el último nivel están situados los macrodeterminantes que están conectados con las

condiciones políticas, económicas, culturales y ambientales de la sociedad y esta tiene gran dominio sobre las capas menores del modelo (28).



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

Según este modelo hay tres grandes grupos de determinantes sociales de la salud. Los Estructurales; en donde se encuentran las circunstancias socioeconómicas, culturales y ambiente que determinan los escenarios de vida y del trabajo entre los cuales incluye el ambiente de trabajo, el desempleo, la educación, la vivienda, los servicios de salud, saneamiento básico, y la producción agrícola y de alimentos. Los Intermediarios; las redes comunitarias y de apoyo social. Y los Proximales; los factores individuales y biológicos como edad, sexo, estilos de vida y los factores genéticos (29).

a) **Determinantes estructurales**

Está relacionado con la organización de la sociedad y este determina las desigualdades en salud. Estos determinantes pueden ofrecer a los grupos sociales mayor vulnerabilidad ante los problemas

de salud o, también, más ocasiones para recobrar o cuidar la salud. Por ende estos dependen de la posición social, es decir un grupo social con más acceso a recursos sociales, materiales y educacionales, etc., presentan situaciones de menor vulnerabilidad o mayor posibilidad para mantener su salud. Contexto antagónico, cuando la posición social de los grupos restringe el acceso a tales recursos. Los mecanismos que determinan la situación socioeconómica están entrelazados con la educación y el ingreso, concibiendo que el nivel educativo interviene en la ocupación y ésta en el ingreso económico. En este nivel se ubican también las relaciones de género y de etnia (30).

b) Determinantes intermediarios

Estos determinantes incluyen, en primera instancia a los recursos materiales, en las cuales están las condiciones de empleo (escenario laboral, precariedad) y trabajo (riesgos físicos, organización y entorno psicosocial); el nivel de ingresos y la situación económica y patrimonial; la calidad de la vivienda y sus equipamientos, y el barrio o área de residencia y sus características. Estos recursos, impactan e influyen en la salud así como en procesos psicosociales como son la falta de control, las situaciones de estrés, así como en las conductas con dominio en la salud. Si bien los servicios sanitarios, no son el elemento principal de generación de las desigualdades en salud, pueden tener un efecto en estas, y más aún si la calidad y el acceso y a ellos no es equilibrado para toda la población (31).

c) **Determinantes proximales**

Está relacionado enteramente a la conducta propia y las formas de vida que pueden promover a dañar nuestra salud, así como la edad el sexo.

Con respecto a la distinción entre los Determinantes de la Salud y los Determinantes de las Inequidades en la salud es propicio señalar que la acción sobre los Determinantes Sociales posee su foco de intervención en disminuir la exposición a factores que afligen directamente la salud o intervenir sobre las causas asociados a ellos, estos serían los Determinantes intermedios. Por otro lado, la acción sobre los Determinantes de las inequidades de la salud tiene su foco en los niveles de distribución de los Determinantes estructurales o en los mecanismos que generan los determinantes intermedios, es decir el grado o posición social (32).

El estado de salud y el de enfermedad forman un proceso continuo, en donde por una parte se encuentra la salud y en la otra la enfermedad, pero que en medio de ambas se presentan diferentes factores que establecen la condición de salud o enfermedad en dicho proceso, esos factores son los Determinantes del Proceso Salud Enfermedad. Por ende, la atención de salud no debe estar enteramente ligada solamente a las causas de las patologías, sino también en los determinantes de la salud (33).

Del mismo modo que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos van desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, atravesando por estructuras intermedias como la comunidad, educación, servicios de salud, territorio y trabajo. Los ámbitos derivados de los Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción en los mapas mentales de la comunidad, generando una afinidad 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 (34).

Mi salud: se refiere a que las personas pueden auto ayudarse a elevar el nivel de salud personal y están potencialmente en disposición de eliminar los riesgos de la enfermedad. Disfrutar de mayor salud depende de factores sobre los que es más difícil incidir; no obstante, depende también del estilo de vida que adopta nuestra conducta personal, siempre modificable si uno se lo propone (35).

Comunidad: se refiere a un grupo de personas ocupando una determinada área de sociedad, la cual participa de un sistema de intereses y actividades bastante amplio como para poder incluir casi todas sus relaciones sociales (36).

Servicios de salud: Este ámbito se refiere a aquellas prestaciones específicas de salud dispensadas directamente a la población y actividades con los servicios de salud hospitalarios, que corresponden a los servicios que comúnmente se prestan en un hospital y actividades con los servicios que garantizan la continuidad de los cuidados (37).

Educación: Este ámbito comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud (38).

Trabajo: Este ámbito se refiere a que el trabajo es fuente de salud. Mediante el trabajo, las personas logran acceder a una serie de cuestiones favorables para la mantención de un buen estado de salud (39).

Territorio (ciudad): Se refiere a la porción de espacio ocupado por una persona, grupo o estado. Generalmente independiente para su alimentación del territorio sobre el cual se desarrolla, e implicando por su sistema una vida de relaciones activas, necesarias para el sostenimiento de su industria, de su comercio y de sus funciones (40).

Este espacio indica al estado en el rol generador y administrador de políticas que reinciden en la salud, del mismo modo como legislador e inspector de las labores del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que interviene en la salud de las personas, las circunstancias que permiten y apoyan a las personas en su elección de hábitos saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (34).

Adulto Joven: Es la persona entre los 18 a 29 años de edad, en la que alcanza la plenitud de su forma física, se manifiesta mediante el

vigor, fuerza, resistencia y equilibrio para el desempeño corporal, aunque ciertos sistemas orgánicos han empezado a declinar (41).

Los Factores de riesgo se refieren a cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido. Sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud y pueden estar localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente (42).

El Rol de la enfermera en el adulto joven es la función que implica la participación activa en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, mediante medidas preventivas para evitar la aparición de la enfermedad, su progresión o prevenir secuelas asegurando la continuidad del cuidado. Esta cuidadora debe estar abierta a las percepciones y preocupaciones del Adulto Joven y su familia, ser moralmente responsable, estar dedicada como profesional y permanecer dispuesta para escuchar, dialogar y responder en situaciones holísticas complejas (43).

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y nivel de la investigación

Descriptivo: Son usados cuando se sabe poco sobre un fenómeno en particular. Es decir en la presente investigación se observó, describió y fundamento varios aspectos de la variable del estudio (44).

Cuantitativo: Porque la Investigación involucra el análisis de los números para obtener los resultados de la investigación (44).

Diseño de investigación: Diseño de una sola casilla, porque solo se estudió una variable siendo los determinantes de la salud (45).

3.2. Población y Muestra

El Universo muestral estuvo constituido por 100 adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión- Chimbote, 2016.

3.2.1. Unidad de Análisis

Cada adulto joven del Pueblo Joven La Unión, que formo parte de la muestra y respondió a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adulto joven que vive más de 3 años en el Pueblo Joven La Unión.
- Adulto joven del Pueblo Joven La Unión que acepto participar en el estudio.
- Adulto joven del Pueblo Joven La Unión que tuvo la disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Adulto joven del Pueblo Joven La Unión que haya tenido algún trastorno mental.
- Adulto joven del Pueblo Joven La Unión que haya tenido problemas de comunicación.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONOMICO

Sexo

Características biológicas que permite clasificar a los seres humanos en hombres o mujeres (46).

Definición Conceptual.

Definición Operacional

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

Es la etapa educativa que la persona cursa o cursó. Los niveles son considerados en función de las leyes educativas vigentes (47).

Definición Operacional

Escala Ordinal

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

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Está constituido por los ingresos del trabajo salariado (monetarios y en especie), también de trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), rentas de la propiedad, las jubilaciones y retribuciones y otras fuentes recibidas por los hogares (48).

Definición Operacional

Escala de razón

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

Ocupación

Definición Conceptual

Es la actividad en que se desempeña el trabajador, la labor que realiza. No se debe confundir con el cargo, no siempre son sinónimos (49)

Definición Operacional

Escala Nominal

- Trabajador estable
- Eventual.
- Sin ocupación.
- Jubilado.
- Estudiante.

Vivienda

Definición conceptual

Son edificaciones de uso residencial, construidas con el fin de dar cobijo y refugio a las personas, aislándolas del exterior y protegiéndolas de inclemencias meteorológicas (50).

Definición operacional

Escala nominal

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

Tenencia

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

Material del piso:

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

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

- 4 a más miembros
- 2 a 3 miembros
- Individual

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

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

Energía Eléctrica

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

Disposición de basura

- A campo abierto

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

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

Eliminación de basura

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Aquellos comportamientos habituales y cotidianos que caracterizan la forma de vida de una persona, los cuales tienden a ser permanentes y estables a lo largo del tiempo (51).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

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

Número de horas que duermen

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

Frecuencia en que se bañan

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

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

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

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

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad:

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

Alimentación**Definición Conceptual**

Es el conjunto de alimentos que ingresa al organismo. En condiciones de normalidad, cada individuo tiene un patrón de alimentación muy similar a la de otros miembros de la comunidad en la que vive (52).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: **Frecuencia de consumo de alimentos**

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

III. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS**Definición Conceptual**

Son las estructuras sociales que emergen de las diversas formas de relación, pero también un conjunto específico de métodos y técnicas (53).

Apoyo social natural**Definición Operacional**

Escala nominal

- Familia
- Amigo
- Vecino

- Compañeros espirituales
- Compañeros de trabajo
- No recibo

Apoyo social organizado

Escala nominal

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

Apoyo de organizaciones del estado

- Pensión 65
- Comedor popular
- Vaso de leche
- Otros
- No recibo

Acceso a los servicios de salud

Definición Conceptual

Se refiere a la acción individual de aproximarse o llegar a los servicios de salud, sin que ello necesariamente implique obtener la respuesta buscada o esperada de los prestadores de los servicios (54).

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

Escala nominal

Institución de salud atendida:

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

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

Si () No ()

3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

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

Instrumento No 01

El instrumento se elaboró en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos del Perú. Elaborado por la investigadora Dra. Enf. María Adriana Vilchez Reyes, y está constituido por 29 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (ANEXO 01)

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

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en adultos de 18 a más años.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

Validez de contenido: Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, diez en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación al constructo evaluado por dimensiones. Para efectos de este análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004). (55)

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

Donde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud en el adulto en el Perú (ANEXO 02).

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (ANEXO 03) (56).

3.5. Plan de Análisis

3.5.1 Procedimientos de la recolección de datos:

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

- Se informó y se pidió el consentimiento de los adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión, haciendo hincapié que los datos recolectados

y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.

- Se coordinó con los adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada adulto joven del Pueblo Joven La Unión.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos a cada adulto joven del Pueblo Joven La Unión.
- El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa por el adulto joven del Pueblo Joven La Unión.

3.5.2 Análisis y Procesamiento de los datos:

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

3.6. Matriz de consistencia

TÍTULO	ENUNCIADO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METODOLOGÍA
Determinantes de la salud en los adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión- Chimbote _ 2016	¿Cuáles son los determinantes de la salud en los adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión- Chimbote, 2016?	Describir los determinantes de salud en los adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión- Chimbote.	Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico de los adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión- Chimbote (sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental). Identificar los determinantes de los estilos de vida	Tipo: Cuantitativo, descriptivo Diseño: De una sola casilla Técnicas: Entrevista y observación

			<p>de los adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión- Chimbote: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad.</p> <p>Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud, su impacto en la salud y apoyo social en los adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión.</p>	
--	--	--	---	--

3.7. Principios éticos

Se valoró previamente los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles, respetando la doctrina social de la iglesia como es la dignidad de la persona (57).

Anonimato

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

Privacidad

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

Honestidad

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

Consentimiento

Solo se trabajó con los adultos jóvenes 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° 1

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.

Sexo	n	%
Masculino	51	51,0
Femenino	49	49,0
Total	100	100,0

Grado de instrucción	n	%
Sin nivel de instrucción	1	1,0
Inicial/Primaria	8	8,0
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	41	41,0
Superior universitaria	35	35,0
Superior no universitaria	15	15,0
Total	100	100,0

Ingreso económico (Soles)	n	%
Menor de S/. 750.00	27	27,0
De S/. 751.00 a S/. 1000.00	62	62,0
De S/. 1001.00 a S/. 1400.00	6	6,0
De S/. 1401.00 a S/. 1800.00	3	3,0
De S/. 1801.00 a más	2	2,0
Total	100	100,0

Ocupación	n	%
Trabajador estable	49	49,0
Eventual	38	38,0
Sin ocupación	0	0,0
Jubilado	13	13,0
Estudiante	0	0,0
Total	100	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

**4.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA
VIVIENDA**

TABLA N° 02

**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA
EN ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE,
2016.**

Tipo	n	%
Vivienda unifamiliar	69	69,0
Vivienda multifamiliar	31	31,0
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	100	100,0
Tenencia	n	%
Alquiler	14	14,0
Cuidador/alojado	9	9,0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0
Alquiler venta	0	0,0
Propia	77	77,0
Total	100	100,0
Material del piso	n	%
Tierra	10	10,0
Entablado	0	0,0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	9	9,0
Láminas asfálticas	76	76,0
Parquet	5	5,0
Total	100	100,0
Material del techo	n	%
Madera, esfera	0	0,0
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	7	7,0
Material noble, ladrillo y cemento	73	73,0
Eternit	20	20,0
Total	100	100,0

Continúa....

Material de las paredes	n	%
Madera, estera	0	0,0
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	0	0,0
Material noble ladrillo y cemento	100	100,0
Total	100	100,0
N° de personas que duermen en una habitación		
4 a más miembros	6	6,0
2 a 3 miembros	55	55,0
Independiente	39	39,0
Total	100	100,0
Abastecimiento de agua		
Acequia	0	0,0
Cisterna	0	0,0
Pozo	0	0,0
Red pública	0	0,0
Conexión domiciliaria	100	100,0
Total	100	100,0
Eliminación de excretas		
Aire libre	0	0,0
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	0	0,0
Baño público	0	0,0
Baño propio	100	100,0
Otros	0	0,0
Total	100	100,0
Combustible para cocinar		
Gas, Electricidad	100	100,0
Leña, carbón	0	0,0
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	100	100,0

Continúa....

Conclusión

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	100	100,0
Vela	0	0,0
Total	100	100,0

Disposición de basura	n	%
A campo abierto	0	0,0
Al río	0	0,0
En un pozo	0	0,0
Se entierra, quema, carro recolector	100	100,0
Total	100	100,0

Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	n	%
Diariamente	0	0,0
Todas las semana pero no diariamente	21	21,0
Al menos 2 veces por semana	79	79,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0,0
Total	100	100,0

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares	n	%
Carro recolector	89	89,0
Montículo o campo limpio	0	0,0
Contenedor específico de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	11	11,0
Total	100	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA N° 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS

JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.

Fuma actualmente	n	%
Si fumo, diariamente	1	1,0
Si fumo, pero no diariamente	13	13,0
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	34	34,0
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	52	52,0
Total	100	100,0

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n	%
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	0	0,0
Una vez a la semana	6	6,0
Una vez al mes	9	9,0
Ocasionalmente	59	59,0
No consumo	26	26,0
Total	100	100,0

N° de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	53	53,0
[08 a 10)	41	41,0
[10 a 12)	6	6,0
Total	100	100,0

Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	84	84,0
4 veces a la semana	16	16,0
No se baña	0	0,0
Total	100	100,0

Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	n	%
Si	27	27,0
No	73	73,0
Total	100	100,0

Continúa....

Actividad física que realiza en su tiempo libre	n	%
Caminar	20	20,0
Deporte	37	37,0
Gimnasia	0	0,0
No realizo	43	43,0
Total	100	100,0

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	n	%
Caminar	18	18,0
Gimnasia suave	0	0,0
Juegos con poco esfuerzo	0	0,0
Correr	3	3,0
Deporte	27	27,0
Ninguna	52	52,0
Total	100	100,0

Conclusión

Alimento 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		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frutas	43	43,0	30	30,0	24	24,0	2	2,0	1	1,0	100	100,0
Carne	68	68,0	26	26,0	6	6,0	0	0,0	0	0,0	100	100,0
Huevos	12	12,0	29	29,0	48	48,0	11	11,0	0	0,0	100	100,0
Pescado	9	9,0	19	19,0	50	50,0	15	15,0	7	7,0	100	100,0
Fideos	72	72,0	15	15,0	10	10,0	3	3,0	0	0,0	100	100,0
Pan, cereales	73	73,0	20	20,0	6	6,0	1	1,0	0	0,0	100	100,0
Verduras, hortalizas	31	31,0	42	42,0	21	21,0	6	6,0	0	0,0	100	100,0
Legumbres	12	12,0	31	31,0	30	30,0	25	25,0	2	2,0	100	100,0
Embutidos	5	5,0	18	18,0	35	35,0	26	26,0	16	16,0	100	100,0
Lácteos	9	9,0	35	35,0	36	36,0	16	16,0	4	4,0	100	100,0
Dulces, gaseosas	5	5,0	17	17,0	34	34,0	35	35,0	9	9,0	100	100,0
Refrescos con Azúcar	8	8,0	10	10,0	15	15,0	30	30,0	37	37,0	100	100,0
Frituras	2	2,0	24	24,0	36	36,0	23	23,0	15	15,0	100	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIA

TABLA N°04

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN
ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION.
CHIMBOTE, 2016.**

El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	17	17,0
Largo	22	22,0
Regular	46	46,0
Corto	10	10,0
Muy corto	4	4,0
No sabe	1	1,0
Total	100	100,0
Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	16	16,0
Centro de salud	0	0,0
Puesto de salud	75	75,0
Clínicas particulares	9	9,0
Otras	0	0,0
Total	100	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está	n	%
Muy cerca de su casa	31	31,0
Regular	58	58,0
Lejos	7	7,0
Muy lejos de su casa	4	4,0
No sabe	0	0,0
Total	100	100,0
Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	13	13,0
SIS - MINSA	75	75,0
SANIDAD	2	2,0
Otros	1	1,0
Ninguno	9	9,0
Total	100	100,0

Continúa....

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	n	%
Muy buena	7	7,0
Buena	21	21,0
Regular	39	39,0
Mala	29	29,0
Muy mala	4	4,0
No sabe	0	0,0
Total	100	100,0

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	n	%
Si	81	81,0
No	19	19,0
Total	100	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

TABLA N°05

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL
NATURAL Y ORGANIZADO EN ADULTOS JOVENES DEL
PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.**

Recibe algún apoyo social natural	n	%
Familiares	24	24,0
Amigos	0	0,0
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	0	0,0
Compañeros de trabajo	0	0,0
No recibo	76	76,0
Total	100	100,0

Recibe algún apoyo social organizado	n	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	0	0,0
Empresa para la que trabaja	0	0,0
Instituciones de acogida	0	0,0
Organizaciones de voluntariado	0	0,0
No recibo	100	100,0
Total	100	100%

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

TABLA N°06

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN
DE QUIEN RECIBE APOYO EN LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO
JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.**

Apoyo social de las organizaciones	SI		NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pensión 65	0	0,0	100	100,0	100	100,0
Comedor popular	4	4,0	96	96,0	100	100,0
Vasos de leche	1	1,0	99	99,0	100	100,0
Otros	0	0,0	100	100,0	100	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

4.2. Análisis de los resultados

En tabla 01: Del 100% (100) de los adultos jóvenes del Pueblo Joven la Unión, el 51% (51) son de sexo masculino; el 41% (41) tienen grado de institución secundaria completa/ secundaria incompleta; el 62% (62) tiene un ingreso económico de 751 a 1000 soles; el 49% (49) la ocupación del jefe de familia es trabajador estable.

Los resultados son similares a los encontrados por Chafloque K y Vélchez M, (58). En su investigación titulada “Determinantes de la salud en adultos jóvenes del Asentamiento Humano Los Cedros, Nuevo Chimbote, 2014”. Donde encontró que el 45 % son de sexo masculino y 55% son de sexo femenino, el 48 % tiene el grado de instrucción secundaria completa o incompleta. Así mismo estos resultados se asemejan a lo encontrado por Domínguez, H. (59), en su estudio denominado “Determinantes de la salud en adultos con cáncer de pulmón, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, nuevo Chimbote, 2012.” Donde concluye que el 36% tienen secundaria completa/secundaria incompleta.

Estos resultados difieren con el estudio de Ruiz J y Vélchez M, (60). En su investigación titulada “Estilo de vida y factores biosocioculturales en adultos jóvenes de Lomas de San Luis, Nuevo Chimbote, 2014”. Encontró que el 61% tiene grado de instrucción secundaria, el 21,5 % tienen educación primaria, el 14 % son de grado superior y el 3,8 % son analfabetos y el 50,77 % tienen un ingreso económico de 400 a 650 nuevos soles mensuales.

Por otro lado estudios que nos dan un panorama de las condiciones de empleo de los trabajadores, como Benach J y col, (61). En su investigación titulada “Empleo precario: Entendiendo un emergente Determinante Social de la Salud-2014”. Resalta que trabajadores bajo situaciones de empleo precario pueden enfrentar mayores demandas o tener un menor control sobre el proceso de trabajo, dos factores que se han asociado con mayores niveles de estrés, mayores niveles de insatisfacción, y más resultados adversos para la salud en comparación con los trabajadores en entornos de trabajo más seguros. La precariedad laboral es un determinante social de la salud que abarca tanto el empleo y las condiciones de trabajo. Los acuerdos de empleo deben entenderse como parte un continuo progresivo desde formas extremas de precariedad hacia formas más seguras como empleo permanente a tiempo completo.

De igual manera, Vancea M y Utzet M, (62). En su investigación titulada “Cómo el desempleo y el empleo precario afectan la salud de los jóvenes-2016: Un estudio de alcance sobre los determinantes sociales”. Explican que hay pruebas de que los jóvenes son especialmente vulnerables a problemas de salud cuando están desempleados o trabajan en condiciones precarias. Para hacer frente a esta vulnerabilidad son importantes los programas activos de mercado de trabajo y capacitación, las medidas de seguridad social inclusivas, las mejores condiciones de trabajo y los programas de salud específicos.

Se define el sexo como la variable biológica y variable social, lo que nos remite a diferencias psicológicas y esenciales diferenciales entre

hombres y mujeres como consecuencia del hecho biológico, pero trasciende su dotación biológica. Genéticamente el sexo está determinado por la fórmula cromosómica XY y XX. La diferenciación sexual que hace que un embrión XY se convierta en un niño declarado como varón en el registro civil, o una niña declarada como tal (63).

Con respecto al grado instrucción es aquel grado más alto completo, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado (ciclos de educación general básica y polimodal) (64).

Por lo tanto la Secretaria Nacional de la Juventud. Informe que la población joven de 25 a 29 años de edad ha disminuido su participación en los niveles más bajos de escolaridad. En el año 2014, el 1,2% no registra ningún nivel o registra nivel inicial, el 12,0% nivel primaria y el 41,2% nivel secundaria; el valor porcentual más alto de este grupo. El porcentaje de jóvenes con educación superior universitaria es de 26,1% y el de jóvenes con educación superior no universitaria es de 19,5%. El primer valor ha experimentado un crecimiento de 6,5% desde el 2009 mientras que el segundo una reducción de -3,2% desde el mismo año. Por la suma de ambos valores, podemos afirmar que más del 45% de los jóvenes alcanzaron la educación superior (65). Los adultos jóvenes de la comunidad en estudio no son ajenos a esta realidad nacional, ya que como se observa también están alcanzando un alto grado de escolaridad.

Se sabe que el ingreso económico, son todas las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, ya sea pública o privada, individual o grupal. En términos más generales, los ingresos son los elementos tanto monetarios como no monetarios que se acumulan y que generan como consecuencia un círculo de consumo-ganancia (66).

Además la ocupación es aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura. En primer lugar, se entiende que no todo lo que se hace son simples actos motores, ni todas las actividades constituyen una ocupación. En el término actividad que se refiere a una actividad práctica y teórica (un hacer algo, un estar o pensar) que conlleva cierto impacto en el entorno, es decir es transformadora. Este tipo de hacer permite que el humano transforme el entorno y también a sí mismo en un proceso continuo (67).

Por lo tanto el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo; informa que en la región Ancash, 7 de cada 10 jóvenes participan en el mercado de trabajo en condición de ocupados o buscando activamente un empleo. El 34,2% de la PEA (población económicamente activa) juvenil se encontraron subempleados. El subempleo juvenil presenta una tendencia a disminuir en los últimos años, debido a que existe una mejoría en el nivel de ingresos de los trabajadores jóvenes, es decir más trabajadores recibieron un ingreso que supera la remuneración mínima vital (S/. 750,0) Del mismo modo, el porcentaje de jóvenes asalariados que realizaban extensas jornadas de trabajo (más de 48 horas semanales) se ha ido reduciendo (68).

En la presente investigación de los determinantes de la salud en adultos jóvenes del Pueblo Joven la Unión, 2016. La mayoría tiene un ingreso económico de 751 a 1000 soles; más de la mitad son de sexo masculino y menos de la mitad tiene grado de instrucción secundaria completa/secundaria incompleta, la ocupación del jefe de familia es trabajador estable.

El adulto joven es aquel que está entre 18 años a 29 años 11 meses 29 días de edad, la característica principal en esta etapa es que el individuo comenzara a asumir roles sociales y familiares y hacerse responsable de su vida y de quienes le acompañan en la conformación de una familia. Además hay consolidación de la identidad y comienzo de la realización del proyecto de vida y se asume importantes cambios sociales en los ámbitos de la vida profesional y familiar, cambios que se resumirán en la apropiación de aquellos roles, como la elección de un compañero(a), comienzo de un trabajo u ocupación, cuidado de los hijos, atención del hogar, adquisición de responsabilidades, ente otros (69).

Se sabe que secundaria completa es aquel nivel de estudios inmediato al universitario donde se aporta al alumno conocimientos generales y fundamentales que por supuesto serán más adelantados en situación de los contenidos primarios, y otras materias más complicadas que en la edad de primaria se hacen difíciles de asimilar (70).

Así también la remuneración mínima a la que tiene derecho el trabajador no capacitado, por su labor durante la jornada normal, se denominó en un

primer momento sueldo o salario mínimo vital, sea que se trate de empleados u obreros. En el caso de los empleados, el mínimo remuneratorio se calculaba por mes; por día en el caso de los obreros. La remuneración mínima en la actividad privada es de 850 soles, poco más de 260 dólares (71).

Finalmente se entiende por trabajo estable a la permanencia en empleo, en donde el contrato de trabajo que una persona tiene con su empleador, esta se mantenga en el tiempo, que no termine de un momento a otro sin motivo. Como es natural, todo persona, desea tener un trabajo estable, que no esté preocupado que al día siguiente deje de trabajar, es decir la estabilidad se dará siempre en cuando haya un contrato de trabajo (72).

Se evidencia que en el adulto joven del Pueblo Joven la Unión, en cuanto al indicador ingreso económico, ganan 751 a 1000 soles, debido a que la ocupación del jefe de familia es trabajador estable y se desempeñan en diferentes empresas estatales y privadas lo que indicaría que los adultos jóvenes cuentan con una economía estable, sin embargo se sabe que en nuestro país este sueldo no permite a muchas familias llevar una vida económicamente tranquila, en el caso de los adultos jóvenes es debido a que tienen una familia numerosa por ende se requiere de más recursos económicos para satisfacer las necesidades básicas de todos los miembros.

Se encontró también que el 27% de las familias de los adultos jóvenes tiene un ingreso económico menor de 750 soles, por consecuencia de que un número considerable de los jefes de familia tienen una ocupación eventual y trabajan en lugares en donde no se les permite gozar de los

beneficios impuestos por la ley. El cual significo un factor importante para los adultos jóvenes, y se ve reflejado en los porcentajes obtenidos en el grado de instrucción, y peor aún, un adulto joven no tiene nivel de instrucción debido a este factor.

Además los porcentajes obtenidos en el grado de instrucción secundaria completa/secundaria incompleta son a consecuencia de que la mayoría de estos adultos jóvenes viven con sus padres, y algunos de ellos tiene un ingreso económico bajo, pero lo más preocupante es que estos adultos jóvenes tampoco trabajan ni está dentro de sus planes hacerlo, porque sus progenitores no les imponen responsabilidades que deberían tener en esta etapa. Cuando a este porcentaje de adultos jóvenes se interrogo si les gustaría estudiar una carrera superior, casi todos dieron un rotundo no, y justificaron su respuesta diciendo, (“para que voy a gastar dinero y tiempo estudiando cinco o tres años, si después cuando termine no voy a conseguir trabajo”).

Es desalentador ver a este porcentaje de adultos jóvenes que se supone son el futuro de nuestro país, sin metas claras en la vida lo cual nos aclara el panorama de la mentalidad de nuestra juventud. En cuanto al sexo, vemos que son los hombres los que más tiempo están en la vivienda, lo que sería un indicativo del empoderamiento de las mujeres en este pueblo joven, y como ellas se insertan cada vez más al campo laboral y estudiantil. Pero es importante tener en cuenta que menos de la mitad son de sexo femenino lo que indicaría que este pueblo joven no es ajeno a la realidad que se vive en el Perú y el mundo en donde el machismo está muy arraigado a nuestra

cultura, y se cree que la mujer sirve únicamente para estar en la casa, cuidando a los hijos, hermanos y haciendo los quehaceres del hogar.

En conclusión de los factores biosocioeconomicos, el indicador ingreso económico y grado de instrucción no contribuyen al desarrollo del adulto joven porque para la edad de los adultos jóvenes deberían tener un grado de instrucción superior, sin embargo no es así, porque el ingreso económico del jefe de familia no logra satisfacer las necesidades de los adultos jóvenes y su familia. También los padres no imponen responsabilidades que van de acuerdo con la edad del adulto joven porque se encontró que muchos no estudian ni trabajan.

En tabla 02: Del 100%(100) de los adultos jóvenes del "Pueblo Joven la Unión el 69%(69) tienen un tipo de vivienda unifamiliar; el 77% (77) tenencia propia; el 76%(76) el material de piso laminas asfálticas; el 73%(73) el material de techo noble, ladrillo y concreto; el 100% (100) el material de paredes material noble, ladrillo y cemento; el 55%(55) el número de personas que duerme en una habitación es de 2 a 3 miembros; el 100% (100) tienen agua de conexión domiciliaria; eliminación de excretas baño propio; combustible para cocinar gas, electricidad; disposición de basura se entierra, quema, carro recolector; el 79%(79) la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa es al menos 2 veces por semana; el 89% (89) suele eliminar su basura en carro recolector.

Los resultados son similares en el indicador tenencia, con los encontrados por Loza J y Villarroel K, (73). En su trabajo de investigación titulado "Evaluación de determinantes y estado de salud de la zona central de Vinto en gestión -2011". Donde encontró que en tenencia el 71.3 % tiene vivienda propia, el 25.3% el dormitorio es ocupado por más de tres personas.

Los resultados se asemejan en el indicador tipo de vivienda, a los resultados encontrados por Cayetano E y Vílchez M, (74). En su trabajo de investigación titulado "Determinantes de la salud en los adultos jóvenes de la habitación urbana progresista 1 de Agosto, Nuevo Chimbote, 2013". Donde concluyo que el 80 % de los adultos jóvenes tiene una vivienda unifamiliar, material del piso del 84 % de láminas asfálticas, el 98 % casa propia, las paredes del 99 % es de material noble y el 78 % duermen en una habitación.

Además, los resultados difieren a los resultados encontrados por Silberman M y col, (75). En su trabajo de investigación "Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Una experiencia desde los centros de salud pública-2013". Encontraron que en cuanto a las condiciones de las viviendas, el 19.4% de los hogares tienen techo de lámina, el 11.8% se encontró hacinamiento, y el 2.7% de los hogares no tiene acceso a agua potable en la vivienda.

Se define la vivienda como un local formado por uno o más cuartos, estructuralmente separado e independiente, destinado al alojamiento de una o más personas, parientes o no. Es separado porque está delimitado por

paredes, muros o cercas y es independiente porque se puede entrar y salir sin pasar por otras viviendas (76). Así también se entiende por vivienda saludable a la concepción de la vivienda como agente de la salud de sus moradores. El cual implica un enfoque sociológico y técnico de enfrentamiento a los factores de riesgo y promueve una orientación para la ubicación, edificación, habilitación, adaptación, manejo, uso y mantenimiento de la vivienda y entornos saludables incorpora saneamiento básico, espacios físicos limpios y estructuralmente adecuados, y redes de apoyo para lograr ámbitos psicosociales sanos y seguros, exentos de violencia (abuso físico, verbal, y emocional (77)).

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud conceptualizan a la vivienda como el ente facilitador del cumplimiento de un vinculado de funciones determinadas para el individuo y la familia, como la protección del clima; garantizar la seguridad y protección; facilitar el descanso; favorecer la convalecencia de los enfermos, promover el desarrollo y equilibrio de la vida familiar (78).

Sin embargo, la mayor parte de la población mundial habita en alojamientos que no cumplen con los requisitos básicos. Es por ello que la vivienda y la salud no pueden tratarse como independientes; requieren métodos que tengan en cuenta no sólo el daño físico esperado, como es la enfermedad, sino los factores sociales, organizacionales e institucionales relacionados con el desarrollo de las comunidades, y la finalidad de la vivienda es proteger la salud del ser humano contra los riesgos del entorno físico y social (78).

Según el Plan Metropolitano de Desarrollo Urbano, en Lima el 70% de las viviendas fueron producto de la construcción informal (sin orientación técnica y con materiales de baja calidad), el caos se vive también, por ejemplo, en el cono norte de Arequipa, donde hoy viven 150 mil personas, o en Chiclayo, donde más de 400 mil personas viven en 360 barriadas. En total, se estima que en el Perú hay 7,6 millones de personas en asentamientos humanos. Los riesgos son múltiples: contaminación, falta de áreas verdes, déficit de equipamiento urbano. Pero lo que más preocupa es la vulnerabilidad ante los desastres. Si ocurriera en Lima un terremoto de magnitud 8, se derrumbarían 200 mil viviendas y otras 350 mil quedarían dañadas. Los distritos más golpeados serían aquellos donde primó la autoconstrucción como Villa El Salvador o Ventanilla (79).

Si bien es cierto que para la construcción de las viviendas en el pueblo joven La Unión, la mayoría no ha tenido asesoramiento profesional, no se puede negar que cuenta con un plano elaborado por profesionales donde se delimita perfectamente pistas y veredas y tamaño de los de cada lote. En cuanto a vulnerabilidad frente al desastre, es alta, al igual que la población Chimbotana por el tipo de suelo (arena).

El hacinamiento es la relación entre el número de personas en una vivienda o casa y el espacio o número de cuartos disponibles. Dado que el acceso de los pobres a los recursos es limitado, las instalaciones de vivienda que ocupan tienden a ser menos apropiadas que aquellas disponibles para las personas no pobres. En general, esto se refiere a la ubicación, la infraestructura, equipamientos y servicios colectivos y de la vivienda. La

idea del hacinamiento depende de un juicio normativo acerca de los niveles apropiados de ocupación, densidad y privacidad. Las normas que se aplican varían considerablemente entre sociedades diferentes (80).

En la comunidad de estudio los materiales con los que están fabricadas las viviendas, nos refieren que poseen determinantes positivos en cuanto a la vivienda. Pero no podemos negar que se observó que la muchas de las viviendas son de un solo piso y cuentan con pocas habitaciones, a esto se suma que el 31,0% de viviendas son multifamiliares (Familias extensas), es por ello que duermen de dos a más personas en una habitación, el cual predispone a nuestros adultos jóvenes a problemas como abusos sexuales, problemas de salud mental, y se sustenta en el hechos que la vivienda va de la de la mano con la salud porque es donde se pasa más tiempo durante la vida, sin embargo los adultos jóvenes con este problema refieren que en muchas ocasiones no se sienten de esa manera, y que les gustaría tener su propia habitación, pero su vivienda es pequeña y no es posible, además afirmaron que su principal problema es la poca privacidad.

Aunque solo el 10,0% de los adultos jóvenes tenga piso de tierra, no se puede olvidar que son estos los que están más predispuestos a enfermar ya que, fue en estas viviendas donde se observó, pocas ventanas para facilitar la iluminación y ventilación, además de un evidente desorden y déficit de limpieza de la vivienda, porque según refieren no tienen tiempo para limpiarla, y que con el déficit de ventanas no puedes hacer nada, porque estos alquilan o cuidan estas viviendas, y es al dueño a quien le compete arreglar la infraestructura, no a ellos. El porcentaje de adultos jóvenes que

tienen techo de eternit en su vivienda, manifestó que en la temporada de verano el calor que se siente en la vivienda es demasiado fuerte, y que no les permite desarrollar sus actividades normalmente ya que estar en la vivienda es insoportable. Además hay que tener en cuenta los riesgos de tener un techo de eternit, más aun en época de verano que puede desencadenar enfermedades en la piel o incluso cáncer a largo plazo.

En conclusión la mayoría de los adultos jóvenes del Pueblo Joven la Unión, poseen determinantes positivos en cuanto la vivienda, sin embargo algunos de ellos tienen indicadores negativos como, el techo de eternit, viviendas multifamiliares y hacinamiento que les predisponen a muchas enfermedades a nivel físico y psicológico.

En cuanto a los servicios básicos de la vivienda, estos resultados son similares a los encontrados por Chuqui J, (81). En su trabajo de investigación titulado “Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes. Asentamiento Humano Villa España - Chimbote, 2014”. Encontró que un 97% tiene agua, un 97% tiene baño propio, un 97% usa para cocinar gas, un 99% tienen energía eléctrica permanente.

Estos resultados que se asemejan en el indicador disposición de la basura, a los encontrados por Beltrán J, (82). En su trabajo de investigación titulado “Determinantes de la Salud en Adultos con Hipertensión Arterial. Asentamiento Humano Bello Horizonte -Lima, 2015”. Donde el 90% la disposición de la basura lo queman, entierran o en el carro de basura; y el 100% la frecuencia que pasa el carro recolector de basura por su casa es toda las semanas pero no diariamente.

Además resultados difieren con los encontrados por Montenegro D y Vélchez M, (83). En su trabajo de investigación titulado “Determinantes de la salud en adultos jóvenes, Asentamiento Humano El Mirador, Nuevo Chimbote, 2013”. Donde el 100 % se abastece de agua con cisterna; el 100 % cuenta con letrina para la eliminación de excretas; el 100 % el carro recolector pasa recogiendo la basura al menos dos veces por semana.

Se define saneamiento básico como la tecnología de más bajo costo que permite eliminar higiénicamente las excretas y aguas residuales y tener un medio ambiente limpio y sano tanto en la vivienda como en las proximidades de los usuarios. El acceso al saneamiento básico comprende seguridad y privacidad en el uso de estos servicios. La cobertura se refiere al porcentaje de personas que utilizan mejores servicios de saneamiento, a saber: conexión a alcantarillas públicas; conexión a sistemas sépticos; letrina de sifón; letrina de pozo sencilla; letrina de pozo con ventilación mejorada (84).

Se sabe que la eliminación inocua de los excrementos es de fundamental importancia, no solamente para la salud de la comunidad sino también por los beneficios sociales y ambientales que se obtienen. Sin embargo, para muchas comunidades de bajos ingresos, en particular de países en desarrollo, la instalación de un sistema de alcantarillado no es una opción viable porque es muy costosa y exige disponer de agua corriente. Para esas comunidades, la eliminación in situ, que permite tratar las excretas donde se depositan, ofrece una solución higiénica y asequible (85).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática; reporta que hasta junio del 2017, el 89,9% de los hogares se abastece de agua por red pública dentro de su vivienda, mientras que el 5,1% se abastece de agua procedente de red pública fuera de la vivienda; en el área urbana el 95% y 71% en el área rural consumen agua proveniente de red pública. El 73,8 % de los hogares contaban con red pública de desagüe, en el área urbana, el 90,4% de los hogares tienen sistema de eliminación de excretas por red pública, y en el área rural el 19,5%. El 94,7% de los hogares cuenta con energía eléctrica por red pública, en el área urbana 99,2% y en el área rural un 79,9% de hogares cuenta con energía eléctrica. El 82,4% de los hogares utiliza gas y el 8,5% utiliza leña como combustible para cocinar los alimentos (86).

En la presente investigación de los determinantes de la salud en adultos jóvenes del Pueblo Joven la Unión, 2016. la totalidad tiene agua con conexión domiciliaria, baño propio, cocina con gas, electricidad, tienen energía eléctrica permanente, la basura se entierra, quema, carro recolector, paredes material noble ladrillo y cemento; la mayoría la frecuencia con la que pasan recogiendo la basura por su casa es al menos 2 veces por semana; suelen eliminar su basura en carro recolector.

El abastecimiento de agua se refiere a la procedencia del agua utilizada en la vivienda puede ser red pública dentro de la vivienda, cuando existe conexión propia de agua potable dentro de la vivienda y red pública fuera de la vivienda cuando la conexión de agua potable está ubicada en el patio, pasadizo de los callejones, corralones, etc. Pílon de uso público, cuando en

la vivienda se abastecen de agua potable proveniente de un grifo o pilón ubicado en la calle u otro lugar público, Camión-cisterna u otro similar, cuando en la vivienda se abastecen de agua de un camión-cisterna, carreta del aguatero, etc. Se entiende por red pública de desagüe al sistema de tuberías ubicado en el subsuelo de la vía pública, por el cual las viviendas desechan los residuos humanos. Según donde está ubicada la conexión del servicio higiénico (water, excusado, etc.) (87).

El INEI; informa que desde el año 2009 al 2015 el 56,8% de los hogares pobres usan solamente gas para cocinar sus alimentos y el 27,7% utilizan leña. En cambio, los hogares no pobres el 84,7% utilizan el gas o combinan el uso de este combustible con otro tipo (solo usa gas 51,4%, gas y otro tipo de combustible el 33,3%) (88).

Así también el Sistema de Información Ambiental Local, del Ministerio del Ambiente, indica que en Lima se producen 8.468 toneladas de residuos sólidos al día, ósea el 45% del total en el país. Debido a los malos hábitos, se ensucia la vía pública a diario, el 96% de distritos en Lima y Callao tiene servicios de recojo de residuos sólidos. Estos terminan en alguno de los cuatro rellenos sanitarios autorizados. Más de la mitad de los desechos recolectados son orgánicos, comida, aserrín, poda de jardín y pueden ser reaprovechados como abono natural o compost. También están las toneladas de plástico, papel o vidrio que se podrían reutilizar, pero apenas 169 toneladas (4%) al día cumplen dicho fin (89). En la comunidad en estudio se aprecia también los malos hábitos de ensuciar las calles, además de mezclar toda la basura, es decir no existe una cultura de reciclaje.

Del mismo modo la ONG de Derecho, Ambiente y Recursos Naturales (DAR), reporta que en el año 2009 cerca del 50% de las municipalidades indicó que la frecuencia de recojo de basura era diaria, principalmente en Lima. Sin embargo, existen toneladas de basura que no son recogidas por las municipalidades a nivel nacional, debido a que el servicio de limpieza pública tiene insuficiente cobertura. Esto ocurre por la alta morosidad que hay en el pago por la prestación del servicio de limpieza. Prueba de ello, añade, es que en el 2014 los ingresos por concepto de limpieza pública sólo alcanzaron el 55% del total de gastos por ese mismo concepto (90).

Se observa que los adultos jóvenes del pueblo Joven la Unión, cuentan con todos los servicios básicos, los cuales son determinantes positivos. En cuanto a la disposición de los desechos residuales, los eliminan en el carro recolector ya que esta comunidad es de fácil acceso, sin embargo llama la atención que los adultos jóvenes, refieran que la frecuencia del carro recolector les parece insuficiente ya que ellos generan una considerable cantidad de desechos diariamente, además algunos de ellos refirieron que hay temporadas en las que pasa solo una vez a la semana.

Desencadenando que la basura este almacena en su vivienda y desprenda olores por la putrefacción y en verano el clima contribuye a esto y peor aún se aumentan las moscas, que son vectores transmisores de enfermedades infecciones que predispone a los adultos jóvenes y sus familias a adquirir una infección diarreica aguda, entre otras enfermedades. Además lo que utilizan para eliminar las moscas son insecticidas, que a su

vez desprenden un olor fuerte, algunos de ellos refirieron que estos insecticidas les produjeron problemas respiratorios. Esto denota que la mayoría no sabe cómo utilizarlos, lo que les está predisponiendo a enfermedades respiratorias, alergias e intoxicaciones. Además se evidenció presencia de basura en muchas calles de esta comunidad.

Algunos adultos Jóvenes refirieron que cuando no pasa el recolector desechan su basura en triciclos, que hace las veces de carro recolector. Los demás adultos Jóvenes, indicaron que no hacen esto porque no les alcanza dinero para este servicio es por eso que tienen que esperar al carro recolector y la basura se les acumula en sus viviendas.

En conclusión los adultos jóvenes del Pueblo Joven la Unión, tienen determinantes positivos porque cuentan con servicios básicos dentro su vivienda, sin embargo la frecuencia con la que pasa el carro recolector por el Pueblo Joven la Unión es un indicador negativo, por se acumula la basura, y predispone a los adultos jóvenes y sus familias a adquirir enfermedades transmitidas por vectores.

En tabla 03: Del 100% (100) de los adultos jóvenes del Pueblo Joven la Unión, el 52% (52) no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual; el 59%(59) la frecuencia de bebidas alcohólica es ocasionalmente; el 53% (53) el número de horas que duermen es de 06 a 08; el 84% (84) la frecuencia con la que se bañan es diariamente; el 73%(73) no se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud; el 43%(43) no realiza actividad física en su tiempo libre; el 52%(52) en las dos últimas semanas

no realizó ninguna actividad física durante más de 20 minutos; el 73%(73) los alimentos que consumen diariamente pan, cereales; el 42%(42) alimentos que consumen de 3 o más veces a la semana es verduras, hortalizas; el 50%(50) alimentos que consumen de 1 o 2 veces a la semana es pescado; el 35%(35) alimentos que consume menos de 1 vez a la semana es dulces y gaseosas; 37%(37) alimentos que consumen nunca o casi nunca es refrescos con azúcar.

Estos resultados son similares en el indicador fuma actualmente, con los reportados por Rivera S, (91). En su investigación titulada “Determinantes de la Salud en los Adultos. H.U.P. Las Brisas III Etapa - Nuevo Chimbote, 2013”. Donde el 57% no fuma ni ha fumado habitualmente y un 17% fuma, pero no diariamente; en consumo de bebidas alcohólicas, el 58% lo hace ocasionalmente y el 38% no consume; en si se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud el 59% no se realiza y un 41% si se realiza; en la actividad física que realizan en su tiempo libre el 52% no realiza y 16% hace deporte.

Así mismo estos resultados son semejantes, con los realizados por Acuña Y Cortes R, (92). En su trabajo de investigación titulado “Promoción de Estilos de Vida Saludable Área de Salud de Esparza-2012”. Obtuvieron como resultados que el 62% no se realiza algún examen médico preventivo, el 46 % no realiza ningún tipo de actividad física diariamente. También tenemos los resultados de Corti I y Piscicella A, (93). En su trabajo de investigación titulado “Autoconceptos y estilos de vida en adultos-2012”. Donde encontraron que en cuanto al cuidado médico y autocuidado un 64%

presentaron practicas poco o nada saludables principalmente en los que refiere a realizar exámenes de colesterol, glucemia una vez por año.

Por otro lado estos hallazgos difieren con los encontrados por Lucena V, (94). En su trabajo de investigación titulado “Consumo de Drogas, Percepción de Riesgo y Adicciones de sustancias en los Jóvenes de la Provincia de Córdoba- 2013”. Donde describe que los jóvenes no universitarios, que comprende de 18 a 29 años consumen tabaco de manera habitual con un 46.9%. En cuanto al consumo de alcohol un 63.8% consumió en los últimos 30 días. En cuanto al consumo de alcohol el sexo, se puede decir que las mujeres en general experimentan más el consumo de alcohol que los hombres 24.3%.

Se define al estilo de vida, como un conjunto de patrones de conductas identificables, concluyentes por la interacción entre las tipologías individuales, sociales y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental. cada individuo tiene modelos de comportamientos conscientes o costumbres fomentadores de la salud, conocidos como factores preservadores de la salud, o de caso contrario tiende a exponerse a factores de riesgos o condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están mancomunados con un incremento de la susceptibilidad para la enfermedad, salud deficiente o lesiones (95).

Se sabe que el alcohol, es una sustancia adictiva legal, el cual viene arraigado en nuestra cultura durante siglos. El consumo pernicioso de alcohol no solo involucra al consumidor si no también perjudica al entorno

de esta por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Además concibe una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad (96).

Así también la recreación es una estrategia que incluye deportes, culturales, actividades artísticas, recreación física, social e intelectuales; siendo calificada por los organismos internacionales como una necesidad humana primordial y esencial para el bienestar psicológico, social y físico del ser humano, la recreación es un servicio social y de la misma manera que la salud y la educación su propósito es: asistir al desarrollo de los individuos y de la comunidad, para mejorar la calidad de vida y el funcionamiento social (97)

En cuanto al sueño, Carrillo P y col, (98). En su estudio de investigación titulado “Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario-2013”. Concluye que en la vida moderna, el rol del sueño ha quedado relegado por ende el tiempo consignado a dormir ha ido disminuyendo en el transcurrir de los años. El periodo de sueño es percibido para muchos como pérdida de tiempo (especialmente entre los jóvenes). Es frecuente que éstos consuman distintas sustancias (café, tabaco, alcohol, bebidas energéticas etc.) que alteran el sueño fisiológico normal. Enfermedades como, hipertensión, obesidad, diabetes, cerebrovasculares, depresión, etc. se observan a largo plazo con mayor frecuencia en personas con trastornos del sueño.

Se entiende por actividad física a todo movimiento corporal en donde trabajan los músculos y es necesario más energía. Practicar yoga, bailar, caminar, correr, nadar, y trabajar en la huerta o el jardín son algunos ejemplos de actividad física, en todos los contextos la actividad física, hace referencia a los movimientos que favorecen la salud. El ejercicio es un tipo de actividad física que es planificado y estructurado (99).

En la presente investigación de los determinantes de la salud en adultos jóvenes del Pueblo Joven la Unión, 2016. La mayoría se baña diariamente, no se realiza algún examen médico periódico, más de la mitad no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, ocasionalmente consume bebidas alcohólicas, duerme de 6 a 8 horas, las dos últimas semanas no realizó ninguna actividad física durante más de 20 minutos; menos de la mitad no realiza actividad física en su tiempo libre.

Entendemos que el examen periódico en mujeres supuestamente sanas entre 18 y 39 años debe ser al menos dos consultas con el médico. Entre los 20 y 30 años revisión anual de la presión arterial, examen de las mamas: mensualmente, cada tres años. Examen ginecológico cada tres años y citología vaginal cada dos años después de los 20 años. Colesterol y glicemia cada 5 años. En hombres de 18 a 39 años el examen médico periódico. Al menos una consulta con su médico, entre los 20 y los 30 años de edad. Revisión de la presión arterial cada 2 años. Examen de los testículos una vez al mes. Colesterol y glicemia cada 5 años en mayores de 34 años. Vacunas según calendario en ambos sexos (100).

De igual manera la Actividad física son los movimientos corporales derivados de los músculos que requiera gasto de energía. Se ha apreciado que la inactividad física es el cuarto componente de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial con el 6% de las muertes registradas a nivel mundial. Se aprecia que la inactividad física es el origen principal de alrededor de un 21%-25% cáncer de mama y de colon, el 27% de diabetes y cerca del 30% de la carga de cardiopatía isquémica (101).

Además la actividad física es el medio más propicio para prevenir las enfermedades físicas y psicológicas que afecta a los individuos y disminuye el grado de severidad si la persona se encuentra enferma. Realizarlo rutinariamente por más de 30 minutos de tres a más días a la semana ya sea caminando, trotando o practicando algún deporte repercute beneficiosamente en la salud para la cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, diabetes mellitus, osteoporosis, disminuyendo el riesgo a padecer de obesidad, entre otros. Además aporta beneficios a la psiquis como: la estabilidad emocional, reduce el estrés, alivia la depresión y la ansiedad (102).

Por otro lado las drogas no solo afectan el estado de ánimo de las personas, si no que tienen el potencial de alterar el pensamiento, de hacer daño a la muerte y al cuerpo, afectando de la salud y desarrollo de la persona. Los daños provocados tanto psicológicos como biológicos pueden ser irreversibles. Las drogas se clasifican en legales (alcohol, tabaco, los fármacos y ciertos disolventes químicos) e ilegales son las demás drogas (103).

Se sabe que el alcoholismo como enfermedad, se caracteriza por la dificultad para controlar el consumo de bebidas alcohólicas. El deterioro en la capacidad de controlar su consumo puede ser intermitente y muy ligero, en las fases iniciales de la enfermedad; pero puede llegar a ser continuado e intenso, más adelante. Conducir a una automatización progresiva de la conducta de auto-administración de la bebida y, a una pérdida de la capacidad de auto controlarse permanente tan grave como la de cualquier otra conducta adictiva a sustancias (104).

Por lo tanto el Ministerio de Salud; reporta que entre 2010 y 2015, en el área urbana, la prevalencia de vida de consumo de alcohol, ha disminuido en población de 19 a 24 años de 92.7 a 87.3%. En el área urbana la prevalencia de vida de consumo de tabaco ha disminuido entre los jóvenes de 19 a 24 años de 64.3% a 58.0%, pero se ha incrementado entre los jóvenes de 25 a 29 años de 62.3% a 65.9%. Como en el caso del alcohol, la prevalencia de vida de consumo de tabaco era más alto en las áreas urbanas (23.3% en promedio) que en las rurales (13.7% en promedio), y mayor entre los hombres (26.1%). En la población urbana entre los jóvenes de 19 a 24 años ha incrementado el consumo de marihuana de 7.6% a 10.4%, la PBC de 1.4 a 3.6% y la cocaína de 0.9% a 3.6%, así como en los jóvenes de 25 a 29 años, la marihuana de 6.5% a 10.0%, la PBC de 1.9 a 3.8% y la cocaína de 2.5% a 3.7% (105).

A comparación con estas estadísticas nacionales, los adultos jóvenes tienen poca incidencia y prevalencia de consumo de cualquier tipo de drogas

mencionadas en el estudio anterior, sin embargo si hay un porcentaje considerable de consumo de alcohol y cigarro entre estos adultos jóvenes.

Así también la edad es un factor definitivo para las horas de sueño. En la adultez se debe dormir entre 7 y 8 horas por noche, es importante saber que por fisiología las horas de sueño irán disminuyendo progresivamente, alcanzando hasta una diferencia de 16 horas entre la niñez y adultez. Es bien conocido y aceptado que lo ideal es dormir entre 7-8 horas por noche para mantener una buena salud y bienestar, sin embargo, existe la evidencia práctica de que cada individuo debe satisfacer su cuota de sueño para sentirse bien según sus necesidades (106).

Esta idea se afianza en lo encontrado por el Centros de Control y Prevención de Enfermedades, que reporta que en Estados Unidos, el sueño de corta duración es más común entre adultos de 20 a 39 años (37.0%) o de 40 a 59 años (40.3%) que entre los adultos de mayor de 60 años (32.0%). Los adultos que informaron dormir menos de las 7 a 9 horas recomendadas por noche tenían más probabilidades de tener dificultad para realizar muchas tareas diarias (107).

En lo que respecta a los estilos de vida de los adultos jóvenes del Pueblo Joven la Unión, en primer lugar se ha evidenciado que en efecto no existe un porcentaje significativo de alcoholismo y tabaquismo, no obstante casi todos han tenido contacto con estos alguna vez en su vida. En cuanto al consumo de tabaco se tiene que un 14,0%, de alguna u otra manera tiene contacto con esta sustancia, y más grave aún un adulto joven fuma

diariamente. Desafortunadamente no se pudo indagar a fondo con esta persona porque era poco colaborador y se mostró un tanto incómodo y agresivo. Pero según lo que se pudo observar durante el tiempo que se visitó la comunidad para hacer las entrevistas, fue que la mayoría de estos adultos jóvenes suelen reunirse por las tardes para, según ellos matar el tiempo, jugando juegos de azar como cartas, ludo, etc.

En donde ellos habitualmente fuman y liban alcohol; los adultos jóvenes refirieron que esto sucede mayormente en temporada de verano; según ellos el calor les obliga a salir fuera de la vivienda. No hay que olvidar que otra de las grandes causas de estos problemas es que son drogas legales y de fácil acceso en esta comunidad, donde las famosas bodegas o tiendas, las venden sin control ni restricción alguna.

Otro hallazgo significativo es que los adultos jóvenes no se realizan un examen médico periódico, y lo más sorprendente es que tienen un seguro social (SIS) y más aún hay un establecimiento de salud en el centro de la comunidad. El principal factor radicaría que, en general las personas piensan que se debería ir a un establecimiento de salud, siempre y cuando se sientan mal, y no es prioritario la idea de realizarse un chequeo preventivo. Y se evidencia en las repuestas que dieron estos adultos jóvenes como (para que voy a ir si no me duele nada).

Otro punto de suma importancia es que muchos de los adultos jóvenes no realizan ningún tipo de actividad física lo que implica que llevan una vida sedentaria; porque según indicaron (no tienen tiempo, no es necesario que

hagan ejercicios si están delgados, eso es para gordos, no hay por dónde ir a correr, etc.). Como se ha mencionado párrafos más adelante la importancia de la actividad física para la prevención de enfermedades cardiovasculares; más aún en esta etapa que es la que va a determinar la calidad de vejez de cada persona. Por ende estos adultos jóvenes son candidatos excelentes a desarrollar enfermedades no transmisibles (cardiovasculares y diabetes tipo 2).

En lo concerniente a las horas de sueño se tiene un alto porcentaje de adultos jóvenes que duerme de siete y hasta más horas. Lo que hace suponer que está todo muy bien, según las normas establecidas. Sin embargo el problema está en que un porcentaje de estos adultos jóvenes suelen dormir entre las 12 y 3 de la madrugada por ende se levantan a las 10 o 11 de la mañana lo que significa un desequilibrio porque ya no se hace las actividades que normalmente se harían en esas horas. Los adultos jóvenes que tienen este hábito son mayormente los que no estudian ni trabajan.

En cuanto a los alimentos, estos resultados son similares con los reportados por Castro H, (108). En su investigación titulada “Determinantes de la Salud en los Adultos Jóvenes. Asentamiento Humano Nueva Esperanza – Nuevo Chimbote, 2013”. Donde concluyo que el 49,09% consumen pescado de 1 o 2 veces a la semana, el 41,81% consumen dulces y gaseosas menos de 1 vez a la semana, el 37,27 consumen refresco con azúcar menos de 1 vez a la semana, el 24,54% consumen frituras menos de 1 vez a la semana.

Estos resultados se asemejan a los encontrados por Bassett M y col, (109). En su investigación titulada “Estado nutricional e ingesta alimentaria de poblaciones de regiones de altura del Noroeste Argentino-2013”. Encontraron que la mayoría de las poblaciones en estudio consumen diariamente cereales, una porción de tubérculos y carne y dos porciones de frutas, verduras e infusiones. 2 y 3 veces por semana consumen huevos y las legumbres. También las bebidas azucaradas se consumen en mayor cantidad en los Valles de Altura con 11 porciones por semana.

Por otro lado estos resultados difieren con los encontrados por Belalcázar D y Tovar L, (110). En su trabajo de investigación titulada “Determinantes Sociales de la Alimentación y Percepción de Alimentación Saludable en Familias de Estratos 4, 5 y 6 de la Localidad de Chapinero de Bogotá D.C-2011”. Donde obtuvo como resultados que en el consumo de carnes y huevo en las familias es diariamente 80%, semanal 18%. Consumo de cereales a diario 66%, semanal 33%. Consumo de raíces, tubérculos y plátanos en las diario 17% semanal 27%. Consumo de los lácteos diarias 72% y semanal 28%. Consumo de frutas diaria 87%, semanal 13%. Consumo de verduras a diario 63%. En grasas y azúcares consumo diaria (51% y 47% respectivamente). Las comidas rápidas se consumen semanal 33%, quincenal 23%.

Se define a hábitos alimentarios como el comportamiento consciente y siempre repetitivo, que lleva a las personas elegir, preparar y consumir un determinado menú, dentro de sus costumbres sociales, culturales y religiosas. Donde no debe dejarse de lado una dieta variada incluyendo

alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas (111).

Por otro lado la conducta alimentaria es el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la elección de alimentos que se ingieren, las preparaciones gastronómicas y las cantidades ingeridas de ellos. En los seres humanos los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas, cada familia adopta su alimentación que van de generaciones adultas a generaciones jóvenes (112).

En la presente investigación de los determinantes de la salud en adultos Jóvenes del Pueblo Joven la Unión, 2016. La mayoría consume diariamente pan, cereales; la mitad consumen 1 o 2 veces a la semana pescado; menos de la mitad que consumen 3 o más veces a la semana verduras, hortalizas, alimentos que consumen menos de 1 vez a la semana dulces, gaseosas, alimentos que consumen nunca casi nunca refrescos con azúcar.

Se sabe que la malnutrición implica las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas o nutrientes, las cuales se reflejan en la desnutrición o la sobrealimentación. La desnutrición es el consecuencia de una ingesta escasa de alimentos que no compensa las necesidades de energía alimentaria, una absorción defectuosa o un uso biológico deficiente, por otro lado, la sobrealimentación representa a un estado crónico en el que la ingesta de alimentos es superior a las necesidades de energía alimentaria, generando sobrepeso u obesidad . La Organización

Mundial de la Salud prevé que para el 2020 unas dos partes de morbilidad mundial serán atribuibles a enfermedades no transmisibles y la mayoría de estas estarán vinculadas con la ingesta de alimentos (113).

Tal como lo demuestra Ríos A y Huamán J, (114). En su investigación titulada Prevalencia de sobrepeso y obesidad según edad y género en adultos de Trujillo – Perú; 2013. Donde concluyeron que en varones el sobrepeso es de 52.7% y de obesidad 16.02% y en mujeres el sobrepeso fue de 34.53%, y de obesidad 11.15%. En el total de la población con sobrepeso la frecuencia es de 43.26% y de obesidad es de 13.48%. La edad afecta a la frecuencia de sobrepeso y obesidad en varones y mujeres. Con respecto a nuestra investigación, no se podría indicar el índice de masa corporal para clasificar a los adultos jóvenes, sin embargo a diferencia de este estudio, se observó que las mujeres adultas jóvenes tienen más tejido adiposo que los hombres.

Por consiguiente el adulto joven, requiere 35 calorías por cada kilo de peso o en promedio 2000 calorías por día; además, a medida que va avanzando la edad este requerimiento va disminuyendo. Del total de calorías el 60% deben ser de carbohidratos (cereales, granos, tubérculos, menestras), el 10% de proteínas (de origen animal: carnes, huevos, lácteos y vegetal: menestras, semillas, oleaginosas) y el 30% de grasas (10% saturadas y el resto insaturadas preferentemente de fuentes vegetales). Las vitaminas y minerales no aportan calorías sin embargo, estos nutrientes son parte de alimentos que pueden aportar pocas calorías como los vegetales de las ensaladas o valores medios como las frutas (115).

La alimentación de los adultos jóvenes del Pueblo Joven la Unión y sus familias se caracteriza por una inadecuada distribución de alimentos en donde consumen en gran cantidad diariamente carbohidratos. Hay poca preferencia por el consumo de frutas y verduras por ese motivo se identifica que la alimentación de estos no es balanceada. Esta comunidad no es indiferente a la realidad vivida en nuestro país donde por cultura es normal alimentarse de platillos no balanceados donde el carbohidrato es el alimento por excelencia, comemos arroz con papa, menestra, etc.

Es decir no sabemos balancear nuestra alimentación. En la comunidad los adultos jóvenes refieren que ellos simplemente comen lo que se prepara en casa, no hay necesidad de ser exquisitos en ese aspecto. Al momento de hablar de alimentación entra a tallar mucho el ingreso económico familiar que en algunos de estos adultos jóvenes es menor del básico, esto les impide consumir una cantidad suficiente de alimentos que se consideran sanos y nutritivos.

Por lo tanto como se mencionó anteriormente las horas de sueño, influye de manera negativa en la alimentación de estos adultos jóvenes ya que muchos de ellos suelen no desayunar, sumado al hecho de que no practican actividad física, y tienen una alimentación no balanceada, indica una tendencia a la obesidad y sobrepeso y los predispone a adquirir enfermedades como diabetes tipo 2, hiperlipidemias, gastritis y cáncer a largo plazo. Finalmente en la actualidad es inaudible la tendencia a la adopción de estilos de vida no saludables, afortunadamente en los adultos jóvenes un porcentaje, tiene tendencias de estilos de vida saludable, pero es

probable que en el futuro adopten un estilo de vida no saludable por el mismo entorno en el que viven y se han desarrollado.

En la tabla 04,05,06: Del 100% (100) de los adultos jóvenes del Pueblo Joven la Unión, el 46% (46) el tiempo que espero para que lo atendieran le pareció regular; el 75% (75) la institución de salud en la que se atendieron los últimos 12 meses fue un Puesto de Salud; el 58% (58) considera que el lugar donde lo atendieron está regular de su casa; el 75% (75) tiene tipo de seguro SIS; el 39% (39) la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue regular; el 81% (81) si tiene pandillaje o delincuencia cerca de su casa; el 76% (76) no recibe algún apoyo social natural; el 100% (100) no recibe algún apoyo social organizado; el 100% (100) no recibe apoyo social organizado pensión 65, el 96% (96) no recibe apoyo social organizado comedor popular, el 99% (99) no recibe apoyo social organizado vasos de leche, el 100% (100) no recibe apoyo social de otras organizaciones.

Estos resultados son similares al elaborado por Gonzales C, (116). En su investigación titulada. Determinantes de la salud en los Adultos Jóvenes del Casco Urbano Santa, 2013. Donde el 43.3% de adultos jóvenes les parece regular el tiempo de espera para que lo atendieran.

Así también estos resultados se asemejan a los de Ramos L, (117). En su trabajo de investigación titulado “Factores asociados al Nivel de Satisfacción sobre la Calidad de atención del Usuario Externo Centro de Salud de Pícsi- 2015”. De una muestra de 96 adultos, la mayoría de los que

acuden a los diferentes servicios tienen SIS es decir 87 personas cuentan con este. En el rubro ningún seguro tenemos a 5 personas de la población y los que poseen otro tipo de seguro como ESSALUD o particulares representan solo a 4 personas de la población atendida en este Centro.

También el estudio de García D, (118). En su trabajo de investigación titulado “Percepción y Expectativas de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud de los Usuarios del Centro de Salud Delicias Villachorillos en el período febrero-mayo 2013” Encontró que los usuarios de los diferentes servicios que brinda dicho establecimiento son pacientes asegurados en el SIS 66%. Un 10% cuenta con otros seguros como es ESSALUD.

Así también estudios que difieren como el de Acosta L y col, (119). En su estudio de investigación titulado “Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina – 2011. Donde encontraron que el 53,5% acude a un centro de salud, seguido por un 18% a un hospital. En lo que concierne a la calidad de atención en los centros de salud de la provincia, según el tiempo de demora para recibir la atención fue en el 79,5% de los casos de menos de media hora. El 94% de los usuarios consideró que el tiempo de espera fue aceptable.

Además tenemos a Campo C y col, (120). En su trabajo de investigación titulado “Barreras y Determinantes del Acceso en la Prestación de los Servicios de Salud para La Comunidad Afrocolombiana de Quilcace Cauca,

2012”.Obtuvo como resultado que con respecto a la Seguridad Social en Salud el 99.6% de las personas se encontraban afiliadas. Se logró determinar que el 97.5% de las personas evaluadas, acuden al hospital cuando se encuentran enfermos, utilizando el servicio de Medicina General en el 100% de los casos. El 97,5% manifiesta que el desplazamiento hacia el hospital nivel I del Municipio del Tambo tiene una duración entre 91 y 180 minutos.

Se define la calidad sanitaria como un sistema organizacional y en torno a ella se han creado muchos esfuerzos y tácticas para mantenerla y mejorarla con un nuevo paradigma, en cual entra la evaluación a jugar un papel fundamental para demostrar los resultados del proceso de atención para la salud, y es ahí donde la calidad debe ser evidente, siendo permisible y esencial, medir para comparar, aprender y mejorar. La evaluación involucra un sistema de seguimiento y monitoreo de los servicios de enfermería, cimentados en diferentes indicadores que permiten calcular periódicamente la ejecución de actividades con el fin de adaptarse en forma oportuna y anticipada a los cambios y desafíos que genera el entorno (121).

Se plantea que la calidad de la asistencia sanitaria es certificar que cada usuario reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más apropiado para obtener una cuidado sanitaria óptima, en la cual se debe tener en cuenta los determinantes y conocimiento del usuario y del servicio médico, con el objetivo de lograr el mejor resultado y el mínimo de riesgos y la máxima complacencia del paciente con el proceso (122).

El sistema de salud peruano está conformado por el Ministerio de salud (MINSA), ESSALUD, Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y Fuerzas Policiales e instituciones privadas (Entidades Prestadoras de Salud o EPS). Las personas con bajos recursos económicos no tiene acceso a ser cubierta por ESSALUD ni seguros privados, las personas con recursos de pago se dividen en dos grupos donde encontramos a los trabajadores formales, cubiertos por la seguridad social y se atienden en ESSALUD, y las clases medias o altas, en su mayoría urbanas, no cubiertas por la seguridad y que se atienden en el sector privado o tienen cobertura de las empresas prestadoras de servicios (123).

El horario establecido para una consulta médica muy frecuentemente es establecido arbitrariamente y casi nunca es evaluado, también hay que tener en cuenta que los horarios y tiempo consulta varían de forma notable según el país y la especialidad de que se trate. Además el deficiente tiempo que tienen los trabajadores de salud para atención en las consultas médicas implican en la relación prestadora de salud-paciente, afectando los elementos que forman una consulta médica y reduciendo la calidad de atención (124).

En la presente investigación de los determinantes de la salud en adultos jóvenes del Pueblo Joven la Unión, 2016. la mayoría tiene tipo de seguro SIS-MINSA, el lugar donde se atendió en los últimos 12 meses fue un Puesto de Salud, más de la mitad considera que el lugar donde se atendió esta regular de su casa; menos de la mitad el tiempo que espero para que lo atendieran fue regular, la calidad de atención que recibió fue regular.

Se sabe que la calidad de Atención en Salud va de la mano con la satisfacción de las necesidades y requerimientos del usuario de manera individual, o de su entorno familiar y de la sociedad como un conjunto. Está basada en la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de perfección en la asistencia sanitaria eliminando falacias y optimando el rendimiento de los establecimientos (125).

Entendemos que el Seguro Integral de Salud (SIS), fue creado con la finalidad salvaguardar la salud de los peruanos que no tiene con un seguro de salud, prevaleciendo en las comunidades vulnerables que están en escenario de pobreza y pobreza extrema. Así resolver la problemática de acceso a los servicios de salud de las poblaciones desfavorecidas, por factores como barreras económicas, culturales y geográficas (126).

Es por ello que el Ministerio de Salud, reporta que la población asegurada al Seguro Integral de Salud a diciembre del 2016 es de 17 092 691 personas, según sexo hay un mayor porcentaje de mujeres afiliadas con un 52.7% a diferencias de los hombres 47.3% a nivel nacional. Según etapas de vida se encuentra un mayor porcentaje en el grupo de 30 a 59 años de edad 30.1%, seguido por los jóvenes de 18 a 29 años de edad 20.4%. Según residencia, se tiene que el 60% de los afiliados viven en el área rural y un 40% en el área urbana. Según regiones naturales, el 43% residen en la costa, el 35.2% en la sierra y 21% en la Selva (127).

Se evidencia que los adultos jóvenes del Pueblo Joven la Unión, cuentan con algún tipo de seguro, primando el seguro integral de salud, lo cual

implica que estos adultos jóvenes tienen una condición económica que amerita este servicio gratuito. Sin embargo la disyuntiva que se observó fue que algunos de los adultos que refirieron tener este seguro, tienen un ingreso económico favorable, lo cual no les hace merecedores de tener este servicio, así también se tiene que nueve encuestados no tiene ningún tipo de seguro, y lo paradójico es que siete de estos tiene un ingreso económico menor del sueldo básico. Estos adultos jóvenes refirieron que hace un tiempo acudieron a afiliarse al SIS, pero según le informaron en el puesto de salud, su familia incluido el, no calificaban como pobres extremos y que además tienen una casa propia.

Así que la manera de acceder a este servicio sería que paguen diez soles mensuales. Simplemente las familias de los adultos prefirieron no pagar porque no les alcanza el dinero para cubrir sus necesidades básicas y mucho menos para un seguro que ellos consideran se merecen gratuitamente.

Si analizamos la realidad del seguro integral de salud en nuestro país podemos darnos cuenta de la desigualdad de justicia, donde se ven casos que las personas con recursos económicos estables y hasta altos tienen este seguro, que como se detalla párrafos anteriores debería ser para los más desfavorecidos, como consecuencia se afecta severamente a las poblaciones más pobres que se sabe tienen más necesidades y factores de riesgo para su salud.

En el caso de los adultos jóvenes se sabe que los cambios de la vida adolescente a la adulta implica un desajuste físico emocional y social, que

en algún momento necesitaran consultar con un profesional de salud, sin embargo nuestra sociedad, no les está dando las herramientas necesarias para acceder a este servicio que les pertenece por derecho. También es importante recalcar, como se explicó anteriormente muchos de estos adultos jóvenes, que cuentan con el SIS, no tienen interés de hacer uso de este, ni siquiera para prevenir enfermedades.

La mayoría de adultos jóvenes se atendió en el puesto de Salud la Unión que se encuentra ubicado en el centro de la comunidad, el cual disminuye las barreras geográficas del acceso a la salud. En cuanto a la calidad de atención se encuentra un nivel de satisfacción medianamente favorable, pero también existe un número significativo de adultos jóvenes que no están satisfechos con la atención de salud calificándola de mala y muy mala. Como se sabe la calidad de atención abarca un sin fin de actividades y será medida de acuerdo a la percepción y satisfacción de los usuarios. En este caso, refirieron, que el malestar general en los establecimientos de salud es la forma irrespetuosa como responden algunos trabajadores de la salud cuando se le pide información. Detallaron que es el personal técnico de enfermería es el que incurre en este acto.

Debemos tener en cuenta que muchas veces el personal técnico en algunos establecimientos es una persona adulta o adulta mayor, es decir lleva mucho tiempo laborando en los establecimientos de salud, por ende algunos de ellos están predispuestos o tienen altos niveles de estrés, por seguir una rutina específica duramente muchos años y si sumamos la edad de este, le convierte en una persona con cambios de ánimo, que se inclina

mayormente por reaccionar impulsivamente, es decir no hay un control de emociones. Sin embargo esto no les justifica ni les da derecho a maltratar a los pacientes. En cuanto a la atención calidad de atención de las licenciadas en enfermería y obstetras refieren que es buena ya que les hablan con respeto y les brinda la información que requieren.

Según el tiempo que esperaron para ser atendidos un número significativo les pareció largo y muy largo. El hecho es que según la referencia de los encuestados, las citas que ellos tenían decía una hora pero en muchas ocasiones el médico, obstetras, enfermera u otro trabajador de la salud llegaba tarde y empezaba a atender media hora o una a después.

En forma general estos factores repercuten mucho en el adulto joven al momento de hacer uso de los establecimientos de salud públicos, y de manera negativa ya que como se ha descrito muchos adultos jóvenes no están conformes en cuanto a la calidad y tiempo de atención y si sumamos los trámites engorrosos que estos tienen que seguir para conseguir una cita u otro servicio simplemente por ser beneficiarios del SIS. Estos son predisponentes a que muchos de ellos dejen de ir a los establecimientos de salud y si lo hacen, será solo cuando estén en casos de emergencia, lo que implica que muchos de ellos pueden utilizar otros medios que les parece más fáciles y accesibles como ir a la botica, farmacia o incluso a un yerbatero y peor aún consumir los mal llamados medicamentos natural que pueden alterar su salud.

Y como ocurre muy seguido las personas llegan a los centros sanitarios, cuando su estado de salud está deteriorada. Además otro problema es que los trámites a seguir provocan una alteración en la salud mental ya que muchos de los adultos jóvenes refieren salir estresados, ansiosos, molestos y tristes de los establecimientos de salud porque no consiguieron los resultados que esperaban.

En conclusión el indicador calidad de atención y tiempo que espero para ser atendido influye negativamente en los adultos jóvenes a la hora de hacer uso de un establecimiento de salud, porque como se mencionó anteriormente los adultos jóvenes no perciben que se les brinde una atención de calidad.

En cuanto a la variable pandillaje o delincuencia estos resultados se asemejan a los encontrados por Vite L, (128). En su trabajo de investigación titulado: Determinantes de la Salud del Adulto del Asentamiento Humano San Martín - Sechura, 2013. Donde encontró que el 84, 6% de adultos encuestados refirió que si existe pandillaje cerca de su casa.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito reporta que el 75% de la población consultada declara haber observado el accionar de pandillas en su zona o lugar de residencia en los últimos cinco; porcentaje que resulta ser mayor entre las personas de nivel socioeconómico bajo (81%) y medio (80%), así como en la zona Norte (84%) y en la ciudad de Lima (80%) (129).

Se define pandillaje como un grupo de jóvenes sin vigilancia que se autodefine como 'pandilla' y desarrolla bajo sus propias reglas y criterios de membresía. Las pandillas simbolizan el esfuerzo espontáneo de niños y jóvenes por crear, donde no hay, un área en la sociedad apropiada a sus necesidades. Lo que ellos obtienen de esa área, es aquello que el mundo adulto no tuvo la capacidad de otorgarles, que es el ejercicio de la participación, vibrando y gozando en torno a intereses comunes (130).

En la presente investigación de los determinantes de la salud en adultos jóvenes del Pueblo Joven la Unión, 2016 la mayoría, si tiene pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

El pandillaje y delincuencia juvenil surge como consecuencia del desempleo, las malas juntas, pobreza, drogas, exclusión social, redes sociales y afecta principalmente a jóvenes en especial provenientes de zonas con problemas sociales mayores. Encontrando como factor común y principal la desintegración en la familia por lo cual, la calle se convierte en el medio inmediato para su formación. Según lo reporta la Policía Nacional del Perú, el año 2013 se registraron 175,000 denuncias policiales a nivel nacional, el 68% de las cuales corresponde a delitos contra el patrimonio (hurto, robo, estafa y daños); el 12% a delitos contra la vida el cuerpo y la salud; el 9% a delitos contra la seguridad pública; el 5% a delitos contra la libertad; 1% a delitos contra la familia; y el 3% a otros delitos (131).

El aumento de la delincuencia, está asociado a la multiplicidad de actividades ilegales en las que incurrían algunas bandas delincuenciales en donde habría un efecto globo es decir para combatirlo se requiere un trabajo

de inteligencia conjunto con la comunidad y la policía nacional del Perú (132).

Según refirieron los adultos jóvenes del Pueblo Joven la Unión, si hay pandillaje y delincuencia cerca de su casa, pero aclararon que estos delincuentes no son de su comunidad, según ellos los delincuentes vienen de comunidades colindantes como el Asentamiento Humano la Esperanza y Primavera y la Urbanización el Carmen. Además más de la mitad de ellos refirieron que en algún momento presenciaron o fueron víctimas de un robo cerca de su comunidad o cerca de su barrio. El pandillaje y delincuencia se incrementa en la comunidad cuando hay fiestas populares (los llamados chancalatas), ya que es aquí donde se concentran más delincuentes y pandilleros. Estas fiestas son muy comunes en esta comunidad es decir los adultos jóvenes, sus familias y la comunidad están predispuestas a sufrir actos delincuenciales.

En el caso de los adultos jóvenes, al ser un grupo con muchos determinantes negativos predominantes al momento de analizar las causas de la delincuencia y pandillaje por ejemplo el bajo ingreso económico, el nivel de instrucción, déficit de valores y responsabilidades, los hace vulnerables a formar parte de una pandilla o grupo delincencial ya que algunos de ellos asisten a estas famosas fiestas y más aún cuando sabemos que estadísticamente son los jóvenes los que están dentro de estos grupos. La comunidad cuenta con una comisaria, que ha disminuido enormemente la delincuencia y pandillaje, porque si hacemos una comparación,

anteriormente la delincuencia era mucho mayor que ahora según lo describen los adultos jóvenes.

En cuanto al apoyo social natural y organizacional. Estos resultados son similares en el estudio elaborado por Flores A y, Vílchez M., (133). En su trabajo de investigación titulado “Determinantes de la salud en los adultos jóvenes asentamiento humano Laderas Los Jardines, Chimbote, 2013”.Obtuvieron que; el 100% no recibe apoyo social organizado, el 100% no recibe apoyo social de las organizaciones y el 81% de adultos jóvenes no reciben ningún apoyo social natural

También resultados que se asemejan como los de Méndez N, (134). En su trabajo de investigación titulado “Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío Chua Alto Sector “T” Huaraz, 2013”.Encontro que en los determinantes de las redes sociales y comunitarias el 66,3 % reciben el apoyo social natural de familiares, 81,6% reciben otros apoyos sociales organizados.

Además estos resultados difieren con los encontrados por Ayala J, (135). En su investigación titulada. Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Chua Bajo Sector “S” Huaraz, 2013. Donde encontró que el 62,5% de los encuestados manifiestan que si reciben algún apoyo social natural de familiares.

Se define la red social como un conjunto de relaciones humanas que van a impactar de forma duradera en la vida del individuo. Si hablamos de red social nos referimos a las peculiaridades estructurales de las relaciones

sociales estando conformada por los sujetos cercanos y con mucha significancia a la persona formando su ambiente social primario. Estas están constituidas por los miembros de la familia amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos de la comunidad. Estos parentescos se convierten en sistemas de apoyo social, los cuales constituyen un elemento indispensable para la salud de la persona. Estas redes sociales tienen como objetivo de proporcionar el apoyo social, el cual forma herramientas necesarias para la persona dentro de su contexto habitual (136).

Se define al apoyo social como el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros. Entiende por necesidades sociales básicas a la afiliación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación. Estas necesidades pueden cubrirse mediante la provisión de ayuda socio-emocional (afecto, simpatía, comprensión y estima de otros significativos), o por la provisión de ayuda instrumental (información, ayuda con el trabajo, en las tareas, en lo económico, etc.). Este apoyo social pueden brindarlo espontáneamente las redes naturales de ayuda de la familia y amigos, o pueden mobilizarse mediante la intervención profesional (137).

En los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión; la totalidad no recibe algún apoyo social organizado, no recibe apoyo social organización de pensión 65, o de otras organizaciones; casi la totalidad no recibe apoyo social de la

organizado comedor popular vaso de leche; la mayoría no recibe algún apoyo social natural.

Se sabe que un sistema de apoyo involucra un patrón perenne de lazos sociales continuos e intermitentes que desempeñan un papel importante el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona. El joven está inmerso en un continuo cambio, en su día a día todo a su en su entorno a va modificándose y siente la necesidad de cuestionarse porque ese cambio y en qué lugar se puede posicionar. Para solventar esas dudas y ese sentimiento de fragilidad, el joven, se apoya en sus iguales (138).

El ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; reporta que hasta el año 2016, el programa social Pensión 65, a la fecha se atiende a un total de 501,681 adultos mayores de 65 años en condición de extrema pobreza. El programa ha logrado una cobertura del 100% de distritos a nivel nacional. A la fecha en total a nivel nacional 532,830 atenciones en salud, en 3,293 campañas médicas, las cuales se realizan de manera articulada con el sector Salud. En lo que respecta a las lideresas de los comedores populares que son parte del Programa de Complementación Alimentaria, se ha capacitado a 4,183 madres líderes de los comedores populares de Lima Metropolitana en el uso de los micronutrientes y promoción de los alimentos ricos en hierro, en el marco del “Plan de Movilización de lucha contra la anemia y Desnutrición Crónica Infantil (139).

En el Perú, se cuenta con un Plan Nacional de Personas Adultas 2013–2017, este plan propone como acción estratégica que el 40% de gobiernos regionales cuente por lo menos con un establecimiento de salud diferenciado

para la atención a estas personas, en diferentes niveles de atención y complejidad. Por ello se han creado programas como Pensión 65, Vida Digna, la Unidad de Servicios de Protección de Personas Adultas Mayores del INABIF, y los Tayta Wasi (140).

Los adultos jóvenes del Pueblo Joven la Unión, no reciben apoyo social natural ni organizacional, aun cuando algunos, verdaderamente necesitan de estos, porque el jefe (a) de familia cuentan con sueldos inferiores que no les alcanza en muchas ocasiones ni para comer, sin embargo vemos que están desfavorecidos. Además no reciben apoyo social organizado porque estos adultos jóvenes no se encuentran internados en ninguna institución de salud, y no trabajan en una empresa que les brinden beneficios de acuerdo a ley. La mayoría de estos jóvenes no reciben pensión 65 porque no les corresponde de acuerdo a su edad pero algunos de estos tienen abuelos e incluso padres que si cuentan con estos beneficiarios. En cuanto al comedor popular y vaso de leche, refieren que tampoco reciben, porque según las normas de estas instituciones públicas no cuentan con las condiciones para acceder a estos apoyos sociales.

Finalmente tenemos que los adultos jóvenes de esta comunidad no tienen acceso al apoyo social, porque las políticas del estado no se los permiten, es decir el apoyo no es equitativo, lo que implica el riesgo de enfermar ya que el apoyo social está vinculado a mejores condiciones de salud porque mediante ella se ayuda a aminorar los problemas de las familias y se da herramientas para que mantengan y enfrenten las circunstancias de la vida.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- En los determinante biosocioeconómicos de los adultos jóvenes del Pueblo Joven la Unión. La totalidad; tiene agua con conexión domiciliaria, baño propio, cocina con gas, electricidad, tienen energía eléctrica permanente, la basura se entierra, quema, carro recolector, paredes material noble ladrillo y cemento. la mayoría; tiene ingreso económico de 751 a 1000 soles, tipo de vivienda unifamiliar, tiene casa propia, material del piso laminas asfálticas, techo de material noble ladrillo y cemento, la frecuencia con la que pasan recogiendo la basura por su casa al menos 2 veces por semana; suelen eliminar su basura en carro recolector. Más de la mitad; son de sexo masculino, número de personas que duermen en una habitación de 2 a 3 miembros. Menos de la mitad tiene grado de instrucción secundaria completa/secundaria incompleta, ocupación trabajador estable.
- En los determinantes de los estilos de vida de los adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión. La mayoría; se baña diariamente, no se realiza algún examen médico periódico, alimentos que consumen diariamente pan, cereales. Más de la mitad no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, ocasionalmente consume bebidas alcohólicas, duerme de 6 a 8 horas, las dos últimas semanas no realizó ninguna actividad física durante más de 20 minutos. La mitad los alimentos que consumen 1 o 2 veces a la semana es pescado. Menos de la mitad no realiza actividad

física en su tiempo libre, alimentos que consumen 3 o más veces a la semana verduras, hortalizas, alimentos que consumen menos de 1 vez a la semana dulces, gaseosas, alimentos que consumen nunca casi nunca refrescos con azúcar.

- En los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos jóvenes del Pueblo Joven La Unión. la totalidad; no recibe algún apoyo social organizado, no recibe apoyo social organización de pensión 65, no recibe apoyo social de otras organizaciones. Casi la totalidad no recibe apoyo social de la organización comedor popular, no recibe apoyo social organizado del vaso de leche. La mayoría; no recibe algún apoyo social natural, tiene tipo de seguro SIS-MINSA, si tiene pandillaje o delincuencia cerca de su casa, el lugar donde se atendió en los últimos 12 meses fue un Puesto de Salud. Más de la mitad; considera que el lugar donde se atendió esta regular de su casa; menos de la mitad el tiempo que espero para que lo atendieran fue regular, la calidad de atención que recibió fue regular.

5.2. Recomendaciones

- Informar los resultados de la presente investigación a las diferentes autoridades como a los líderes del Pueblo Joven la Unión, para que tengan conocimiento de la realidad de su población.
- Hacer llegar los resultados de la presente investigación al puesto de salud “La Unión” para que implemente y ejecute Programas Preventivos Promocionales de la Salud en los Adultos jóvenes y mejorar las prestaciones de salud con calidad.
- Se recomienda a los estudiantes de la escuela profesional de enfermería de la ULADECH, realizar nuevas investigaciones en diferentes campos de la provincia tales como AA.HH, pueblos jóvenes, distritos y zonas rurales; en base a los resultados obtenidos en el presente estudio, de manera que permitan mejorar los determinantes de los adultos Jóvenes del Pueblo Joven La Unión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez I. Factores Determinantes en Salud Relacionados con la Eficacia y Sostenibilidad de Intervenciones en Promoción de la Salud. [Trabajo para optar el Grado de Doctor]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2013. [citada 2017 Noviembre 3]; Disponible en: <https://eciencia.urjc.es/bitstream/handle/10115/12245/Tesis%20Doctoral.%20Ingrid%20G%C3%B3mez%20Duarte.%20Factores%20determinantes%20en%20salud%20relacionados%20con%20la%20eficacia%20y%20sostenibilidad%20de%20int~1.pdf;sequence=1>
2. Palomino P, Grande M, Linares M. La Salud y sus Determinantes Sociales. Desigualdades y Exclusión en la Sociedad del siglo XXI. RIS [serie en internet] 2014 [citada 2017 Noviembre 02]; 72 (1): 71-91. Disponible en: http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/03/La-salud-y-sus-determinantes-sociales_Palomino-Moral.pdf
3. World Health Organization. World health statistics 2017: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. [Libro en línea]. Ginebra: World Health Organization; 2017. [citada 2017 Noviembre 02]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255336/1/9789241565486-eng.pdf>
4. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
5. Carrillo J. Promoción de la salud de los Empleados Públicos de la Región Murcia: Prevención del Estrés a través del Taiji Quan y Qigong. [Tesis doctoral] España: Universidad de Murcia; 2013. [citada 2017 Noviembre 02]. Disponible en: <http://www.apenb.org/apenbweb/pdf%C2%B4s/Prevenci%C3%B3n%20del%20>

[estr%C3%A9s%20a%20trav%C3%A9s%20del%20Taiji%20Quan%20y%20Qigong.pdf](#)

6. 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
7. Girón P. Los Determinantes de la Salud Percibida en España. [trabajo para optar el Grado de Doctor]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2009. [citada 2017 Mayo 23]; Disponible en: <http://eprints.ucm.es/11024/1/T32155.pdf>
8. Urbina M, González M. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. [Libro en línea]. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012. [citada 2017 Noviembre 02]. Disponible en: http://medicinaweb.cloudapp.net/observatorio/docs/ss/li/Ss2012_Li_Importancia.pdf
9. LipLicham, C; Rocabado, F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.
10. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile; 1994; 23:18-22.
11. Linares N, López O. La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. Medicina Social. [serie en internet]. 2008 [citada 2017 Mayo 16]; 3(3): 247-259. Disponible en: <http://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/226/484>
12. Salaverry W. La inequidad en salud. Su desarrollo histórico. Rev. Perú. med. exp. salud pública. [serie en internet].2013 [citada 2017 Mayo 16];30(4): 709-713

- .Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000400028&script=sci_arttext
13. Orayen E. Desigualdades en Salud en los Grupos de Inmigrantes Viviendo en la Comunidad Autónoma del País Vasco. [Tesis doctoral] Alcalá de Henares: Universidad Alcalá de Henares; 2013. [citada 2017 Noviembre 02]. Disponible en: <https://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/20064/Tesis%20Est%C3%ADbaliz%20Orayen.pdf?sequence=1>
14. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Washington, D.C: OMS y OPS. [Citado 27 set. 2017]. Determinantes Sociales de la Salud en la Región de las Américas. [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t es&p=310&lang=es
15. Carmona Z, Parra D. Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. Salud Uninorte [serie en internet] 2015 [citada 2017 Noviembre 02]; 31 (3): 608-620. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v31n3/v31n3a17.pdf>
16. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
17. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, edición del 2017. [Libro en línea]. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C: OPS; 2017. [citada 2017 Noviembre 02]. Disponible en: <http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>

18. Oficina de Estadística de la Red Pacifico Norte. Chimbote 2016.
19. García J, Vélez C. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017 [citado 2018 Jul 24]; 43(2): 191-203. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200006
20. Vidal D, Chamblas I, Zavala M, Müller R, Rodríguez M, Chávez A. Determinantes Sociales en Salud y Estilos de Vida en Población Adulta de Concepción, Chile. Cienc. enferm. [serie en internet] 2014 [citada 2017 Junio 3]; 20(1): 61-74. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100006
21. Álvarez D, Sánchez J, Gómez G, Tarqui C. Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). Rev. Perú. med. exp. salud pública [serie en internet] 2012 [citada 2017 Junio 3]; 29(3): 303-313. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2012.v29.n3.a3.pdf>
22. Chinchay M. Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “Q” – Huaraz, 2013. [trabajo para optar el título para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería] Huaraz: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015. [citada 2017 Junio 3]; Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000035537>

23. García P, Vílchez M. Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes Varones con Adicción a Drogas, chimbote-2012. Rev. In Cres. Ciencias de Salud. [Serie en internet]. 2014[citado 2017 Mayo 9]; 1(1): 105-114. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/271/171>
24. Gutiérrez K. Determinantes de la Salud en Adultos jóvenes. Asentamiento Humano San Miguel, Chimbote-2013. [Trabajo para optar el título de licenciatura en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles Chimbote; 2013 [citada 2017 mayo 9]; Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000041083>
25. Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial
26. Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Med Per. [Serie en internet]. 2011 [citada 2017 Setiembre 17]; 28(4): 237-241. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>
27. López C. Protección a la mujer Foránea en el Sistema Nacional de Salud Español: Evaluación y Análisis Crítico. [Libro en línea]. España: Ediciones Universidad de Salamanca; 2013. [citada 2017 Noviembre 02]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=IjRIAwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=proteccion+a+la+mujer+foranea+en+el+sistema+nacional+de+salud+espa%C3%B1ol:+evaluacion+y+ analisis+critico&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiKi7yC0cTXAhXHwiYKHQYRC_oQ6AEIJTAA#v=onepage&q&f=false
28. Bennassar M. Estilos de Vida y Salud en Estudiantes Universitarios: La Universidad como Entorno promotor de la Salud [trabajo para optar el título al

- grado de Doctor]. España: Universitat de les Illes Balears; 2012. [Citada 2017 Setiembre 17]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/84136>
29. Mejía L. Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. [Serie en internet].2013 [citada 2017 Setiembre 17]; 31(1): 28-36. Disponible en: http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/4504/1/MejiaLuz_2013_DeterminantesSocialesSalud.pdf
30. Otero A, Zunzunegui M. Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. En: Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes. [Internet]. España: Elsevier; 2011. pp 88-99. [citada 2017 Setiembre 17]. Disponible en: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio-basica-1.2.2-1.pdf>
31. Fundación Dr. Antonio Esteve y la Asociación Española de Comunicación Científica. Epidemiología para periodistas y comunicadores. [Libro en línea]. España: Fundación Dr. Antonio Esteve y la Asociación Española de Comunicación Científica; 2015. [Fecha de acceso 17 de Setiembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.aecomunicacioncientifica.org/wp-content/uploads/EC-32-Epidemiolog%C3%ADa-para-periodistas.pdf>
32. Chia S, Hormaza M, Ruiz O. Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y Discapacidad: Resultados desde el registro para la Localización y Caracterización de personas con Discapacidad en la Ciudad de Tunja 2012. [Trabajo para optar el grado de Doctor]. Colombia: Universidad Autónoma de Manizales; 2013[citada 2017 Setiembre 17]. Disponible en:

<http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/576/1/Informe%20final%20Tesis%20mayo%20DSS%20Tunja.pdf>

33. Kornblit A, Diz A. La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales [libro en línea]. México: Aique; 2000. [fecha de acceso 30 de Mayo de 2017]. URL disponible en: <http://www.cucaicor.com.ar/datos/kornblit-ana-lia-y-mendes-diz-ana-el-proceso-salud-enfermedad.pdf>
34. 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
35. Fortuny M, Gallego J. Educación para la salud. Revistas de Educación. [serie en internet].1988 [citada 2017 Mayo 30]; (287): 287-306 Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/dctm/revistade%20educacion/articulosre287/re28713.pdf?documentId=0901e72b813c300e>
36. Dieguez, A. Guadiola M. Reflexiones sobre el concepto de Comunidad. De lo comunitario a lo local. De lo local, a la mancomunidad. [en línea]. Buenos Aires: Espacio Editorial; 1988. [accedido 30 de Mayo de 2016]. URL disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000215.pdf>
37. Comité Internacional de la Cruz Roja. Los Servicios de Salud en el Nivel Primario. [libro en línea]. Ginebra: Comité Internacional de la Cruz Roja; 2006. [accedido 30 de Mayo de 2017]. URL disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/los_servicios_de_salud_y_el_nivel_primario.pdf
38. Ministerio de Sanidad y Consumo. Formación en Promoción y Educación para la Salud. [libro en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.; 2003. [accedido 30 de Mayo de 2017]. URL disponible en:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf>

39. Parra M. Conceptos básicos en salud laboral. [libro en línea]. Santiago: Oficina Internacional del Trabajo; 2003. [fecha de acceso 30 de Mayo de 2017]. URL disponible en: http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Licenciatura/Enfermeria/ProgramaNivelacion/A21/Unidad%201/lec_13a_conceptos_basicos_salud_laboral.pdf
40. Capel H. Las ciencias sociales y el estudio del territorio. Biblio 3W. [serie en internet].2016 [citada 2017 Mayo 30];21 (1.149):[Alrededor de 10 pantallas].Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-1149.pdf>
41. Rodríguez E. Conocimientos y Percepciones de Salud de Adultos Jóvenes en Relación con su Estilo de Vida. [Trabajo para obtener el Grado de Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 1996. [Citada 2017 Mayo 30]; Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/6262/1/1080072411.PDF>
42. Echemendía B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Rev Cubana Hig Epidemiol. [serie en internet].2011 [citada 2017 Mayo 30]; 49(3): 470-481. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300014
43. Zabalegui A. El rol del profesional en enfermería. Aquichan. [serie en internet].2003 [citada 2017 Mayo 30]; 3(3): 16-20. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74130304.pdf>
44. Sousa V, Driessnack M, Costa I. Revisión de Diseños de Investigación Resaltantes para Enfermería. parte 1: Diseños de Investigación Cuantitativa. Rev Latino-am

- Enfermagem. [serie en internet].2007 [citada 2017 Junio 30]; 15(3): [Alrededor de 6 pantallas].Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a22.pdf
45. Villar M, Villavicencio O. Manual de Fitoterapia. [libro en línea]. Lima: ESSALUD, Organización Panamericana de la Salud; 2001 [fecha de acceso 06 de Junio de 2017]. URL disponible en:
<http://www.bvsde.paho.org/texcom/manualesMEC/fitoterapia/fitoterapia.html>
46. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). Estadísticas Vitales Tlaxcala. [libro en línea]. México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática; 2004. [fecha de acceso 05 de julio de 2017]. URL disponible en:
https://books.google.com.pe/books?id=YI7dDAAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
47. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010: censo del Bicentenario: resultados definitivos, Serie B nº 2. [libro en línea]. Argentina: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC); 2012. [fecha de acceso 05 de julio de 2017]. Disponible en:
http://www.estadistica.sanluis.gov.ar/estadisticaWeb/Contenido/Pagina148/File/LIBRO/censo2010_tomo1.pdf
48. Ballara M, Damianovic N, Parada S. Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares. [libro en línea]. Chile: Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM); 2010. [accedido 05 de julio de 2017] Disponible en:

- <http://mujeresruralescolombianas.org/documentos/Aporte%20de%20ingreso%20economico%20de%20las%20Mujeres%20Rurales%20a%20sus%20hogares.pdf>
49. Oficina Nacional de Estadística e informática (ONEI). Manual de Formación Censal. [libro en línea]. Cuba: Oficina Nacional de Estadística e informática (ONEI); 2012. [accedido 05 de julio de 2017]. URL disponible en: http://www.one.cu/publicaciones/cepde/cpv2012/documentacion_censal/Manual%20de%20Formaci%C3%B3n%20Censal.pdf
50. Carvajal M, Merlin L, Gómez J. ¿Qué tipos de vivienda existen? [internet]. leroymerlin.es [Citado 2017 Jul 06]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible desde el URL: <https://comunidad.leroymerlin.es/t5/Bricopedia-Construcci%C3%B3n-y/Qu%C3%A9-tipos-de-vivienda-existen/ta-p/24709>
51. Instituto de Estudios Públicos (IEMP). Estilos de vida de los jóvenes y las necesidades de educación sexual. [libro en línea]. Colombia: Instituto de Estudios Públicos (IEMP); 2014. [fecha de acceso 05 de julio de 2017]. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/articles-340716_archivo_pdf.pdf
52. Universidad de Buenos Aires. Guía temática para la asignatura Orientación en Nutrición. [libro en línea]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2015. [fecha de acceso 05 de julio de 2017]. URL disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/grado/medicina/nutricion/enero2016.pdf>
53. Equipo de Investigación Sociológica. Redes de apoyo social en las personas en situación de vulnerabilidad y exclusión social en la Diócesis de Madrid. [libro en línea] Madrid: Caritas Madrid; 2010 [fecha de acceso 05 de julio de 2017]. URL disponible en:

<http://www.caritasmadrid.org/sites/default/files/PDF%20ESTUDIO%20DE%20REDES%20DE%20APOYO%20SOCIAL.pdf>

54. Fajardo G, Gutiérrez J, García S. Acceso efectivo a los servicios de salud: Operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud pública Méx. [serie en internet].2015 [citada 2017 Julio 06]; 57(2): 180-186. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es
55. 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>
56. 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>
57. 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
58. Chafloque K, Vílchez M. Determinantes de la salud en adultos jóvenes del asentamiento humano Los Cedros, Nuevo Chimbote, 2014. In Cres. [Serie en internet].2015 [citada 2017 Junio 13]; 2(2): 194-207. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1015/795>

59. Domínguez, H. Determinantes de la salud en adultos con cáncer de pulmón, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, nuevo Chimbote, 2012, [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014
60. Ruiz J, Vílchez M. Estilo de vida y factores biosocioculturales en adultos jóvenes de Lomas de San Luis, Nuevo Chimbote, 2014. In Cres. [Serie en internet] 2016 [citada 2017 Junio 14]; 3(2): 96-104. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1424>
61. Benach J, Vives A, Amable M, Vanroelen C, Tarafa G, Muntaner G. Empleo precario: Entendiendo un emergente Determinante Social de la Salud. Annu Rev Public Health. [Serie en internet] 2014 [citada 2017 Junio 14]; 35(1): 229–53. Disponible en: <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-publhealth-032013-182500>
62. Vancea M, Utzet M. Cómo el desempleo y el empleo precario afectan la salud de los jóvenes: Un estudio de alcance sobre los determinantes sociales. Scandinavian Journal of Public Health. [Serie en internet].2016 [citada 2017 Junio 13]; 45(1):73-84. Disponible en: http://www.academia.edu/30089734/How_unemployment_and_precarious_employment_affect_the_health_of_young_people_A_scoping_study_on_social_determinants
63. Jayme M. La Identidad de Género. Revista de psicoterapia. 1999; 10 (40): 5-22.
64. Centro de Innovación en tecnología y Pedagogía. Glosario de los términos básicos de las Estadísticas en Salud. [internet]. [Citado el 14 de junio de 2017]. URL. Disponible en:

<http://campuscitep.rec.uba.ar/mod/glossary/view.php?id=11413&mode=letter&hook=N&sortkey=&sortorder>

65. Secretaria Nacional de la Juventud. Informe Nacional de las Juventudes en el Perú – 2015. Perú: Secretaria Nacional de la Juventud. Informe Nacional de las Juventudes en el Perú; 2015. Disponible en: http://juventud.gob.pe/media/publications/PublicacionSENAJU_2.pdf
66. Bembibre C. Definición De Ingresos. [Artículo en internet]. 2009 [Citado 2017 Jun. 14]. [2 pantallas]. Disponible en URL: <https://www.definicionabc.com/economia/ingresos.php>
67. Álvarez L. Definición y desarrollo del concepto de Ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local. [accedido 2017 Mayo. 04]. Disponible en: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/81/62>
68. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Oferta Laboral Juvenil en la Región Ancash. [libro en línea] Chimbote: Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo; 2014. [accedido 2017 Agosto 04]. Disponible en: http://www.trabajo.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/osel/2014/Ancash/ESTUDIO/ESTUDIO_012014_OSEL_ANCASH.pdf
69. Chavarry F, Tesen M. Nivel de Autocuidado en los Adultos Jóvenes Viviendo con VIH/SIDA Atendidos en el Programa de Tratamiento Antirretroviral de gran actividad del Hospital Referencial de Ferreñafe, Agosto - Noviembre, 2016 [Trabajo para optar el título de licenciatura en Enfermería] Pimentel: Universidad Señor de Sipan; 2017. [Citada 2017 Junio 14]; Disponible en:

<http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/3000/1/INFORME%20DE%20TESIS%20PDF.pdf>

70. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Clasificación Internacional Normalizada de la Educación. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2006.
71. Serkovic G. La remuneración mínima vital. El peruano; Perú: 2017, Febrero 15. [Acceso 27 de setiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.elperuano.pe/noticia-la-remuneracion-minima-vital-51149.aspx>
72. Carrillo M. La Flexibilización del contenido laboral de la Constitución. [En línea]. Lima: Sociedad Peruana de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social; 2001. [Accedido el 11 de setiembre 2017]. Disponible en: https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/dc3466804b4149d688bb89501dddbb53/CSJAP_D_ARTICULO_DOCTOR_JELIO_PAREDES_15052012.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=dc3466804b4149d688bb89501dddbb53
73. Loza J, Villarroel K. Evaluación de determinantes y estado de salud de la zona central de Vinto en gestión 2011. Rev Inv Sci. [Serie en internet] 2012 [accedido 2017 Junio 14]; 2(1): 5-23. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2313-02292012000100002&script=sci_arttext
74. Cayetano E, Vílchez M. Determinantes de la salud en los adultos jóvenes de la habilitación urbana progresista 1 de Agosto, Nuevo Chimbote, 2013. In Cres. [serie en internet]. 2013[citado 2017 Mayo 9]; 2(1): 92-106. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/842/505>

75. Silberman M, Moreno L, Kawas V, González E. Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Rev. Fac. Med. [Serie en internet] 2013 [citada 2017 Junio 14]; 56(4): 24-34. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400004
76. Instituto Nacional de Estadística e Informática, SEMINARIO: Censos 2000 de Población y Vivienda de los Países Andinos. Conceptos y Definiciones Básicas. Perú; 2000.
77. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una Vivienda Saludable que Viva mi Hogar. [Libro en línea]. Colombia: Organización Panamericana de la Salud; 2010. [Fecha de acceso 21 de junio de 2017]. URL disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/manual-educativo-nacional-vivienda-saludable.pdf>
78. Universidad de Guadalajara. Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia. [Libro en línea]. México: Universidad de Guadalajara; 2015. [Accedido el 11 de setiembre 2017]. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/CONDICIONES_SOCIALES_Y_CALIDAD_DE_VIDA_ADULTO_MAYOR.pdf
79. García L. En el Perú faltan 1,8 millones de viviendas. El Comercio; Perú: 2016, Marzo 04. [Acceso 27 de setiembre de 2017]. Disponible en: <http://elcomercio.pe/lima/peru-faltan-1-8-millones-viviendas-165624>
80. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Pobreza: Un glosario internacional. [Libro en línea]. Argentina: edición literaria a cargo de Paul

- Spicker; Sonia Álvarez Leguizamón; David Gordon; 2009. [Accedido el 11 de setiembre 2017]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/clacso/crop/glosario/glosario.pdf>
81. Chuqui J. Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes. Asentamiento Humano Villa España - Chimbote, 2014. [Trabajo para optar el título de licenciatura en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles Chimbote; 2014 [citada 2017 mayo 9]; Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000038155>
82. Beltrán J. Determinantes de la Salud en Adultos con Hipertensión Arterial. Asentamiento Humano Bello Horizonte -Lima, 2015. [Trabajo para optar el título de licenciatura en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles Chimbote; 2015 [citada 2017 mayo 9]; Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000042326>
83. Montenegro D, Vílchez M. Determinantes de la salud en adultos jóvenes, Asentamiento Humano El Mirador, Nuevo Chimbote, 2013. In Cres. [Serie en internet] 2013 [citada 2017 Junio 14]; 2(2): 139-151. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1011>
84. OMS: Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra: OMS; 2015. [Citado 14 jun. 2017]. Agua potable salubre y saneamiento básico en pro de la salud. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es/

85. OMS: Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra: OMS; 2015. [Citado 27 set. 2017]. Una guía para el desarrollo del saneamiento in situ. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/envsan/onsitesan/es/
86. Instituto nacional de Estadística e Informática. Condiciones de Vida en el Perú Abril–Mayo–Junio 2017. [En línea]. Perú: INEI; 2017. [Consulta 17 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-n03 -condiciones-de-vida-abr-may-jun2017.pdf>
87. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Definiciones y Conceptos Censales Básicos [Internet]. INEI; 2012. [Citado 27 setiembre 2017]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0862/anexo04.pdf>
88. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Evolución de la pobreza monetaria 2009-2015 [libro en línea]. Perú: INEI; 2016. [Accedido el 11 de setiembre 2017]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1347/libro.pdf
89. Sandoval P. Solo 4% de 8.468 toneladas diarias de basura se recicla en Lima. El Comercio; Perú: 2016, Febrero 13. [Acceso 27 de setiembre de 2017]. Disponible en: <http://elcomercio.pe/lima/4-8-468-toneladas-diarias-basura-recicla-lima-272561>
90. LR. Estudio señala serias limitaciones en el recojo de basura por los municipios. La Republica; Perú: 2016, Noviembre 19. (Acceso 27 de setiembre de 2017).

Disponible en: <http://larepublica.pe/sociedad/835236-estudio-senala-serias-limitaciones-en-el-recojo-de-basura-por-los-municipios>

91. Rivera S. Determinantes de la Salud en los Adultos. H.U.P. Las Brisas III Etapa - Nuevo Chimbote, 2013. [Trabajo para optar el título de licenciatura en Enfermería] Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2014. [Citada 2014 Junio 14]; Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000034809>
92. Acuña Y, Cortes R. Promoción de Estilos de Vida Saludable Área de Salud de Esparza. [trabajo para optar el título de Magister Scientiae en Gerencia en Salud].Costa Rica: Instituto Centroamericano de Administración Pública; 2012. [citada 2017 Agosto 28]; Disponible en: http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2012/acuna_castro_yessika_sa_2012.pdf
93. Corti I, Piscicella A. Autoconceptos y estilos de vida en adultos. [Trabajo para optar el título de licenciatura en Nutrición]. Argentina: Universidad FASTA; 2012 [citada 2014 Junio 14]; Disponible en: http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/258/2012_n_02_8.pdf?sequence=1
94. Lucena V. Consumo de Drogas, Percepción de Riesgo y Adicciones de sustancias en los Jóvenes de la Provincia de Córdoba. [trabajo para optar para optar al grado de Doctor]. Córdoba: Universidad de Córdoba; 2013. [citada 2017 Agosto 28]; Disponible en: <http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/10760/803.pdf?sequence=1>

95. Guerrero L, León A. Estilo de vida y salud. Educere. [Serie en internet] 2010 [citada 2017 Junio 14]; 14(1): 13-19; Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32226/1/articulo1.pdf>
96. OMS: Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra: OMS; 2015. [Citado 14 Agost. 2017]. Alcohol. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
97. Triviño S. Programa de Ejercicios Físicos y Recreativos para Mejorar la Calidad de Vida en el Adulto Mayor del Cantón Santa Elena. [Trabajo para optar el Grado de Magister en Cultura Física] Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2013. [Citado 2017 Julio 06] Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/968/1/PINOARGOTE%20VELOZ%20MANLHIO%205-2013.pdf>
98. Carrillo P, Ramírez J, Magaña K. Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. Rev. Fac. Med. (Méx.) [Serie en internet]. 2013 [citado 2017 Julio 06]; 56(4): 5-15. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400002
99. Nacional Institutes of Health. [Internet]. NIH; 2012. [Citado 14 Agost. 2017]. ¿Qué es la actividad física? [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/phys>
100. Javier C. El examen Médico Periódico del Adulto Asintomático. Rev Med Hondur. [Serie en internet] 2011 [citada 2017 Junio 14]; 79(2): 94-97; Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:VDWKbcOmcQIJ:ww>

w.bvs.hn/RMH/pdf/2011/pdf/Vol79-2-2011-11.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe

101. OMS: Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra: OMS; 2015. [Citado 14 jun. 2017]. Actividad física. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
102. Aguilar G. Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013. [trabajo para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. [Citado 2017 octubre 28]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3579/1/Aguilar_mg.pdf
103. Pedroncini Y. Estilos Parentales Percibidos en Adictos en Proceso de recuperación, y su relación con el Apoyo Social. [trabajo para optar licenciatura en Psicología]. Universidad Abierta Interamericana: Argentina; 2015. [citada 2017 Agosto 28]; Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC118528.pdf>
104. Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas. El Problema de las Drogas en el Perú 2016. CEDRO. [Libro en línea]. Lima: Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas; 2016. [Fecha de acceso 05 de julio de 2017]. URL disponible en: <http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/325/1/CEDRO.6318.Problema%20de%20las%20Drogas.2016.pdf>
105. Ministerio de Salud del Perú. Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. [Libro en línea]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2017 [fecha de

- acceso 05 de octubre de 2017]. URL disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
106. Contreras C. Sueño a lo largo de la Vida y sus Implicancias en Salud. *Rev. Med. Clin. Condes*. [Serie en internet]. 2013[citada 2017 Julio 06]. 24(3): 341-349. Disponible en:
https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/3%20mayo/1-Dra.Contreras.pdf
107. Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Comportamientos poco saludables relacionados con el sueño- 12 Estados, 2009. *MMWR*. [Serie en internet]. 2011. [citada 2017 Julio 06]. 60(8): 234-266. Disponible en:
<https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm6008.pdf>
108. Castro H. Determinantes de la Salud en los Adultos Jóvenes. Asentamiento Humano Nueva Esperanza – Nuevo Chimbote, 2013. [trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015. [citada 2017 octubre 29]; Disponible en:
<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000037213>
109. Bassett M, Giménez M, Romaguera D, Sammán N. Estado nutricional e ingesta alimentaria de poblaciones de regiones de altura del Noroeste Argentino. *Arch. latinoam. nutr.* [Serie en internet] 2013 [citada 2017 Octubre 04]; 63(2): 114-125. Disponible en: <http://search.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/lil-740231>
110. Belalcázar D, Tovar L. Determinantes Sociales de la Alimentación y Percepción de Alimentación Saludable en Familias de Estratos 4, 5 y 6 de la Localidad de Chapinero de Bogotá D.C. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. [Serie en internet] 2013

- [citada 2017 Junio 14]; 31(1): 40-47; Disponible en:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis706.pdf>
111. Callisaya L. Hábitos Alimentarios de riesgo Nutricional en Estudiantes de primer año de la carrera Ciencias de la Educación en la Universidad Mayor de San Andrés de la Ciudad de la Paz. [Tesis de grado]. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés; 2016. [citado 2017 octubre 28], disponible en:
<http://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/11157/CCLM.pdf?sequence=1>
112. Grijalva N. Relación del estado nutricional, consumo de alimentos y riesgo de trastorno alimentario en jóvenes modelos profesionales. [Trabajo para optar el título de licencia en nutrición]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar; 2014. [citado 2017 octubre 28], disponible en:
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/Grijalva-Nadia.pdf>
113. Ortiz K, Sandoval C. Índice de Masa Corporal y práctica de Estilos de Vida Saludable en Estudiantes del Servicio Nacional de Adiestramiento en Trabajo Industrial – La Esperanza, 2015. [Trabajo para optar el título de licenciado en enfermería]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015. [citado 2017 octubre 28], disponible en:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1686/1/RE_ENFER_INDICE-MASA-CORPORAL-ESTILO.VIDA.SALUDABLE_TESIS.pdf
114. Ríos A, Huamán J. Prevalencia de sobrepeso y obesidad según edad y género en adultos de Trujillo – Perú. Revista Médica de Trujillo. [Serie en internet] 2013 [citada 2017 Junio 14]; 9(1): [alrededor de 19 pantallas] Disponible en:
<http://www.revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/162/169>

115. RPP Noticias. La alimentación del adulto joven. RPP Noticias.
<http://rpp.pe/lima/actualidad/la-alimentacion-del-adulto-joven-noticia-383112>
(último acceso 11 Julio 2017).
116. Gonzales C. Determinantes de la salud en los Adultos Jóvenes del Casco Urbano Santa, 2013. [Trabajo para optar el título de licenciado en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015. [citado 2017 octubre 28], disponible en:
http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/153/GONZALES_RUIZ_%20CLAUDIA_JOHANA_DETERMINANTES_SALUD_DE_ADULTOS_JOVENES.pdf?sequence=1&isAllowed=y
117. Ramos L. Factores asociados al Nivel de Satisfacción sobre la Calidad de atención del Usuario Externo Centro de Salud de Picsi. [Trabajo para optar grado de maestra en Gerencia de Servicios de Salud]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2015. [citado 2017 octubre 28], disponible en:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2116/1/ramos_la.pdf
118. García D. Percepción y Expectativas de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud de los Usuarios del Centro de Salud Delicias Villa- chorrillos en el período febrero-mayo 2013. [Trabajo para optar el título de médico cirujano]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2013. [citado 2017 octubre 28], disponible en:
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/246/1/Garc%C3%ADa_dl.pdf
119. Acosta L, Burrone M, Lucchese M, Cometto C, Ciuffolini B, Didoni M, et al. Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. Enfermería Global [Serie en

- internet] 2011[citada 2017 Octubre 26]; 10 (1): 1-13. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834763014>
120. Campo C, Flórez S, Trochez M, Peña C. Barreras y Determinantes del Acceso en la Prestación de los Servicios de Salud para La Comunidad Afrocolombiana de Quilcace Cauca, 2012. [Trabajo para optar el título Trabajo para optar a título de especialista]. Colombia: Universidad EAN; 2012. [Citada 2017 Junio 14]. Disponible en:
<http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/2004/FlorezSofi2012.pdf?sequence=1>
121. Sifuentes O. Satisfacción del Usuario y Calidad del Cuidado de Enfermería en el Servicio de Cirugía Hospital Regional Docente de Trujillo [Trabajo para optar grado académico de maestra en salud pública]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2016. [Citada 2017 Octubre 14]. Disponible en:
<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/3180/Tesis%20Maestr%C3%ADa%20-%20OLGA%20GISSELLA%20SIFUENTES%20LE%20C3%93N.pdf?sequence=1>
122. Zamora S. Satisfacción de los usuarios externos acerca de la infraestructura y de la calidad de atención en la consulta del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de la Solidaridad de Comas agosto 2011 – febrero 2012. [Trabajo para optar grado académico en Magíster en Políticas y Planificación en Salud]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. [Citada 2017 Octubre 14]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4411/1/Zamora_cs.pdf

123. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud 2013.[libro en línea] Perú: Ministerio de Salud; 2013.[citado el 08 octubre 2017] Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>
124. Villegas M. El tiempo como amenaza a la relación médico-paciente. EEUU, 2014. [Artículo internet] [Citado 2017 Oct. 28] Disponible en: <http://blog.medicapanamericana.com/el-tiempo-como-amenaza-a-la-relacionmedico-paciente/>
125. Outomuro D, Mazza P, Hehn C. Salud y Calidad de Atención: Implicancias Bioéticas. [Internet]. Universidad Bs.As. [Citado 14 jun. 2017].Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:AVU0lAxgU-cJ:www.admisal.org/descargas/SALUD_Y_CALIDAD_DE_ATENCION.doc+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe
126. MINSA: Ministerio de Salud. [Internet]. Perú: MINSA; 2011. [Citado 14 jun. 2017]. Actividad física. [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/index.html
127. Ministerio de Salud. Boletín Estadístico del Seguro Integral de Salud Año 2016. [Libro en línea] Perú: Ministerio de Salud; 2017. [Fecha de acceso 14 de junio de 2017]. URL disponible en: http://www.sis.gob.pe/portal/estadisticas/archivos/boletines/ResumenEjecutivo_2016_01_AL_12.pdf
128. Vite L. Determinantes de la Salud del Adulto del Asentamiento Humano San Martín - Sechura, 2013. [Trabajo para optar el título de licenciado en enfermería] Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citada 2017 Junio 14]. Disponible en:

http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1654/ADULTO_DETERMINANTES_DE_LA_SALUD_VITE_MARQUEZ_LUZ_DEL_CARMEN.pdf?sequence=1&isAllowed=y

129. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Estudio sobre la Victimización de la Delincuencia Organizada y otros Delitos Graves en el Perú. [libro en línea] Perú: UNODC; 2011. [Citada 2017 Junio 14] Disponible en:

https://www.unodc.org/documents/peruandecuador//Publicaciones/Victimizacion_Resumen_2011.pdf

130. Organización de los Estados Americanos (OEA). Definición y Categorización de Pandillas. [Libro en línea]. Washington DC: Organización de los Estados Americanos (OEA); 2007. [Fecha de acceso 14 de junio de 2017]. URL disponible en:

<https://www.oas.org/dsp/documentos/pandillas/informe.definicion.pandillas.pdf>

131. Yépez N. El Sicariato Juvenil. [Trabajo para optar el título de Abogado] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015. [Citada 2017 Octubre 26]. Disponible en:

http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1821/1/RE_DERECHO_EL_SICARIATO_JUVENIL_TESIS.pdf

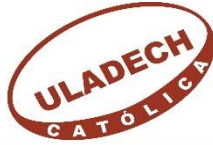
132. Astorga J. Responsabilidad del Estado Frente a la Victimización de la Sociedad por el Incremento de la Delincuencia e Inseguridad Ciudadana [Trabajo para optar el grado académico de doctor en Derecho] Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2014. [Citada 2017 Octubre 27]. Disponible en:

<http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/295/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

133. Flores A, Vílchez M. Determinantes de la salud en los adultos jóvenes asentamiento humano Laderas Los Jardines, Chimbote, 2013. In Cres. [Serie en internet] 2015 [citada 2017 Junio 14]; 2(2): 152-166; Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1012>
134. Méndez N. Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío Chua Alto Sector “T” Huaraz, 2013. [Trabajo para optar el título de licenciatura en Enfermería] Huaraz: Universidad católica los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citada 2017 Junio 14] Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000035467>
135. Ayala J. Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Chua Bajo Sector “S” Huaraz, 2013. [Trabajo para optar el título de licenciado en enfermería] Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015. [Citada 2017 Octubre 23]. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000035464>
136. Orcasita L, Uribe A. La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia. Avances de la disciplina* [Internet]. 2010[citada 2017 Junio 14]; 4(2):69-82. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224090010>
137. Clemente M. Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. *Revisión bibliográfica. Interdisciplinaria*. [Serie en internet] 2013 [citada 2017 Junio 14]; 20(1): 31-60; Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/180/18020103.pdf>

138. Alva A. Nivel de apoyo social percibido en la familia por la adolescente embarazada usuaria de un Hospital General de Lima Metropolitana 2015. [Trabajo para optar el título de licenciatura en Enfermería] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. [Citada 2017 octubre 26]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4939/3/Alva_sa.pdf
139. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social: programas sociales beneficiaron a casi 5 millones de peruanos el 2015. Gestión, Perú: 2016 enero 02. Sección política. (Acceso 11 de julio de 2017). Disponible en: <http://gestion.pe/politica/midis-programas-sociales-beneficiaron-casi-5-millones-peruanos-2015-2151966>
140. Choy M. Cuando llegar a ser adulto mayor se convierte en un desafío en el Perú. La Republica, Perú: 2015, Octubre 11. (Acceso 11 de julio de 2017). Disponible en: <http://larepublica.pe/impresamundo/709579-cuando-llegar-ser-adulto-mayor-se-convierte-en-un-desafio-en-el-peru>

ANEXO N° 01



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN
ADULTOS JOVENES. PUEBLO JOVEN LA UNION - CHIMBOTE, 2016

Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

1. Sexo: Masculino () Femenino ()

2. Edad:

- Adulto Joven (18 años a 29 años 11 meses 29 días) ()
- Adulto Maduro (De 30 a 59 años 11 meses 29 días) ()
- Adulto Mayor (60 a más años) ()

3. Grado de instrucción:

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

4. Ingreso económico familiar en nuevos soles

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

5. Ocupación del jefe de familia:

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

6. Vivienda

6.1. Tipo:

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

6.2. Tenencia:

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

6.3. Material del piso:

- Tierra ()
- Entablado ()

▪ Loseta, vinílicos o sin vinílicos ()

▪ Láminas asfálticas ()

▪ Parquet ()

6.4. Material del techo:

▪ Madera, estera ()

▪ Adobe ()

▪ Estera y adobe ()

▪ Material noble ladrillo y cemento ()

▪ Eternit ()

6.5. Material de las paredes:

▪ Madera, estera ()

▪ Adobe ()

▪ Estera y adobe ()

▪ Material noble ladrillo y cemento ()

6.6. Cuantos personas duermen en una habitación

▪ 4 a más miembros ()

▪ 2 a 3 miembros ()

▪ Independiente ()

7. Abastecimiento de agua:

▪ Acequia ()

▪ Cisterna ()

▪ Pozo ()

▪ Red pública ()

▪ Conexión domiciliaria ()

8. Eliminación de excretas:

▪ Aire libre ()

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

9. Combustible para cocinar:

- Eléctrico ()
- Kerosene ()
- Vela ()
- Otro ()

10. Energía eléctrica:

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

11. Disposición de basura:

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

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

- Diariamente ()
- Todas las semana pero no diariamente ()

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

17. Con que frecuencia se baña?

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

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

Si () NO ()

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

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

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

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

21. DIETA:

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

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

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

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

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

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

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

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

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

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

27. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

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

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

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

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

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si () No ()

Muchas gracias, por su colaboración

ANEXO 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 adultos.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Donde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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 el adulto en el Perú.

ANEXO N° 03

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

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	Experto 10					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000

6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
21	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000

34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
35	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
38	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
Coefficiente de validez del instrumento															0,998



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTOS DE 18 A MÁS AÑOS
EN EL 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:								
P3.1								
Comentario:								
P3.2								
Comentario:								
P4								
Comentario:								
P5								
Comentario:								
P6								

P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									

P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentario:									
P18									
Comentario:									
P19									

Comentario:									
P20									
Comentario:									
P21									
Comentario:									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario									
P25									
Comentario									
P26									
Comentario									
P27									
Comentario									
P28									
Comentario									
6 DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIA									
P29									
Comentario									
P30									
Comentario									

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

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

Gracias por su colaboración

ANEXO N° 04



UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS ADULTOS JOVENES. PUEBLO

JOVEN LA UNION -CHIMBOTE, 2016

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

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

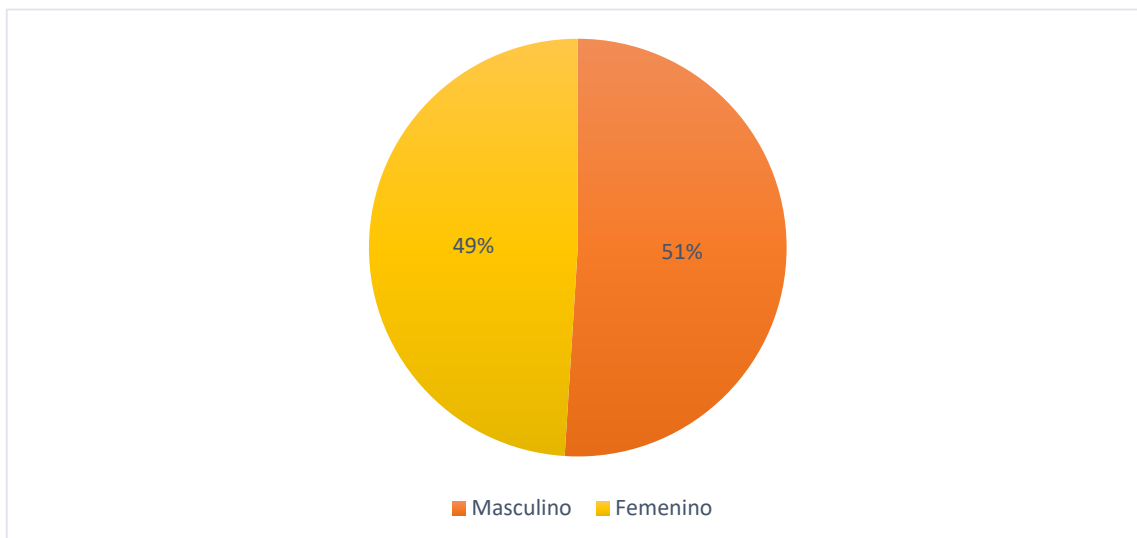
.....

FIRMA

DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

GRÁFICO N°01

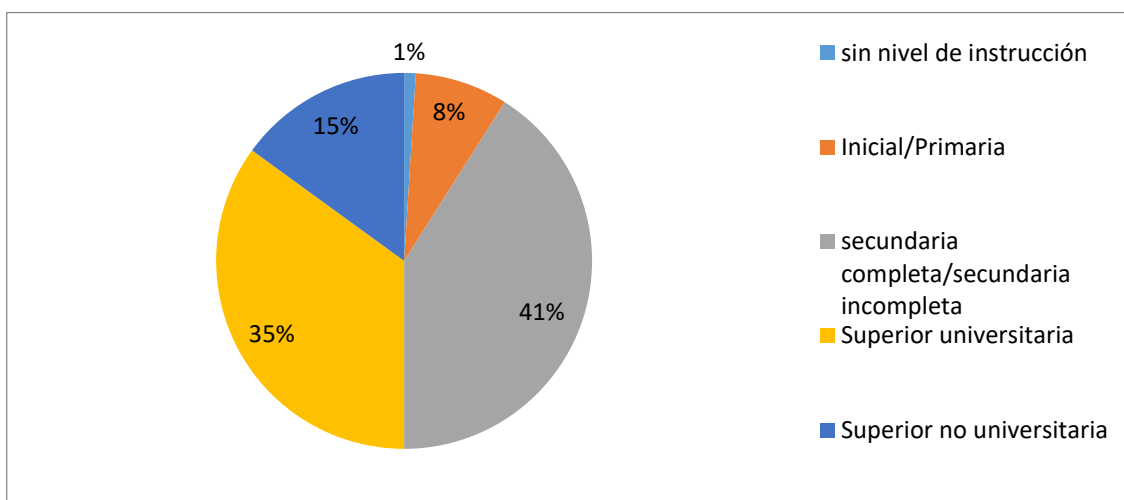
GRÁFICO SEGÚN SEXO DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 02

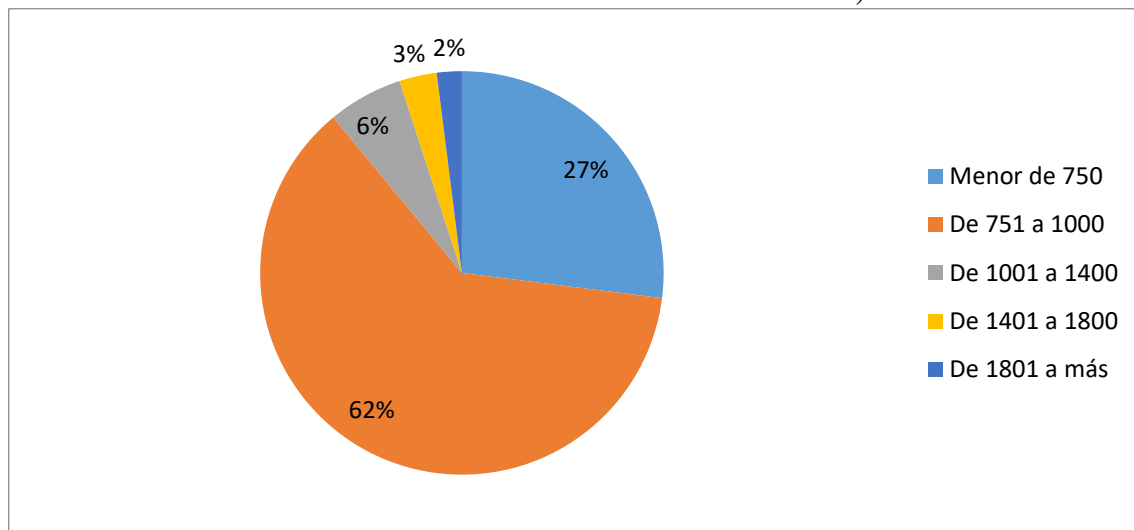
GRÁFICO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 03

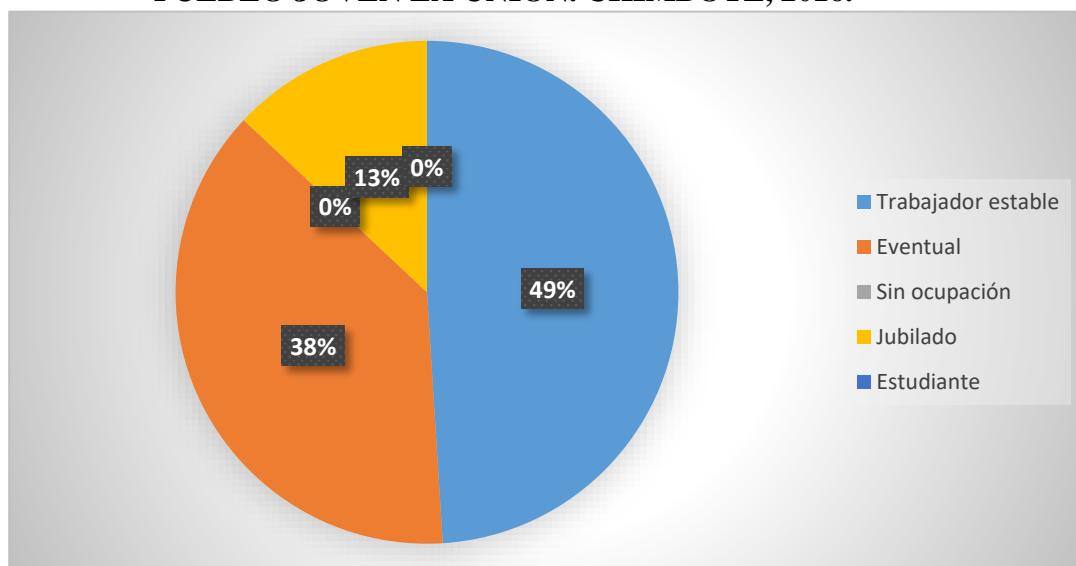
GRÁFICO SEGÚN INGRESO ECONOMICO DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 04

GRÁFICO SEGÚN OCUPACION DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.

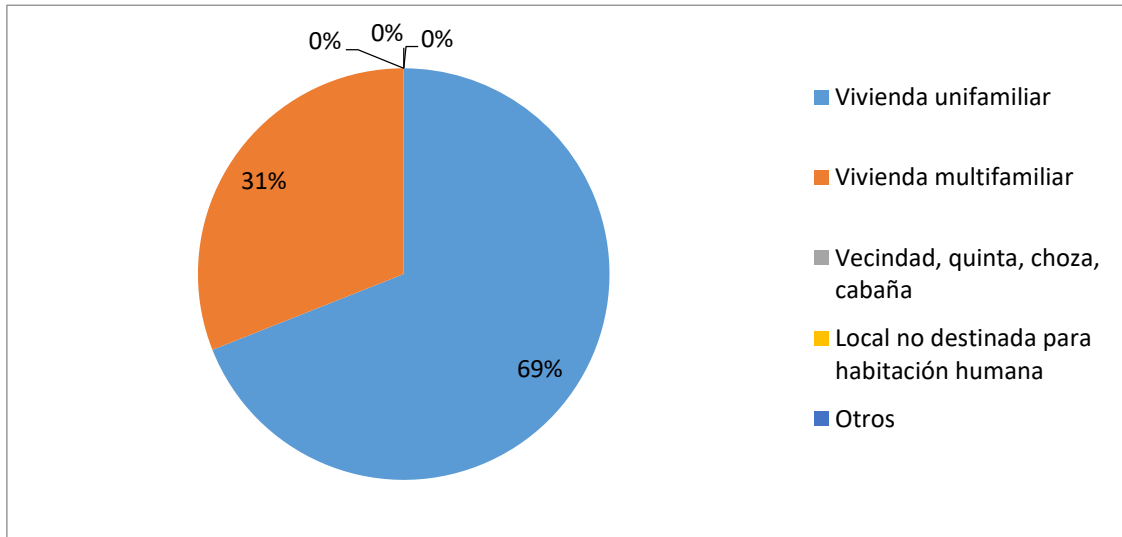


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRÁFICO N° 05

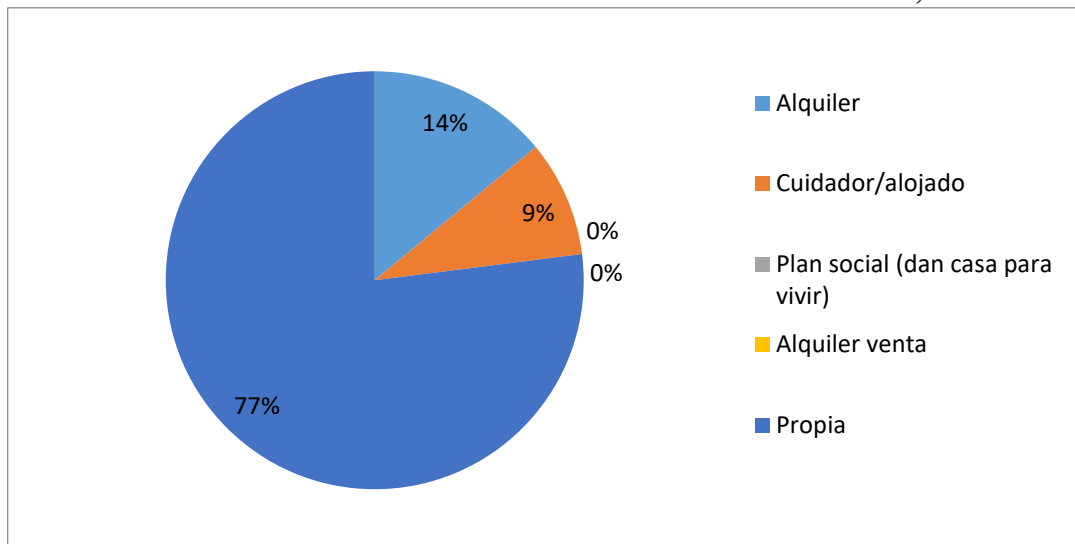
GRÁFICO SEGÚN TIPO DE VIVIENDA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 06

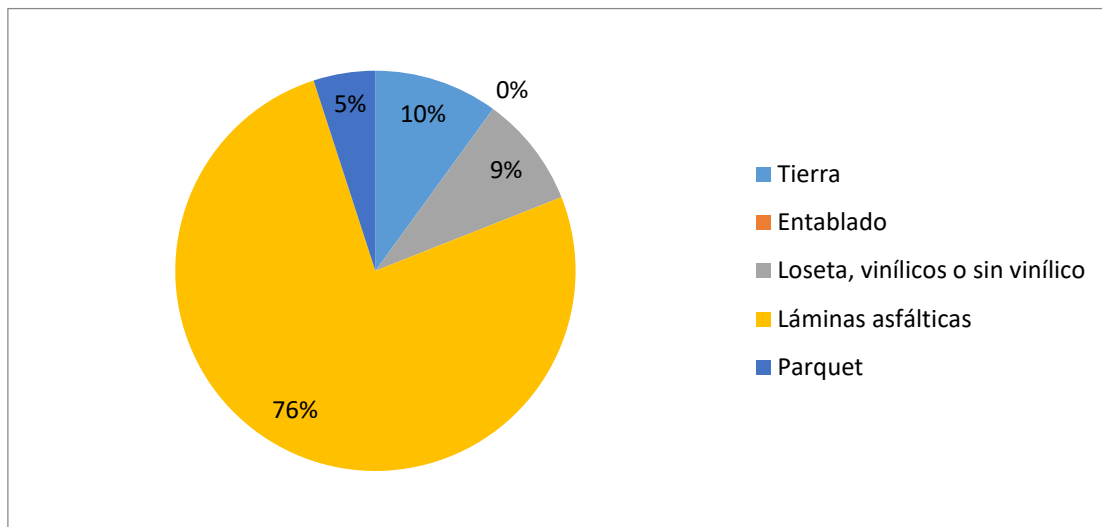
GRÁFICO SEGÚN TENENCIA DE VIVIENDA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 07

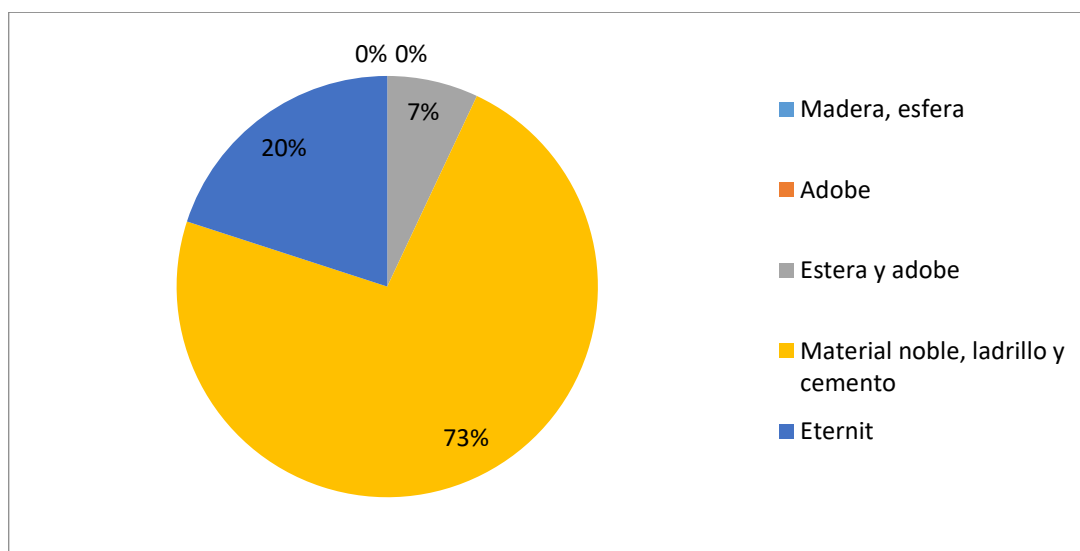
GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 08

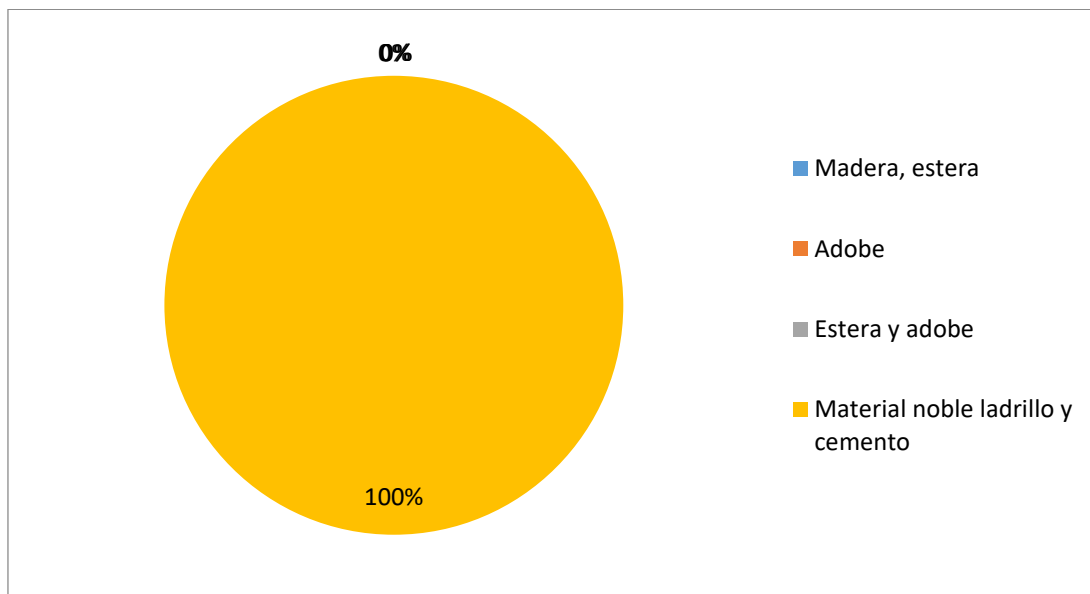
GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 09

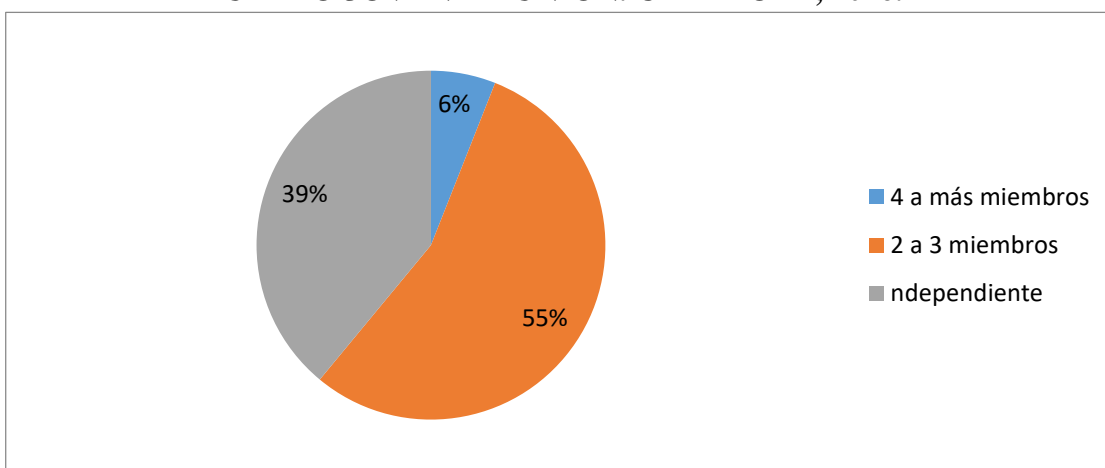
GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 10

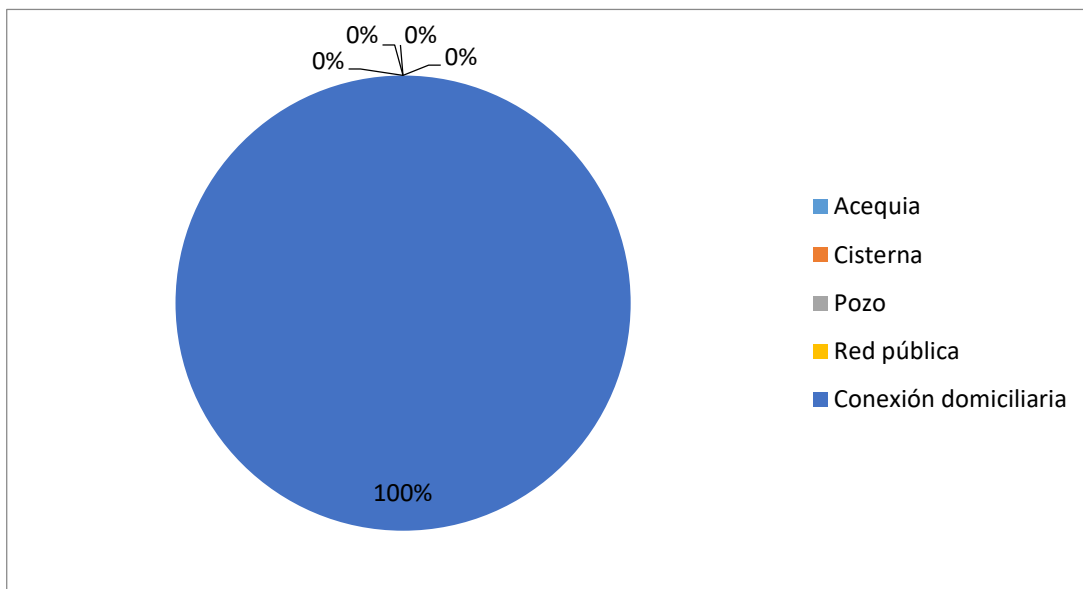
GRÁFICO SEGÚN EL NUMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACION DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 11

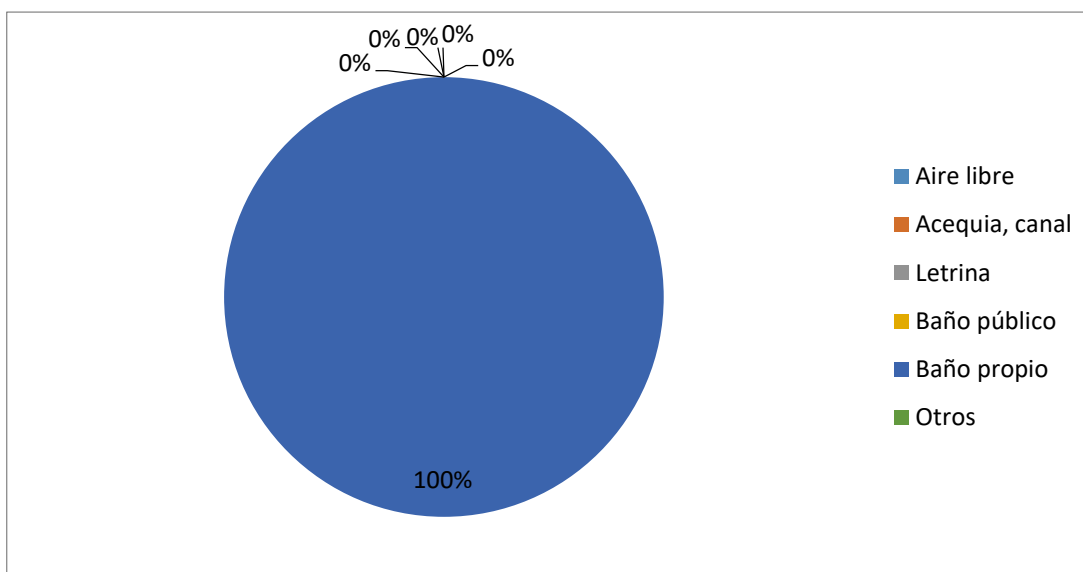
GRÁFICO SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO: N° 12

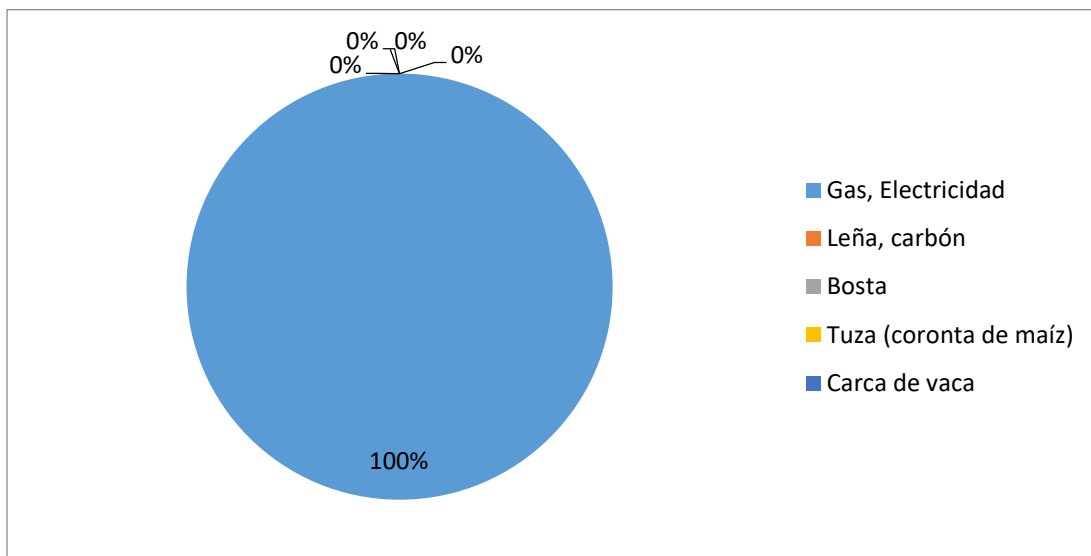
GRÁFICO SEGÚN ELIMINACION DE EXCRETAS EN LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 13

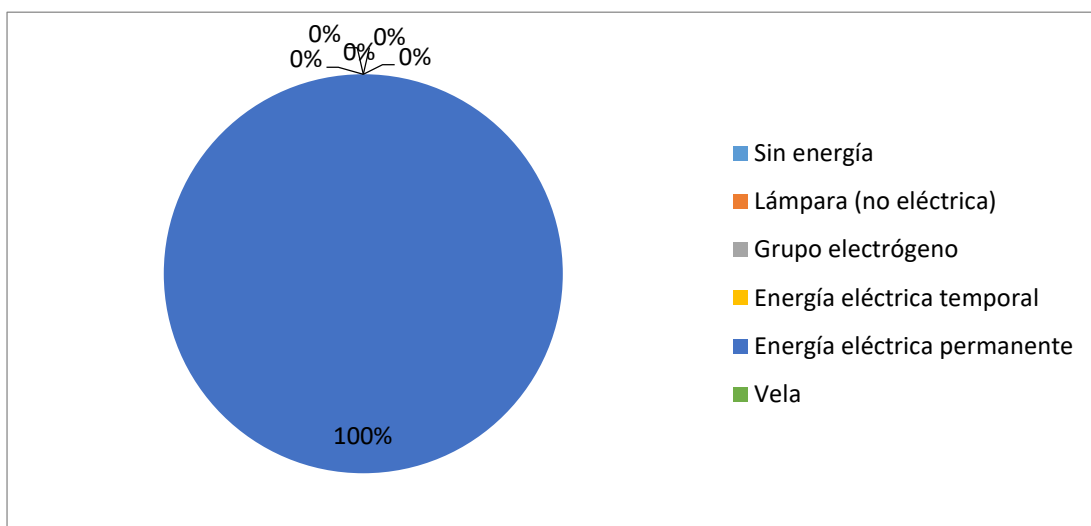
GRÁFICO SEGÚN COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 14

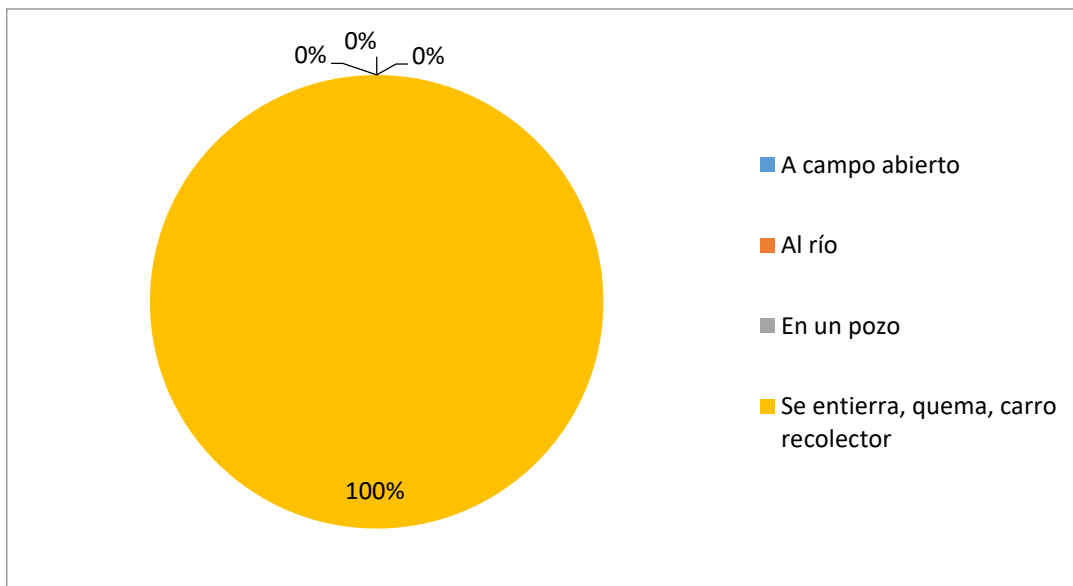
GRÁFICO SEGÚN ENERGIA ELECTRICA QUE UTILIZAN EN LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 15

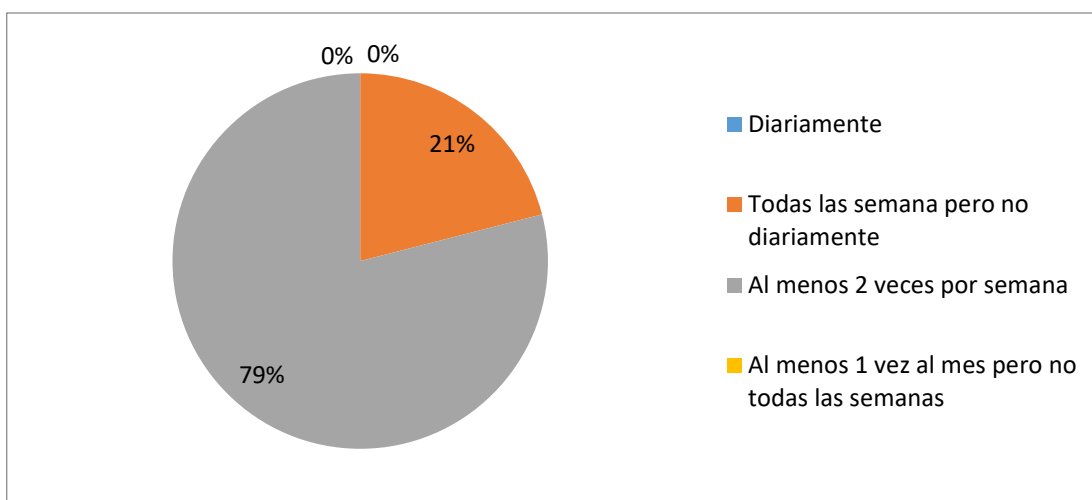
GRÁFICO SEGÚN DISPOSICION DE LA BASURA EN LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 16

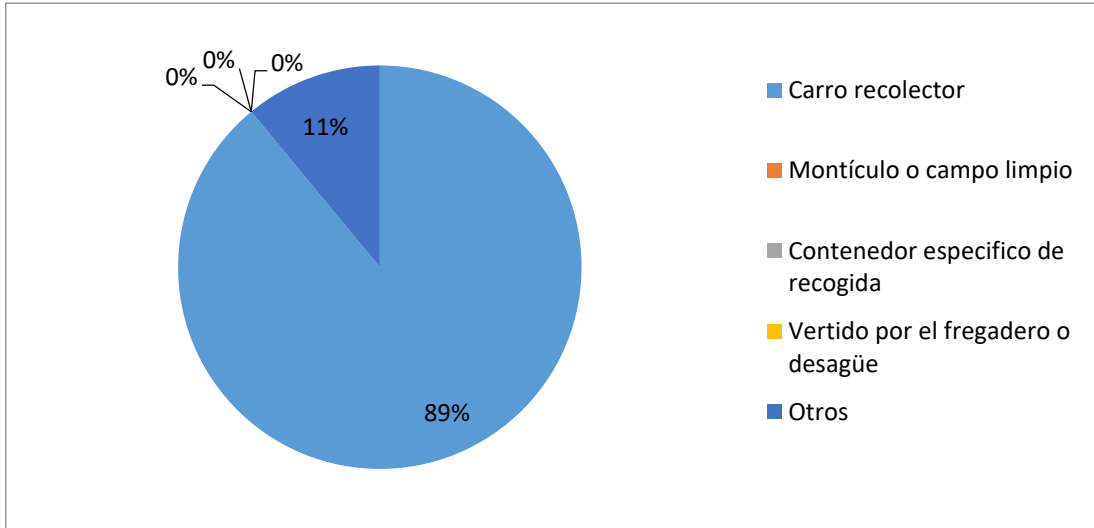
GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 17

GRÁFICO SEGÚN DONDE SUELEN ELIMINAR SU BASURA DE LA VIVIENDA LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.

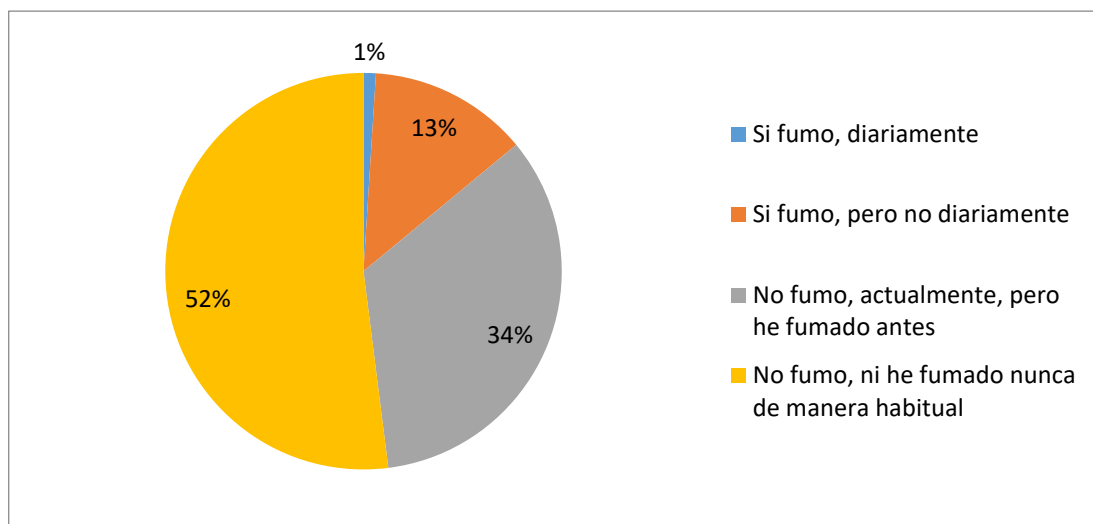


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRÁFICO N° 18

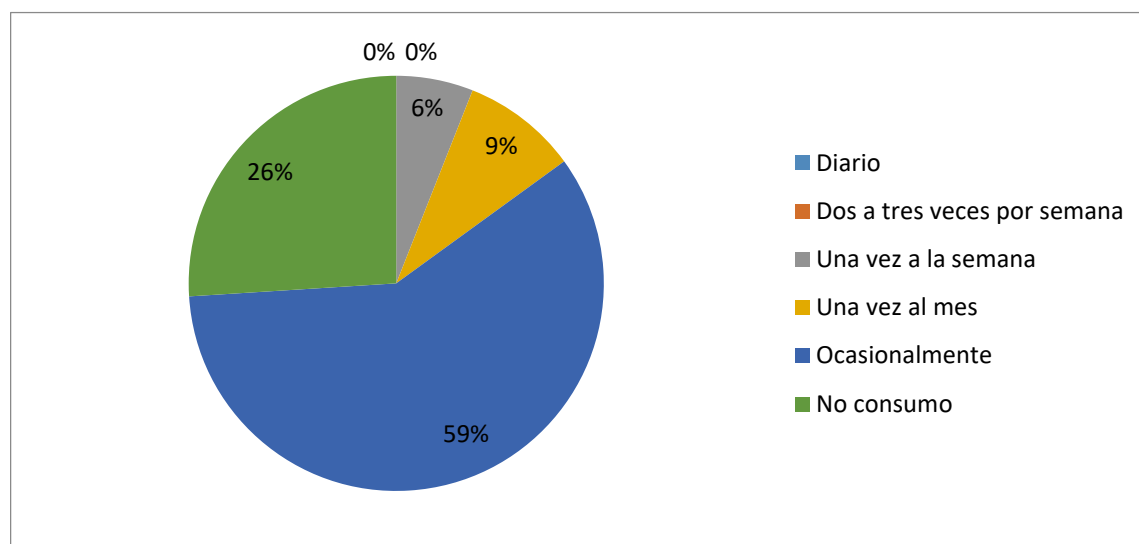
GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON LA QUE FUMAN LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 19

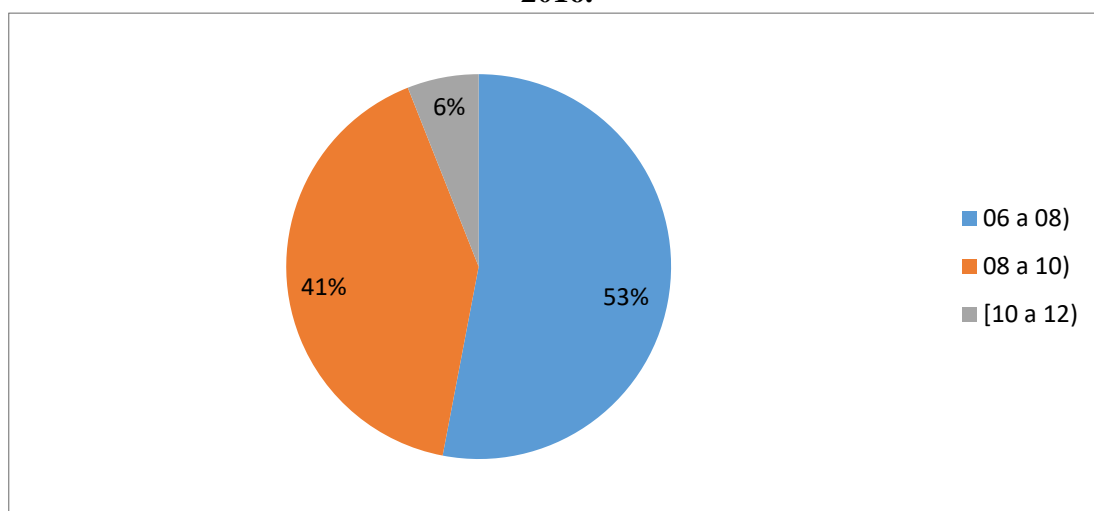
GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRAFICO N° 20

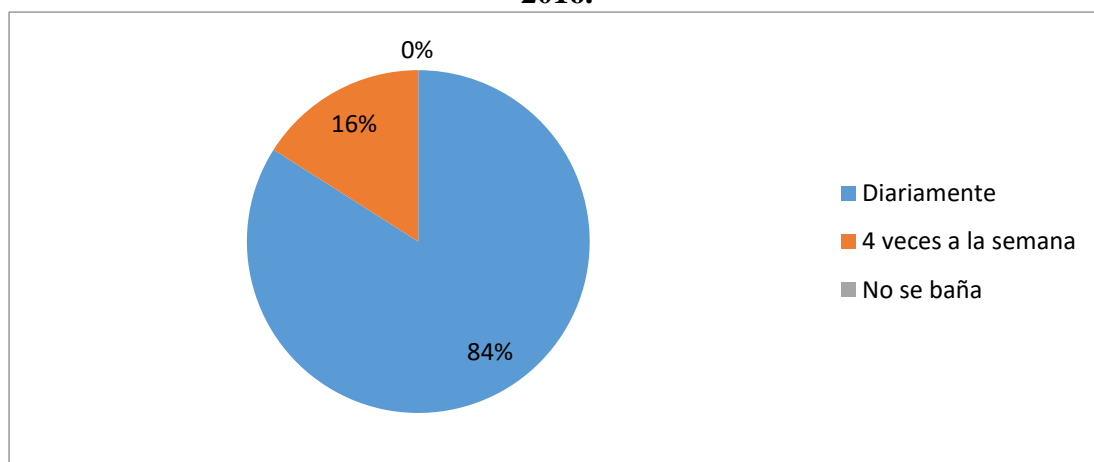
**GRÁFICO SEGÚN NUMERO DE HORAS QUE DUERMEN
LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE,
2016.**



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 21

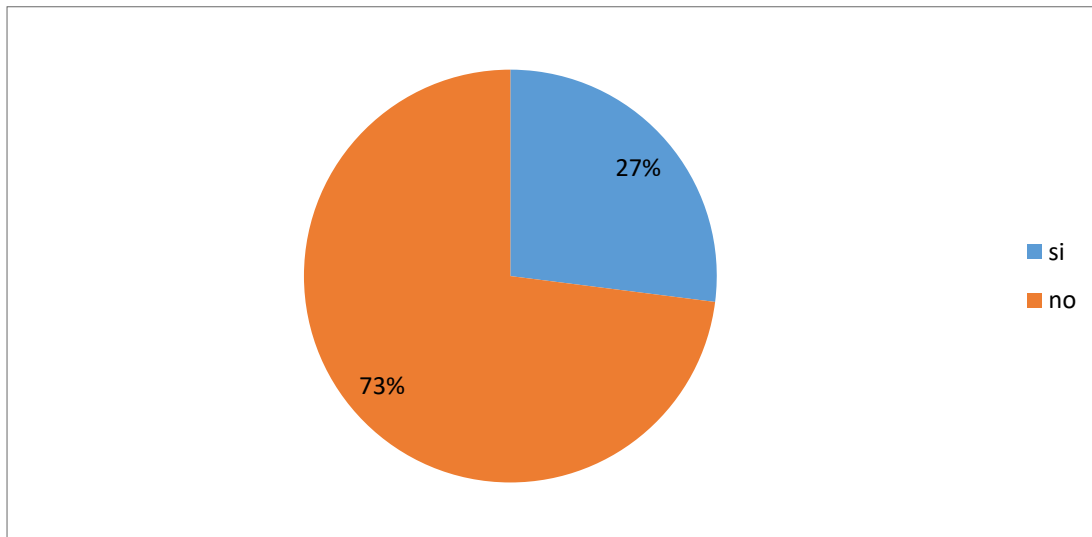
**GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUE SE BAÑAN
LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE,
2016.**



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 22

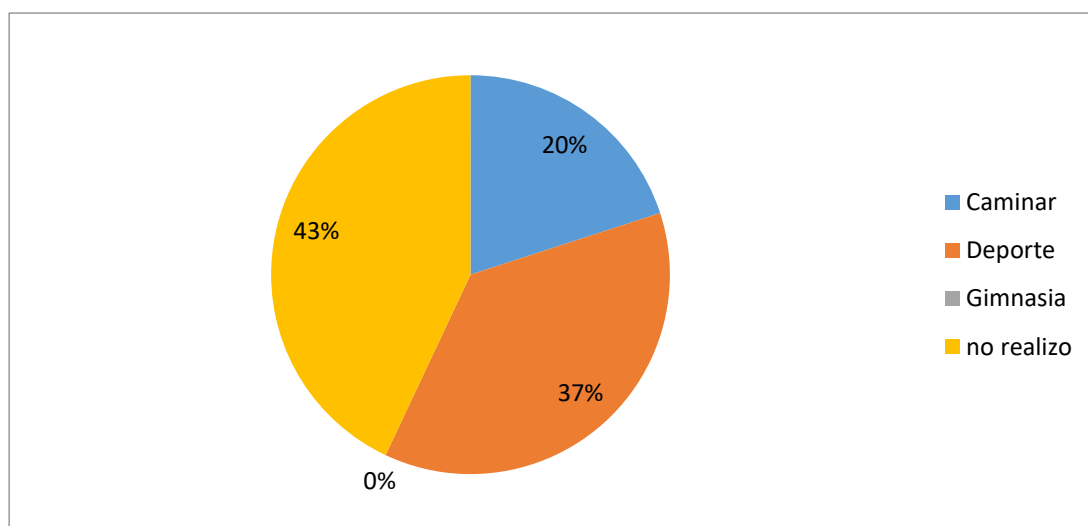
GRÁFICO SEGÚN SI SE REALIZAN ALGÚN EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO, LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 23

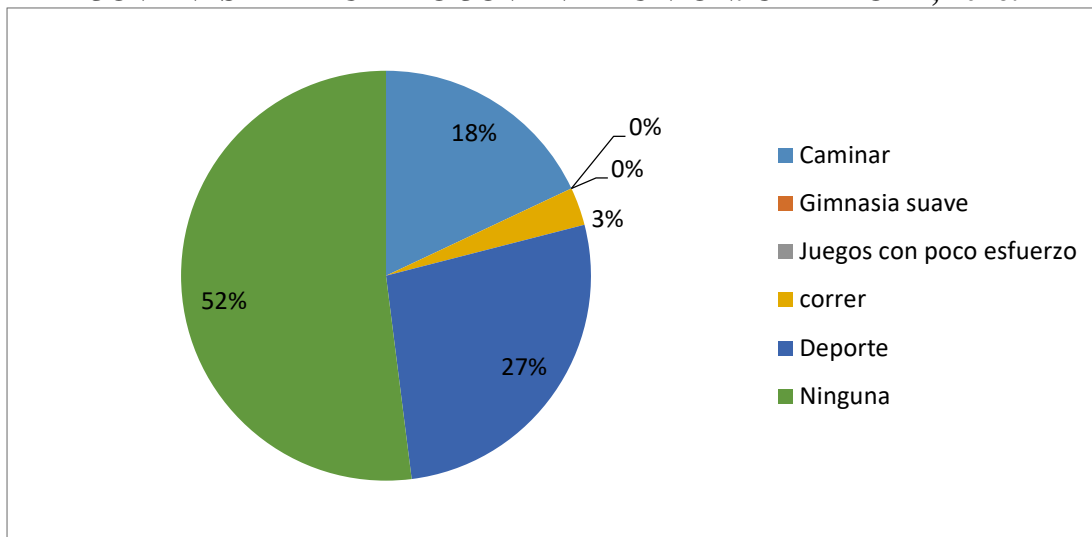
GRÁFICO SEGÚN LA ACTIVIDAD FISICA QUE REALIZAN EN SU TIEMPO LIBRE, LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 24

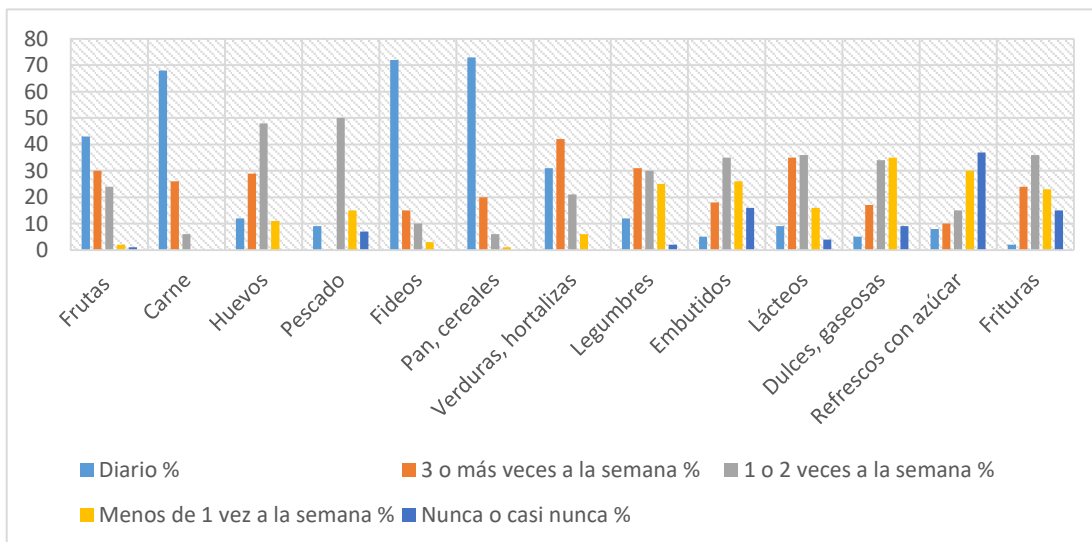
GRÁFICO SEGÚN EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDAD FISICA REALIZO DURANTE MAS DE 20 MINUTOS, EN LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 25

GRÁFICO SEGÚN ALIMENTOS QUE CONSUMEN LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.

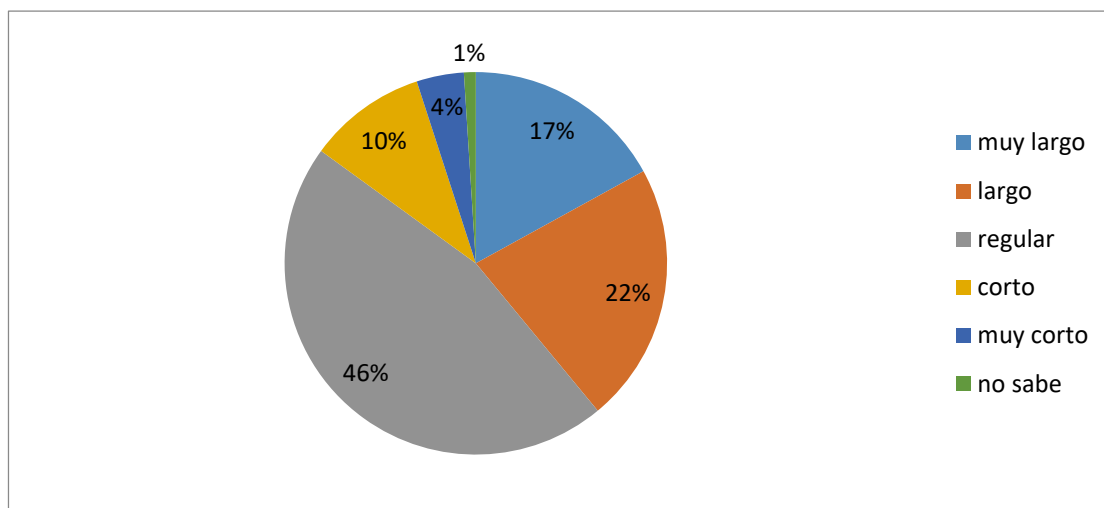


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRÁFICO N° 26

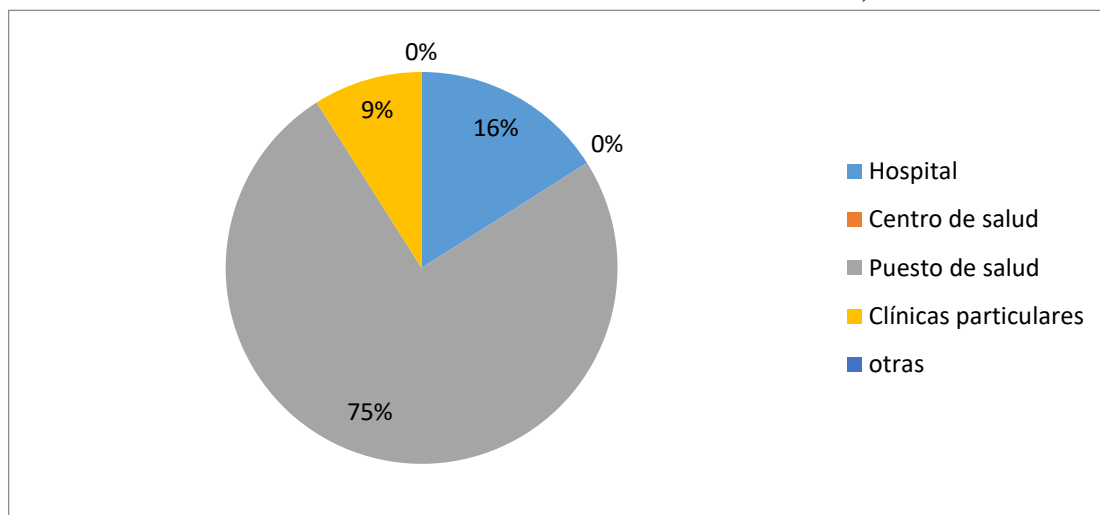
GRÁFICO SEGÚN EL TIEMPO DE ESPERA PARA QUE LO ATIENDAN EN LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 27

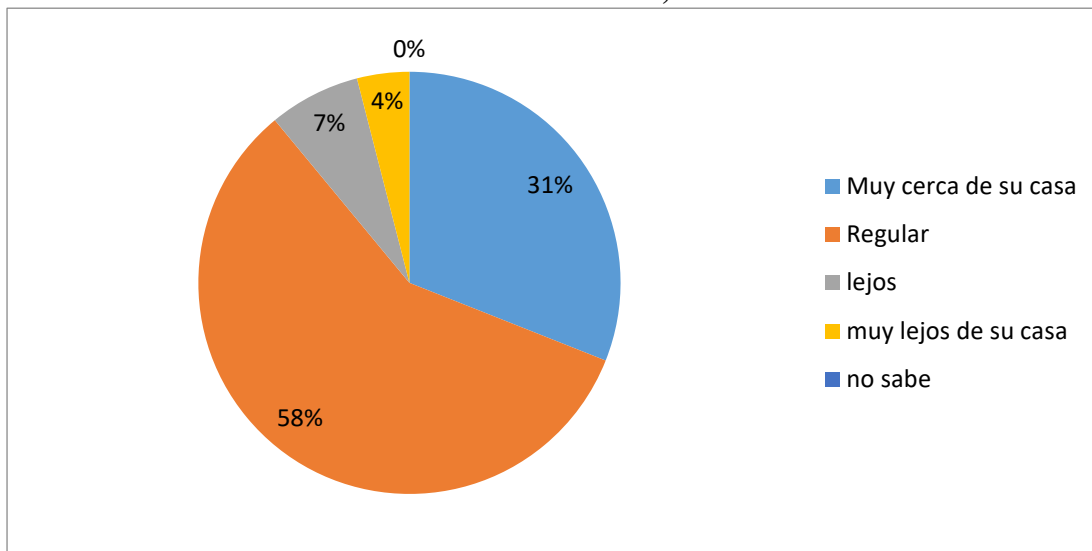
GRÁFICO SEGÚN LA INSTITUCION DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIO EN ESTOS 12 ULTIMOS MESES EN LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 28

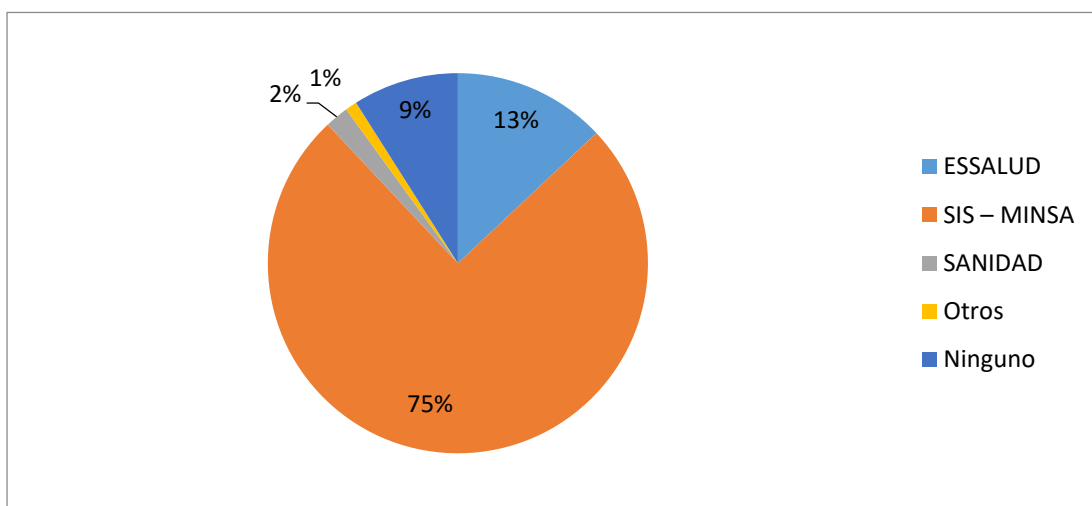
GRÁFICO SEGÚN LA DISTANCIA DE SU CASA A EL LUGAR DONDE LO ATENDIERON EN LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 29

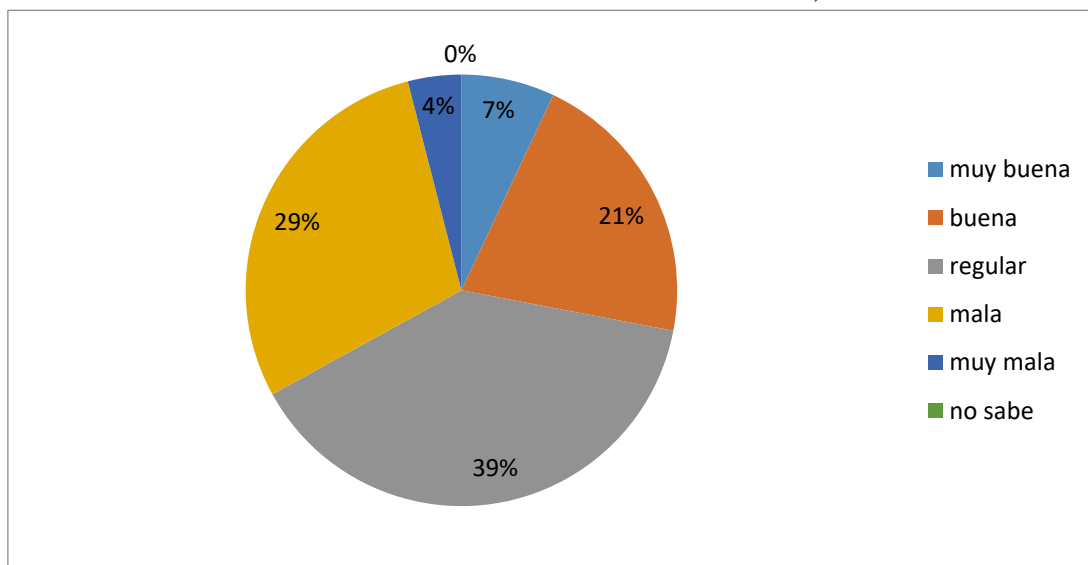
GRÁFICO SEGÚN TIPO DE SEGURO QUE TIENEN EN LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 30

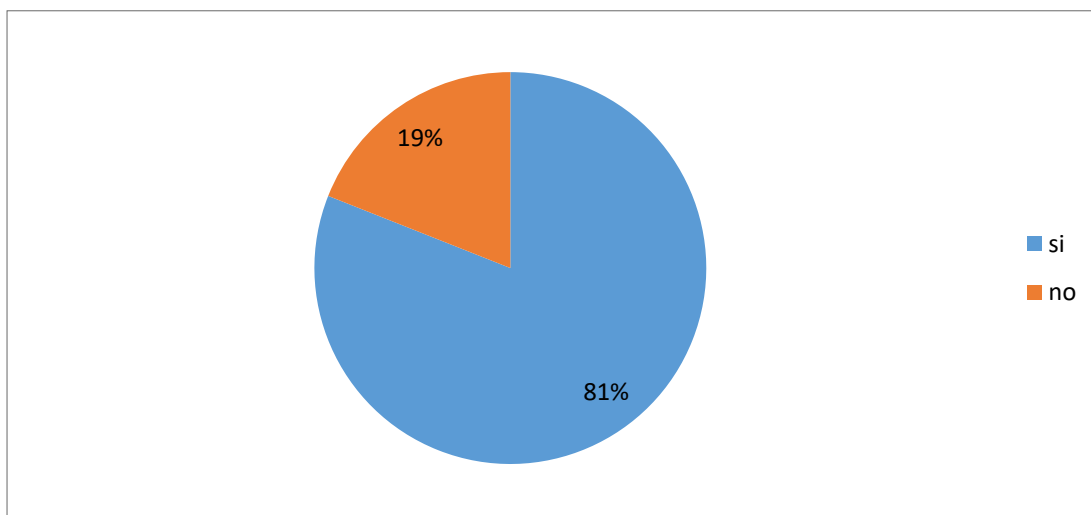
GRÁFICO SEGÚN CALIDAD DE ATENCION QUE RECIBIO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 31

GRÁFICO SEGÚN EXISTE PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.

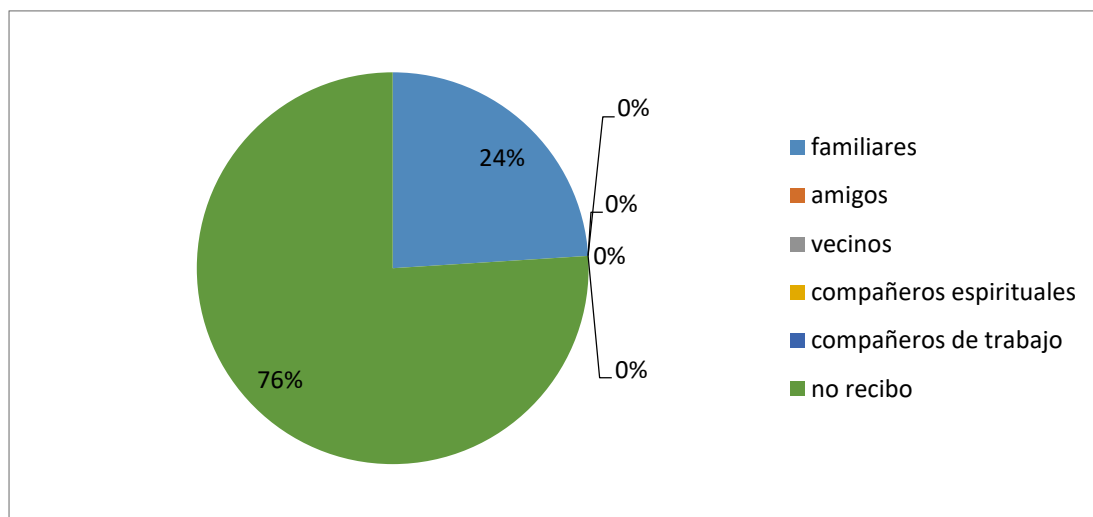


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO

GRÁFICO N° 32

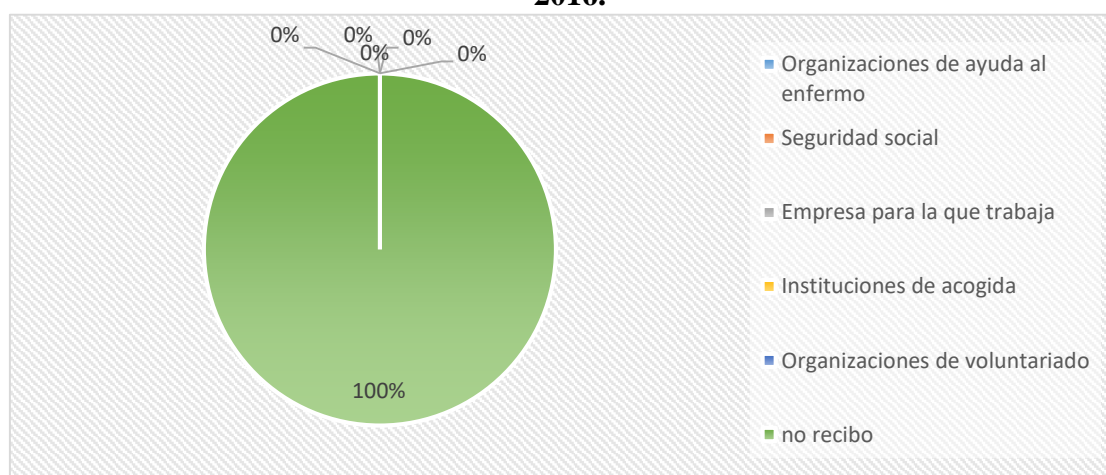
GRÁFICO SEGÚN RECIBEN ALGÚN APOYO SOCIAL NATURAL DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 33

GRÁFICO SEGÚN RECIBEN ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.

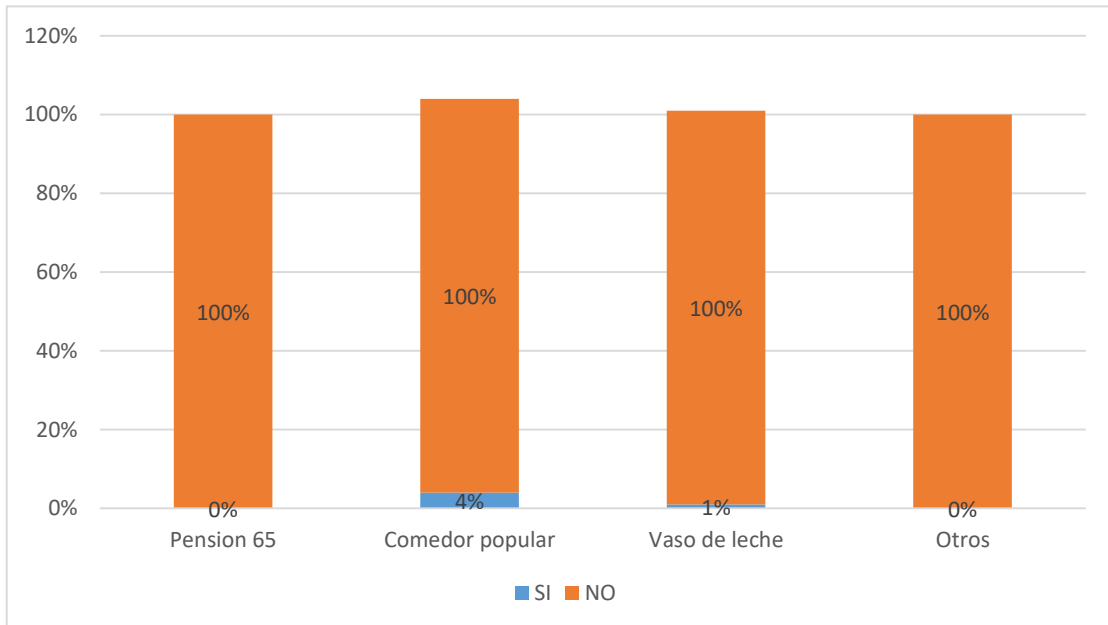


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN

GRÁFICO N° 34

GRÁFICO SEGÚN RECIBEN APOYO SOCIAL DE LAS ORGANIZACIONES DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN LA UNION. CHIMBOTE, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos jóvenes elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes, aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.