



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS
MADUROS. PUEBLO JOVEN LA UNION - CHIMBOTE,
2016**

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

AUTORA:

SHEYLA YURICO VALENCIA AVILA

ASESORA:

DRA. MARÍA ADRIANA VÍLCHEZ REYES

CHIMBOTE – PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR

Dra. María Elena Urquiaga Alva

PRESIDENTA

Mgtr. Ledda María Guillén Salazar

MIEMBRO

Mgtr. Fanny Rocío Ñique Tapia

MIEMBRO

DEDICATORIA

A Dios por brindarme día a día fuerza para seguir adelante, levantando en cada caída ayudándome indirectamente a través de mis familiares y amistades que han estado conmigo en todo momento en los buenos y malos momentos.

A mis queridos padres y mis hermanos que durante todo este tiempo académico me han apoyado incondicionalmente en la culminación de mi carrera profesional que me servirá para mi futuro, viendo día a día su esfuerzo, su amor y dedicación.

A mis queridas docentes que con amor y dedicación han contribuido en mi formación académica, brindándome siempre su apoyo y su amistad, enseñando siempre a seguir adelante ante cualquier obstáculo.

AGRADECIMIENTO

A Dios por su inmenso amor y misericordia, quien siempre nos brinda una mano ante cualquier dificultad, nos brinda una segunda oportunidad y quien nunca nos abandona.

A mi familia que siempre estuvieron a mi lado, viendo su esfuerzo y viendo mi esfuerzo que ponía en mis estudios, quienes nunca me dieron la espalda y siempre estuvieron junto a mí motivándome y dando fuerza para seguir.

Amigos y docente por brindarme siempre su paciencia amor y cariño, y quienes siempre estuvieron motivándome y ayudándome en mi formación académica, dándonos siempre la mano como una familia.

RESÚMEN

El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud en los adultos maduros del Pueblo Joven La Unión. La muestra estuvo constituida por 100 adultos maduros, 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 el análisis de los datos se construyó tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos. Obteniéndose los siguientes resultados y conclusiones: En los determinantes biosocioeconomicos la mayoría son de sexo femenino, secundaria completa/secundaria incompleta; menos de la mitad tiene ingreso económico de 751 a 1000 soles, ocupación trabajador eventual. La totalidad cuentan con servicios básicos, cocinan con gas y electricidad; casi la totalidad tiene paredes de ladrillos y cemento; la mayoría tiene vivienda unifamiliar, habitación independiente, el carro recolector pasa 2 veces por semana, solo eliminan su basura en el carro recolector, más de la mitad tiene techo de ladrillo y cemento. En los determinantes de los estilos de vida casi la totalidad duerme de 6 a 8 horas, consumen a diario fideo; la mayoría no fuma, ocasionalmente consume bebidas alcohólicas, no realiza actividad física; menos de la mitad no se realiza examen médico periódico. En los determinantes de redes sociales y comunitarias la totalidad no recibe apoyo social de organizaciones; la mitad tiene tipo de seguro SIS.

Palabras clave: Adulto maduro, determinantes de la salud.

ABSTRACT

The present work of investigation of quantitative type, descriptive with design of a single box. It aimed to describe the determinants of health in mature adults of the Young People Union. The sample consisted of 100 mature adults, to whom an instrument was applied: a questionnaire on the determinants of health, using the technique of interview and observation. Data were processed in PASW Statistics software version 18.0. For the analysis of the data, absolute and relative percentage distribution tables were constructed. As well as their respective statistical graphs. Obtaining the following results and conclusions: In the biosocioeconomic determinants, the majority are females, complete secondary/ incomplete secondary; Less than half have economic income of 751 to 1000 soles, temporary worker occupation. All have basic services, cook with gas and electricity; Almost all have walls of bricks and cement; Most have single-family dwelling, separate room, the collector truck passes 2 times a week, they only remove their garbage in the collector car, more than half have a brick roof and cement. In determinants of lifestyles almost all sleep from 6 to 8 hours, consume daily noodles; Most do not smoke, occasionally consume alcoholic beverages, do not perform physical activity; Less than half no regular medical examination. In the determinants of social and community networks, the totality does not receive social support from organizations; half have SIS insurance.

Keywords: Mature adult, determinants of health.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESÚMEN	v
ABSTRAC	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	
2.1 Antecedentes.....	13
2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación.....	16
III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y diseño de la investigación.....	25
3.2 Población y muestra.....	25
3.3 Definición y operacionalización de variables.....	26
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	36
3.5 Plan de análisis.....	39
3.6 Matriz de consistencia.....	40
3.7 Principios éticos.....	42
VI. RESULTADOS	
4.1 Resultados.....	43
4.2 Análisis de Resultados.....	52
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones.....	88
5.2 Recomendaciones.....	89
REFERENCIAS	
BIBLIOGRÁFICAS	90
ANEXOS	118

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016.....	43
Tabla 2: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016.....	44
Tabla 3: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016.....	47
Tabla 4: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016.....	49
Tabla 5: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL EN LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016.	50
Tabla 6: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBE APOYO EN LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016.....	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico de tabla 1: DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016.	136
Gráfico de tabla 2: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016.	138
Gráfico de tabla 3: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016.	144
Gráfico de tabla 4: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016.	148
Gráfico de tabla 5: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL EN LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016.	151
Gráfico de tabla 6: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBE APOYO EN LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016.	152

I. INTRODUCCIÓN:

La salud a nivel mundial se ha convertido en una preocupación para todos, según los últimos datos, siguen existiendo importantes retos en términos de reducción de la mortalidad materna e infantil, la mejora de la nutrición y el logro de un mayor progreso en la lucha contra las enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria, las enfermedades tropicales desatendidas y la hepatitis. Así como en el abordaje de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo como el consumo de tabaco y alcohol, problemas de salud mental, los accidentes de tránsito, y los problemas de salud ambiental. Estos retos siguen siendo afectados por los sistemas de salud débiles que vienen siendo un obstáculo importante en muchos países, lo que resulta en grandes deficiencias de cobertura universal en salud incluso para los servicios más básicos de salud y la preparación inadecuada para emergencias de salud (1).

La situación de salud mundial según el informe sobre el marco mundial de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), muestra que el 10% de los trabajadores del mundo y sus familias vivían con menos de 1,90 dólares por persona por día. Aunque la proporción de la población que sufre de hambre disminuyó a nivel mundial del 15% al 11% en el período 2014-2016. No obstante, casi 800 millones de personas en todo el mundo todavía no cuentan con acceso a alimentos adecuados. En 2015, 6.600 millones de personas, contaban con mejoras en el suministro de agua potable. Sin embargo, se estima que 663 millones de personas todavía no contaban con mejoras en el suministro de agua potable o usaban aguas superficiales. La proporción de la población global con acceso a la energía eléctrica ha aumentado de manera sostenida, de un 79% a un 85% (2).

En el informe de 2016 a nivel mundial sobre la situación de la OMS “Estadísticas Sanitarias Mundiales” indica que más de 10 millones de personas mueren antes de cumplir 70 años debido a las enfermedades cardiovasculares y al cáncer; 800.000 personas se suicidan; 1,25 millones de personas mueren debido a lesiones causadas por accidentes de tráfico; 4,3 millones mueren a causa de la contaminación producida por los combustibles de cocina; 3 millones de personas mueren debido a la contaminación exterior; mientras que el 475.000 son asesinadas de los cuales el 80% son varones (3).

Los avances en el crecimiento económico, la pobreza y las inequidades persisten en América Latina. A pesar de que muchos países han utilizado las provisiones de sus instituciones, y los instrumentos mundiales o regionales de derechos humanos que garantizan el derecho a la salud al acceso universal a servicios de salud de calidad aún continúa siendo un desafío. Según datos disponibles, América Latina y el Caribe continúa siendo una de las regiones del mundo con mayores inequidades, donde un 29% de la población vive por debajo de la línea de la pobreza y un 40% de la población más pobre recibe menos del 15% del ingreso total (4).

En América Latina las enfermedades crónicas no transmisibles son responsables de casi cuatro de cada cinco muertes anuales. De todas las muertes 35% se registraron prematuramente en personas de 30 a 70 años de edad, entre quienes el cáncer y las enfermedades cardiovasculares totalizaron 65% del total de esas defunciones prematuras, el cáncer afecta cada año a casi 3 millones de personas, y causa 1,3 millones de muertes, 45% de las cuales son prematuras y alrededor 62 millones (15,0%) adultos de 18 años viven con diabetes (5).

En 1967 en la conferencia de Alma Ata la OMS definió la salud como el perfecto estado físico, mental, social y la posibilidad para cualquier persona de estar, de

aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual por lo que, en definitiva la salud es algo más que la simple ausencia de enfermedad, es un equilibrio armónico entre la dimensión física, mental y social; y está determinada por diversos factores, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud (6).

A partir de esta declaración en la carta de Ottawa, tras una concepción de la salud pública en el mundo, se estableció llevar a cabo la política de “Salud para todos en el año 2000”. La Atención Primaria de la Salud conquistó ese lugar obteniendo un amplio consenso internacional en pos de garantizar el derecho a la salud en forma universal. Teniendo como principal objetivo “Alcanzar el mayor nivel de salud posible con base en la equidad, la solidaridad y la participación entre otros principios básicos” (7).

El concepto de salud comienza a evolucionar, y deja de ser la ausencia de enfermedades para convertirse en el bienestar biológico-social. La salud se había caracterizado por su concepción puramente física-biológico; es decir la salud era la ausencia de la enfermedad y la atención sobre el binomio salud-enfermedad. Tras un conjunto de cambios sociales como el avance científico-tecnológico, pusieron de manifiesto la relación entre salud y los determinantes que la influyen. Todas estas causas provocaron que el concepto de salud evolucionara hacia un enfoque positivo, dinámico, multicausal y social (8).

Para entender mejor el concepto de salud es necesario referirnos a los condicionantes o determinantes que definen su ausencia o presencia. Los determinantes de la salud han estado sometidos a las contingencias históricas de la especie humana, variando a lo largo del tiempo la contribución de cada uno de ellos al proceso de salud-

enfermedad. Dichos determinantes abarcan desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales, y por supuesto los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud (9).

Los determinantes de la salud son un conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Conocer estos determinantes llevó a una mejor comprensión de estos sobre la salud de la población, ocurrieron una serie de acontecimientos que influyeron para que los estados modernos comprendieran la importancia de estos factores en la salud, naciendo también, como resultado del estudio de estos acontecimientos, la disciplina científica de la Salud Pública (10).

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, denominó a las determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y reconoció a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Esta comisión se crea con el fin de recabar pruebas que permitan fomentar la equidad sanitaria y promover un movimiento mundial para alcanzar ese objetivo, haciendo que los gobiernos tomen la iniciativa en la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud, con el fin de alcanzar la equidad sanitaria (11). De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (12).

La promoción de la salud como un proceso político y social global, abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. En los últimos tiempos se viene trabajando con un concepto que considera a la salud como una parte de la vida diaria y una dimensión esencial de la calidad de vida, el cual se entiende como una realidad social compleja y un proceso social-político, no circunscrita solo a una atención médica reparativa. El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (13).

Sin embargo la salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Viéndose el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente situación económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (14).

La equidad articulada a la visión de la salud como derecho humano, por su parte, se basa en principios de justicia social y se refiere a las intervenciones dirigidas a eliminar disparidades sistemáticas, injustas y evitables entre grupos sociales respecto al nivel de salud, al acceso a recursos necesarios para su promoción, recuperación y mantenimiento y a la participación en los procesos de desarrollo de la salud (15).

La inequidad en salud son las diferencias injustas y evitables en el ejercicio de los derechos fundamentales a la salud y la seguridad social en salud principalmente en el acceso a los servicios y prestaciones de salud. Estas disparidades resultan de las condiciones en que la población nace, crece, vive y envejece en relación con los factores o determinantes de la salud entre ellos; el desempeño del sistema nacional de salud y su financiamiento (16).

Los determinantes de la salud han surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX tras el informe propuesto por Lalonde, el cual a partir de ese momento se han ido desarrollando e incluyendo conjuntos de factores o categorías que han hecho evolucionar los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales, dando pase a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX (17).

Conocer sobre determinantes de la salud dio paso para entenderla como aspectos que modifican la situación de salud de la población y que esta no se modifica exclusivamente con acciones de los servicios de salud sino es el resultado de entender que la enfermedad, tanto en países pobres como en los ricos, está íntimamente relacionada a las circunstancias peculiares del contexto donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los servicios sociales a los cuales tienen acceso, como salud y educación, entre otros (18).

Esta nueva visión sobre los determinantes contribuyo a crear intervenciones que busquen influenciar en los Determinantes Sociales de la Salud, los mismos que evocan a mejorar las condiciones de vida de la población, así como luchar contra la distribución desigual del poder, del dinero y de los recursos. Estas intervenciones debían tener tres

características imprescindibles: la intersectorialidad, la promoción de la salud y la equidad. En otras palabras, las acciones debían extrapolar el sector salud, buscando adoptar acciones intersectoriales entre el sector social, económico y sanitario, así como búsqueda de cooperación internacional para actuar sobre los problemas de salud que atravesaban las fronteras nacionales (18).

La desigualdad creciente en el estado de salud de los países de mundo llevó a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2005 ordenara la creación de la Comisión sobre Determinantes sociales de la salud (CDSS) con el objetivo de reunir evidencia científica para crear un movimiento global por la equidad en salud. Asumiendo un compromiso todos los Estados Miembros de la OMS de alcanzar la cobertura sanitaria universal. Ese compromiso fue una expresión colectiva de la convicción de que todas las personas deberían tener acceso a los servicios de salud que necesitan sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento. Obrar en pro de la cobertura sanitaria universal es un medio poderoso de mejorar las condiciones de salud y bienestar promoviendo el desarrollo humano (19).

En nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Como inequidades en el acceso a los servicios, inequidades en los resultados de los indicadores nacionales: en la esperanza de vida y en la discapacidad, las cuales están estrechamente relacionadas al nivel de instrucción, ingreso y ocupación de las personas, sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico; estas inequidades en salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (20).

Aunque en nuestro país situación de la salud muestra un cambio favorable los últimos 50 años, evidenciándose mejoras en los indicadores sanitarios (la esperanza de vida al nacer, las tasas de mortalidad materna e infantil, y la desnutrición crónica infantil). Sin embargo, aún se observa deficiencia en estos niveles alcanzados, ya que aún persisten las desigualdades significativas en el estado de salud de los diferentes segmentos socioeconómicos. Por otro lado, los cambios demográficos, sumados al proceso de urbanización en el país, han conllevado al incremento en la mortalidad y discapacidad por enfermedades no transmisibles. Como el caso de las enfermedades oncológicas que cobran cada vez mayor importancia (principalmente el cáncer de estómago, de cuello uterino, de mama y de próstata), seguidas de las cardiovasculares, la hipertensión y la diabetes (21).

Con respecto en el nivel financiero en la Salud, las evidencias muestran que ha habido una evolución favorable en el último quinquenio, en dicho periodo se ha registrado un incremento anual de 11 % del gasto per cápita en salud, el total de gasto en salud asciende aproximadamente a 5.1 % del PBI, sin embargo; resulta aún insuficiente para que el Sistema de Salud pueda cubrir las necesidades de salud pública e individual. Señalemos que el nivel de gasto en el Perú es inferior en 2.5 puntos porcentuales del PBI al promedio registrado en los países latinoamericanos (21).

En Perú se han diagnosticado en los adultos problemas de salud como hipertensión arterial en donde el 8,6% de la población con hipertensión arterial ha disminuido con respecto al 2015 en 0,9 puntos; así mismo el 2,9% de la población fue diagnosticada con diabetes mellitus, manteniéndose en el mismo valor que el 2015. También se han presentan cerca de 47,000 nuevos casos de cáncer y más de 25,000 peruanos fallecieron a causa de la enfermedad. Problemas como alcohol y tabaco en un 19,0% de la

población consumen tabaco y el 91,6% de las personas consumen bebida alcohólica; problemas con sobrepeso y obesidad (53,8% y 35,5% respectivamente). Así como problemas de salud mental el 5,1% de las personas reportaron haber sufrido violencia física por parte de su pareja, esta situación muestra una tendencia decreciente en 0,6 puntos porcentuales respecto al 2015 (22).

Frente a esta problemática no escapan los adultos maduros del Pueblo Joven La Unión, esta comunidad se formó después del terremoto de 1970 cuando un grupo de personas de distintos lugares invadieron esta comunidad, creándose dos invasiones 31 de Mayo y Túpac Amaru, los cuales se unificaron para realizar las gestiones de la luz eléctrica, acordando llamarle La Unión, fundándose el 26 de Marzo de 1972. Esta población fue creciendo poco a poco, llegando hacer un pueblo con un número aproximadamente de 1228 habitantes. Limita por el Norte con el A. H. Primavera, por el Sur con el A. H. El Porvenir y la Campiña, por el Este la Campiña y por el Oeste A.H Cesar Vallejo (23).

Hoy en día esta población cuenta con titulación propia, el material de sus viviendas es de material noble, con servicios básicos, con organizaciones de base como comedores populares, vaso de leche, programas no escolarizados, jardines; a la vez también cuenta con Instituciones públicas como Puesto de Salud, Puesto de auxilios rápidos, iglesia católica y evangélicas, mercados de abastecimiento para el consumo humano, pequeñas bodegas, farmacias y loza deportiva, también cuentan medios de comunicación audiovisual (Internet, tv, radio, teléfono, periódico, etc.) y los medios de transporte para llegar al pueblo joven (micros, combis, autos); se puede visualizar el desarrollo de esta comunidad; sin embargo, no todos los adultos maduros gozan de una buena salud, aún persisten problemas en el acceso a la salud, inseguridad ciudadana, acceso a una

alimentación saludable y problemas con el consumo de tabaco y alcohol, además como es una comunidad en progreso de desarrollo su población no goza de buena situación económica (23).

Por lo tanto se consideró pertinentemente el planteando del siguiente problema:

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

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

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

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

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

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

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 maduros del Pueblo Joven La Unión - Chimbote.

Este trabajo de investigación aporta elementos importante sobre determinantes sociales los cuales van a permitir adquirir conocimientos con el propósito de comprender mejor los problemas de salud que afectan a la población, a partir de ello plantear estrategias y soluciones con el propósito de reducir o eliminar estos problemas

de salud, el cual es esencial para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de la población y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

Este estudio permite que los estudiantes de la salud conozcan sobre este tema y que inicien la búsqueda de estos determinantes sociales con el propósito de dar a conocer a las autoridades, para que busquen estrategias que contribuyan en la mejora de la sociedad y su desarrollo, ya que como vemos hoy en día aún siguen estando presentes problemas de salud las cuales son causadas por estas determinantes sociales; es por ello que se requiere realizar políticas de salud como la promoción y prevención de salud. Hoy en día se viene perdiendo ese actuar de en los nuevos estudiantes en investigación debido a que se enfocan más por la practica hospitalaria es por ello que a través de esta investigación se quiere que el estudiante aplique su accionar a la investigación con el propósito de contribuir en la reducción y eliminación de estos factores que determinan la salud de la población.

Esta investigación es necesaria para el Puesto de Salud La Unión porque los resultados obtenidos van a permitir que este establecimiento conozca la realidad de esta población y motiven al equipo de salud a que realice programas de prevención y promoción, con el propósito de mejorar la calidad de vida en salud de esta población, reduciendo los factores de riesgos presente y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Además esta investigación contribuirá a las autoridades regionales y municipales a que conozcan la realidad en donde los seres humanos se desarrollan, donde podrán identificar los problemas en salud presente y reconozcan como aún persiste la inequidad en salud; y a través de ellos plantearse policías en salud para disminuir el riesgo de padecer enfermedad, favorecer la salud y el bienestar de los mismos.

Es así que el presente estudio de tipo cuantitativo descriptivo con diseño de una sola casilla, desarrollado en el Pueblo Joven la Unión - Chimbote, se obtuvo como resultados y conclusiones en los Determinantes biosocioeconomicos que la totalidad cuentan con servicios básicos, cocinan con gas, su basura eliminan en el carro recolector; casi la totalidad tiene casa propia, sus casas de material noble; la mayoría tiene secundaria completa, menos de la mitad tiene ingreso económico de 751 a 100 soles, ocupación trabajo eventual.

En los Determinantes de los estilos de vida casi la totalidad consumen diario fideos; la mayoría no fuma; ocasionalmente consume bebidas alcohólicas, no se realiza examen médico periódico, no realiza actividad física en su tiempo libre. En los Determinantes de redes sociales y comunitarias casi la totalidad no recibe apoyo social natural, ni organizado; la mayoría refiere que no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa; más de la mitad recibió una calidad de atención regular; la mitad tiene tipo de seguro SIS.

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:

Silberman M y col, (24). En su investigación titulada “Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Una experiencia desde los centros de salud pública-2013”. Tuvo como objetivo conocer las condiciones socioeconómicas de los hogares y la situación de salud de cada persona, es de tipo cuantitativo descriptivo. Concluyo que el 19.4% de los hogares tienen techo de lámina, en 11.8% viven en hacinamiento y el 2.7% de los hogares no tiene acceso a agua potable en la vivienda.

En relación con educación, el 38% de los individuos que deben estar en la escuela no asiste, y de los 2,903 adultos el 31% no concluyó su educación básica y el 7.7% es analfabeta. Se encontraron, 283 diabéticos, 33 sin atención médica, 307 hipertensos (52 de ellos sin atención), 109 discapacitados, 138 adictos al alcohol y 115 adictos a las drogas (24).

Ochoa M, (25). En su estudio “Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en relación con el estado nutricional en adultos/as del mercado mayorista Gran Colombia -

2014”, tuvo como objetivo identificar factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en relación con el estado nutricional en adultos/as; es de tipo descriptivo, prospectivo y transversa.

Como resultado la relación que existe entre el estado nutricional y la presencia de factores de riesgo cardiovascular que determinan la presencia de estas enfermedades entre ellas se encontró alimentación inadecuada, inactividad física, hábitos tóxicos como alcoholismo y tabaquismo, de los trabajadores que presentan obesidad el mayor porcentaje presenta de cinco o más factores de riesgo (25).

A nivel Nacional:

Yenque J, (26). En su investigación “Determinantes de la salud en los adultos maduros con obesidad y sobrepeso en el Asentamiento Humano Vate Manrique, Chulucanas – Piura. 2012”, tuvo como objetivo identificar los determinantes de la salud en los adultos maduros con obesidad y sobrepeso, es de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla; obtuvo como resultado: la mayoría de los adultos maduros con obesidad y sobrepeso, son del sexo masculino, tienen un grado de instrucción de sec. Completa/sec. Incompleta, un ingreso económico menor de 751 a 1000 soles, teniendo un trabajo estable, vivienda unifamiliar, viviendas propias y de material noble, piso de cemento, material de las paredes es de noble ladrillo y cemento.

Salazar F, (27). En su estudio titulado “Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Vista Alegre Sector "P" - Huaraz, 2013”; tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud de los adultos, es de tipo cuantitativo, descriptivo, diseño de una sola casilla. obtuvo como resultado que más de la mitad son adultos jóvenes, de sexo masculino, secundaria completa/incompleta, ocupación eventual, ingreso económico menor a 750, 00 nuevos soles; más de la mitad tienen vivienda unifamiliar, casa propia, piso loseta, paredes material noble, techo material de noble, comparten dormitorios de cuatro personas, cocinan a gas, casi todos tienen conexión domiciliaria de agua, baño propio, energía eléctrica permanente, disponen y eliminan la basura en carro recolector.

A nivel local:

Arroyo M, (28). En su investigación titulada “Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto maduro del A.H. Lomas del Sur - Nuevo Chimbote, 2012”; tuvo objetivo valorar el estilo de vida y los factores biosocioculturales del adulto maduro, es de tipo cuantitativo, diseño descriptivo; obtuvo como resultado que la mayoría de los adultos maduros presentan un estilo de vida no saludable y un porcentaje minoritario un estilo de vida saludable. En cuanto a los factores biosocioculturales encontramos que la mayoría, son de sexo masculino, tienen primaria incompleta,

están casados, tienen como ocupación ama de casa y perciben un ingreso económico menor de S/. 100 nuevos soles.

Reyes M, (29). En su investigación titulada “Determinantes de la salud en los adultos maduros en el Asentamiento Humano los licenciados - Nuevo Chimbote, 2013”; tuvo como objetivo identificar los determinantes de la salud en adultos maduros, es de tipo cuantitativo descriptivo; como resultado obtuvo que la mitad de adultos tenían grado de instrucción secundaria; trabajo estable y un ingresos económicos de menor de 750 a 1000 nuevos soles.

En cuanto a su vivienda, tenían vivienda propia, piso de tierra, el techo de madera y esfera, sus paredes de cemento, abastecimiento de agua con conexión en casa; según sus estilos de vida, la mayoría no fuma, duermen de 6 a 8 horas y toman bebidas alcohólicas ocasionalmente, la mayoría no se realiza examen médico. Casi la mitad tiene SIS (29).

2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación

A inicios de los 70, los costos de la prestación de servicios de salud se volvieron problemáticos para muchos países. La creciente demanda de servicios y las críticas a la eficacia de los servicios existentes hicieron que muchos países reevaluaran sus prioridades y que los gobiernos buscaron soluciones que les permitieran abordar de manera más rentable los problemas de salud de sus poblaciones (30).



Canadá fue la primera nación que subrayó el impacto del estilo de vida sobre la salud en la publicación "Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses" realizada por Marc Lalonde en 1974. Este documento, proporcionó una visión ampliada de la influencia de factores fuera del tradicional sistema de salud en la salud y el bienestar de las poblaciones. El informe de Lalonde demostró el impacto de las decisiones sociales, políticas y económicas sobre la salud y el bienestar de las poblaciones y propuso el desarrollo de una verdadera asociación para abordar las desigualdades en salud y promover el bienestar. Esto desafió a los sistemas de servicios de atención de salud existentes, a mirar más ampliamente lo que ayuda a la persona a estar sana, más no sólo lo que la hace estar enferma (30).

Este nuevo enfoque en el cambio de la salud fue dividido en cuatro componentes: biología humana, estilos de vida, medio ambiente y servicios de salud, los cuales contribuyeron en el análisis de los problemas de salud,

donde se detectaron las necesidades y se buscó medios para poder satisfacerlas (31).

El modelo de Lalonde describe la situación en que varias causas pueden producir varios efectos simultáneamente; sin embargo, ninguna puede actuar por sí sola ya que no es suficiente para originar un determinado efecto; es decir, establece un modelo causal determinístico a un modelo causal probabilístico que pretende ser integrador. Cuando, Lalonde, analizó la adecuación entre las inversiones en salud o gasto sanitario y los distintos determinantes, comprobó la inadecuación de la distribución de los recursos sanitarios (32). Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, en particular las condiciones sociales, quedan diagrama en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead. Este modelo presenta a los principales determinantes de la salud como capas de influencia (33).

El modelo de Dahlgren y Whitehead claramente refleja como las desigualdades sociales están determinadas por distintos niveles condicionantes el cual va desde lo personal hasta lo comunitario e incluyendo las políticas sanitarias. Este modelo se encuentra esquematizado a través de un diagrama dividido en capas. En la primera capa encontramos al individuo que abarca la edad, sexo y factores genéticos; estos a su vez son factores donde las intervenciones son muy difíciles de ejecutar ya que estos requieren cambios a nivel biológico los cuales no siempre son modificables (34).

En la siguiente capa representa las conductas personales y estilos de vida, en ella encontramos que las personas con mayor carencias tienden

a adoptar mayor conductas de riesgo como el consumo de sustancias tóxicas: el tabaco, el alcohol, la mala nutrición, etc., no solo eso sino que también están destinados a enfrentar barreras financieras para adaptar estilos de vida más saludables. La siguiente capa abarca lo social y lo comunitario, aquí la interacción con sus pares se va a ver influenciado en comportamiento personal por lo que las personas de baja escala social son las que tienen menor acceso a redes y sistemas de apoyo a su vez cuentan con menos prestaciones sociales y facilidades para la actividad comunitaria (34).

Continuando con las capas en la siguiente señala las condiciones de vida y trabajo, el abastecimiento de alimentos y acceso a los servicios esenciales; en esta capa hace énfasis a las condiciones de vida de los más pobres donde se ve reflejado la exposición a trabajos peligrosos o estresantes y las limitaciones a los accesos de servicios, generándoles menos beneficios sociales. Por último en la última capa refleja las condiciones económicas, culturales y medioambientales prevalentes en la sociedad. Estas condiciones son el reflejo del estado económico de un país; pues aquí se evidencia la verdadera situación por la que cursa la sociedad (34).

Por lo tanto este modelo se crea con el propósito de representar como estas capas interactúan entre sí, las cuales de una u otra forma van a afectar las condiciones de vida de los individuos, pues no solo se ve influido lo biológico sino también lo social (el medio donde se interrelaciona) y el estado (35).



Fuente: Dahlgren y Whitehead 1992

Este modelo propone tres tipos de determinantes sociales de salud, una de ellas son los determinantes estructurales abarca la vivienda, el trabajo, el acceso a los servicios de salud y la provisión de servicios esenciales. El siguiente son los determinantes intermedios se enfoca en las influencias sociales y comunitarias pues las puedes ser favorable o desfavorable para promover el apoyo a las personas con necesidad y por ultima encontramos a los determinantes proximales abarca el comportamiento personal y la forma de vida (36).

a) Determinantes estructurales:

Los determinantes estructurales son aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación en una social para definir la posición socioeconómica de la persona. Aquí refleja la clase social que pertenece cada individuo de acuerdo a la jerarquía de poder, prestigio y acceso de recursos (37).

b) Determinantes intermediarios:

Este grupo se distribuye de acuerdo a la estratificación social de los determinantes estructurales para determinar la posición y la vulnerabilidad de las condiciones que afectan la salud. Están representadas por categorías como: Circunstancias materiales, contexto psicosocial, cohesión social, estilos de vida, factores biológicos y sistema sanitario (37).

c) Determinantes proximales:

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar el impacto en salud más relevante para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones (36).

Salud se define como la condición individual y colectiva de calidad de vida y el bienestar, por lo tanto viene a ser el resultado de condiciones biológicas, materiales, psicológicas, socioculturales, ambientales, así como la organización y funcionamiento del sistema de salud; producto de las determinantes sociales, ambientales, biológicas y del sistema de salud. Su realización define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida (38).

Así como el modelo de Dahlgren y Whithead, que abarca ámbitos desde lo personal a las prácticas de salud hasta el Estado pasando por el nivel intermedios, los Determinantes de la salud abarcan ámbitos de acción significativos de la comunidad generando compatibilidad entre un enfoque

teórico y las estructuras fundamentales de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (36).

Mi salud: Este ámbito refiere 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 (39).

Comunidad: Este ámbito se refiere a una agrupación o conjunto de personas que habitan un espacio geográfico delimitado y delimitable, cuyos miembros tienen conciencia de pertenencia o identificación con algún símbolo local y que interaccionan entre sí, con el propósito de alcanzar determinados objetivos, satisfacer necesidades, resolver problemas o desempeñar funciones sociales relevantes a nivel local (40).

Servicios de salud: Este ámbito refiere que todas las prestaciones de salud dispensadas directamente a la población teniendo como objetivo mantener la salud, prevenir enfermedades y tratar los problemas sanitarios comunes; actividades con los servicios de salud comúnmente se prestan en un hospital y actividades con los servicios que garantizan la continuidad de los cuidados (41).

Educación: Este ámbito se refiere a una actividad educativa diseñada para ampliar conocimientos sobre su salud a la población, desarrollando valores y habilidades que promuevan salud (42).

Trabajo: este ámbito se refiere a la actividad personal en la que el ser humano emplea de manera total o parcial sus energías físicas y/o mentales en orden a la obtención de algún bien material o espiritual, distinto al placer derivado directamente de su ejecución (43).

Territorio (ciudad): este ámbito se refiere un lugar estructurado y organizado en su espacialidad por medio de relaciones entre los seres humanos y los demás elementos que contiene (44).

Por lo tanto el estado como generador y gestor así también como legislador y fiscalizador, determina políticas nacionales de salud orientando a introducir cambios sustantivos en el sector salud diseñada en la descentralización para facilitar a todo el acceso equitativo a los servicios de salud, satisfaciendo las necesidades de salud de la población. También se le asigna el rol de ser controlador y propulsor de la inversión privada en salud, generando las condiciones para que el sector privado se incluya en el proceso de prestación de servicios y administración de fondos (45).

Un adulto es aquel individuo (hombre o mujer) que desde el punto de vista físico ha logrado una estructura corporal definitiva; biológicamente ha conducido un crecimiento, psíquicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genésica; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos; económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras (46).

En los adultos maduros; los cambios en la elaboración y producción de alimentos han influido en la alimentación diaria, así como las condiciones de vida y el trabajo ha conllevado a una disminución en la actividad física. El consumo de sustancias tóxicas como el alcohol y el tabaco; y alimentos rápidos se alinean a este tipo de vida. Por lo tanto todo estos factores ha conllevado a un aumento de afecciones vinculadas a la obesidad y enfermedades no transmisibles como diabetes, hipertensión,

cerebrovasculares, cardiopatías, etc.; así como también casos de cáncer e incluso problemas de salud mental (47).

El rol de enfermería en el cuidado tiene como objetivo promover el proceso de aprendizaje que permita al paciente ser activo en su rehabilitación o promoción de su propia salud, mediante cambios en sus hábitos o transformando las condiciones ambientales que le afectan; por lo tanto enfermería, como cuidadora, 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 (48).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de investigación

Descriptivo: Porque es la conceptualización eficaz del fenómeno a estudiar constituye el problema teórico fundamental que se plantea al analista de una encuesta descriptiva (49).

Cuantitativo: Porque estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas, se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables. (50).

Diseño de investigación: Diseño de una sola casilla, porque medición que solo mide una variable dependiente en un grupo único de sujetos (51).

3.2. Población y muestra

El presente estudio tuvo como universo muestral 100 adultos maduros del Pueblo Joven La Unión- Chimbote.

3.2.1 Unidad de Análisis

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

Criterios de Inclusión

- Adulto maduro que vivieron más de 3 años en Pueblo Joven La Unión.
- Adulto maduro del Pueblo Joven La Unión que aceptaron participar en el estudio.
- Adulto maduro del Pueblo Joven La Unión que tuvieron la disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin

importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Adulto maduro del Pueblo Joven La Unión que presentaron algún trastorno mental.
- Adulto maduro del Pueblo Joven La Unión que te presentaron problemas de comunicación.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONOMICOS

Sexo

Definición Conceptual.

Es la división y clasificación en varón y mujer a partir de sus características biológicas, tales como los genitales o por el tipo de gameto que producen (52).

Definición Operacional

Escala nominal:

- Masculino
- Femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

El grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Las modalidades son primaria, secundaria y superior (53).

Definición Operacional

Escala Ordinal:

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

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (54).

Definición Operacional

Escala de razón

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

Ocupación

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (55)

Definición Operacional

Escala Nominal:

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

Vivienda

Definición conceptual

Es el ente facilitador del cumplimiento de funciones específicas para el individuo y/o la familia brindándole; protección, seguridad y protección; promoviendo el desarrollo de la vida familiar (56).

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 específico de recogida
- Vertido por el fregadero o desagüe
- Otros

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (57).

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 proceso mediante el cual tomamos del mundo exterior una serie de sustancias, contenidas en los alimentos que forman parte de nuestra dieta, y que son necesarias para la nutrición (58).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta:

Frecuencia de consumo de alimentos

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

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

Definición Conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad (59).

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

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (60).

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 N° 01

El instrumento será elaborado en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos del Perú. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez

Reyes, constituido por 29 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (ANEXO 01)

- Datos de Identificación, donde se obtuvo las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno biosocioeconómico (sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), Alimentos que consumen las 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 quienes 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. Adriana Vílchez Reyes, 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.

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) (61).

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud 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) (62).

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 maduros 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 maduros 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 maduro del Pueblo Joven La Unión.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos a cada adulto maduro 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 maduro 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 adultos maduros. Pueblo Joven La Unión - Chimbote, 2016.	¿Cuáles son los determinantes de la salud en los adultos maduros del Pueblo Joven La Unión - Chimbote?	Describir los determinantes de salud en los adultos maduros del Pueblo Joven La Unión-Chimbote.	- Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico: sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo; entorno físico (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) en los adultos maduros del	Tipo: Cuantitativo, descriptivo Diseño: De una sola casilla Técnicas: Entrevista y observación

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

			adultos maduros del Pueblo Joven La Unión - Chimbote.	
--	--	--	---	--

3.7 Principios éticos:

En toda investigación llevado a cabo, el investigador previamente valora 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 (63).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicando a los adultos maduros que la investigación sería anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación.

Privacidad

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

Honestidad

Se informó a los adultos maduros los fines de la investigación, que cuyos resultados solo se encontraran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con los adultos maduros que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (ANEXO 04).

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA N° 01
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN
LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN -
CHIMBOTE, 2016

Sexo	n	%
Masculino	16	16,0
Femenino	84	84,0
Total	100	100,0

Grado de instrucción	n	%
Sin nivel e instrucción	0	0,0
Inicial/Primaria	8	8,0
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	65	65,0
Superior universitaria	18	18,0
Superior no universitaria	9	9,0
Total	100	100,0

Ingreso económico (Soles)	n	%
Menor de 750	26	26,0
De 751 a 1000	47	47,0
De 1001 a 1400	11	11,0
De 1401 a 1800	7	7,0
De 1801 a más	9	9,0
Total	100	100,0

Ocupación	n	%
Trabajador estable	46	46,0
Eventual	48	48,0
Sin ocupación	4	4,0
Jubilado	2	2,0
Estudiante	0	0,0
Total	100	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vélchez 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 LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016

Tipo	n	%
Vivienda unifamiliar	67	67,0
Vivienda multifamiliar	33	33,0
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	2	2,0
Cuidador/alojado	7	7,0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0
Alquiler venta	1	1,0
Propia	90	90,0
Total	100	100,0
Material del piso	n	%
Tierra	5	5,0
Entablado	0	0,0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	23	23,0
Láminas asfálticas	69	69,0
Parquet	3	3,0
Total	100%	100,0
Material del techo	n	%
Madera, esfera	0	0,0
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	6	6,0
Material noble, ladrillo y cemento	59	59,0
Eternit	35	35,0
Total	100	100,0

Continúa...

Material de las paredes	n	%
Madera, estera	1	1,0
Adobe	2	2,0
Estera y adobe	1	1,0
Material noble ladrillo y cemento	96	96,0
Total	100	100,0
N° de personas que duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	2	2,0
2 a 3 miembros	25	25,0
Independiente	73	73,0
Total	100	100,0
Abastecimiento de agua	n	%
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	n	%
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	n	%
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
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

Continúa...

		Conclusión
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	4	4,0
Todas las semana pero no diariamente	23	23,0
Al menos 2 veces por semana	69	69,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	4	4,0
Total	100	100,0
Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares		
	n	%
Carro recolector	74	74,0
Montículo o campo limpio	3	3,0
Contenedor específico de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	23	23,0
Total	100	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros 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 LOS ADULTOS
MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016

Fuma actualmente	n	%
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	4	4,0
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	28	28,0
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	68	68,0
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	1	1,0
Una vez al mes	4	4,0
Ocasionalmente	65	65,0
No consumo	30	30,0
Total	100%	100,0
N° de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	90	90,0
[08 a 10)	9	9,0
[10 a 12)	1	1,0
Total	100	100,0
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	50	50,0
4 veces a la semana	50	50,0
No se baña	0	0,0
Total	100	100,0
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	n	%
Si	14	14,0
No	86	86,0
Total	100	100,0
Actividad física que realiza en su tiempo libre	n	%
Caminar	17	17,0
Deporte	6	6,0
Gimnasia	5	5,0
No realizo	72	72,0
Total	100	100,0

Continúa...

Conclusión

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	n	%
Caminar	23	23,0
Gimnasia suave	4	4,0
Juegos con poco esfuerzo	2	2,0
Correr	1	1,0
Deporte	6	6,0
Ninguna	64	64,0
Total	100	100,0

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Frutas	37	37,0	47	47,0	16	16,0	0	0,0	0	0,0	100	100,0
Carne	13	13,0	75	75,0	12	12,0	0	0,0	0	0,0	100	100,0
Huevos	7	7,0	48	48,0	43	43,0	2	2,0	0	0,0	100	100,0
Pescado	8	8,0	44	44,0	45	45,0	2	2,0	1	1,0	100	100,0
Fideos	95	95,0	5	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	100	100,0
Pan, cereales	90	90,0	7	7,0	2	2,0	0	0,0	1	1,0	100	100,0
Verduras, hortalizas	40	40,0	42	42,0	16	16,0	1	1,0	1	1,0	100	100,0
Legumbre	5	5,0	43	43,0	51	51,0	1	1,0	0	0,0	100	100,0
Embutidos, enlatados	0	0,0	34	34,0	29	29,0	30	30,0	7	7,0	100	100,0
Lácteos	11	11,0	47	47,0	33	33,0	2	2,0	7	7,0	100	100,0
Dulces y gaseosas	3	3,0	11	11,0	30	30,0	37	37,0	19	19,0	100	100,0
Refresco con azúcar	0	0,0	1	1,0	1	1,0	6	6,0	92	92,0	100	100,0
Frituras	0	0,0	51	51,0	41	41,0	8	8,0	0	0,0	100	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros 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
LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN -
CHIMBOTE, 2016

El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	24	24,0
Largo	30	30,0
Regular	34	34,0
Corto	9	9,0
Muy corto	3	3,0
No sabe	0	0,0
Total	100	100,0
Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	39	39,0
Centro de salud	1	1,0
Puesto de salud	54	54,0
Clínicas particulares	2	2,0
Otras	4	4,0
Total	100	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está	n	%
Muy cerca de su casa	56	56,0
Regular	28	28,0
Lejos	12	12,0
Muy lejos de su casa	4	4,0
No sabe	0	0,0
Total	100	100,0
Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	32	32,0
SIS - MINSA	50	50,0
SANIDAD	1	1,0
Otros	3	3,0
Ninguno	14	14,0
Total	100	100,0

Continúa...

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue	Conclusión	
	n	%
Muy buena	4	4,0
Buena	35	35,0
Regular	51	51,0
Mala	8	8,0
Muy mala	2	2,0
No sabe	0	0,0
Total	100	100,0

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa	n	%
Si	18	18,0
No	82	82,0
Total	100	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros 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 EN LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016

Recibe algún apoyo social natural	n	%
Familiares	6	6,0
Amigos	0	0,0
Vecinos	1	1,0
Compañeros espirituales	0	0,0
Compañeros de trabajo	1	1,0
No recibo	92	92,0
Total	100	100,0

Recibe algún apoyo social organizado	n	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	3	3,0
Empresa para la que trabaja	0	0,0
Instituciones de acogida	0	0,0
Organizaciones de voluntariado	0	0,0
No recibo	97	97,0
Total	100	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros 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 MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - 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	0	0,0	100	100,0	100	100,0
Vasos de leche	0	0,0	100	100,0	100	100,0
Otros	0	0,0	100	100,0	100	100,0
Total	0	0,0	100	100,0	100	100,0

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

4.2. Análisis de resultados

En tabla 01: Del 100% (100) de los adultos maduros del Pueblo Joven la Unión, el 84% (84) son de sexo femenino; el 65% (65) tienen grado de institución secundaria completa/secundaria incompleta; el 47% (47) tiene un ingreso económico de 751 a 1000 soles; el 48% (48) la ocupación del jefe de familia es eventual.

Se encontraron estudios similares como el de Ávila M, (64). Titulada “Determinantes de la salud en la persona adulta en el caserío Miraflores-La Huaca-Paita, 2013”, donde concluyó que el 79,0% son de sexo femenino y el 63,2% tienen grado de instrucción secundaria completa e incompleta. Así también como el estudio de Pinedo P, (65). Titulado “Determinantes de la salud en adultos maduros Asentamiento Humano Nuevo Moro - 2015” donde concluyó que el 60% tiene secundaria completa/secundaria incompleta.

Además se encontró un estudio que se asemeja como el de Chuqui J, (66). En su investigación “Determinantes de la salud en el adulto maduro en la habilitación urbana progresista 1 de Agosto, Nuevo Chimbote - 2013”; concluyó que el 58,2 % tiene un ingreso económico de S/. 751 a S/. 1000; también se encontraron otros datos donde señala que el 68,7 tiene grado de instrucción completa e incompleta y el 85,6% tiene ocupación eventual.

A si mismo se encontró estudios que difieren como el de Peña J, (67). En su investigación “Determinantes de la salud del adulto en el caserío palo blanco - Chulucanas - Morropon - Piura, 2013” concluyó que el 77,5% tiene trabajo eventual; y el estudio de Carranza T, (68). En el trabajo titulado “Determinantes

de la salud en los adultos maduros, pueblo joven San Juan, Chimbote, 2013” el 78,6 % tiene una ocupación eventual.

Adulto maduro se define como la edad comprendida entre 30 a 59 años 11 meses 29 días, el cual se caracteriza por ser económicamente independientes tiene responsabilidad familiar generada o de origen. El entorno familiar (menor responsabilidad de crianza de los hijos.) y lo laboral constituyen la razón de sus vidas. También implica una menor funcionalidad reproductiva en el varón y el cese de esta función reproductiva en la mujer (69).

Así mismo el sexo se define como las diferencias biológicas que pueden ser descritas o bien como típicas del varón o típicas de la mujer en individuos desarrollados normativamente (genes, cromosomas, gónadas, estructuras genitales internas y externas, perfiles hormonales) (70).

Por otro lado el nivel de instrucción se define como el grado más elevado de estudios realizados o que estén en curso, sin tener en cuenta si han culminado o son provisionales o incompletos. Se dividen en dos grandes etapas: La Educación Básica, orientada a favorecer el desarrollo integral del estudiante y la educación superior, orientada al logro de competencias profesionales de alto nivel (71).

Respecto a la educación en el Perú en el 2016, del total de mujeres entre 25 a 49 años, el 1,7% no tenía educación, es decir, no recibió formación necesaria para saber leer o escribir. La mayor proporción de las mujeres sin educación se presentó entre quienes residen en el área rural (5,5%) y en la región Sierra (3,6%); aunque es importante mencionar que ha disminuido en 11,7 y 9,0 puntos

porcentuales, desde el año 1991-1992. Lima Metropolitana destacó con el porcentaje más bajo de mujeres sin educación al registrar menos del uno por ciento, le sigue el Resto Costa con 1,1%. La mayor proporción de mujeres en situación de analfabetismo total o analfabetismo parcial se encontró entre las mujeres en edad fértil del quintil inferior de riqueza (21,6%) y entre las mujeres de 45 a 49 años de edad (11,5%) (72).

Así mismo a nivel nacional la Situación del Mercado Laboral en Lima Metropolitana en el último trimestre 2017, se observa un mayor crecimiento femenino en un 3,2%, en tanto que la masculina lo hizo en 0,7%. Lo cual representa el aumento en el mercado laboral de 73 mil 800 mujeres y de 20 mil 500 hombres. De acuerdo a la edad, principalmente entre los que tienen de 45 y más años de edad en 6,9% (86 mil 200 personas), seguido por los de 25 a 44 años con 0,7% (18 mil 500 personas). En relación a nivel educativo y trabajo, aumentó en 3,7% entre los que tienen educación secundaria (88 mil personas) y entre los que tienen educación no universitaria (36 mil 700 personas); mientras que disminuyó en 3,2% entre los que tienen primaria o menor nivel educativo (12 mil 700 personas) y en 1,4% entre los que lograron estudiar educación universitaria (17 mil 900 personas) (73).

Este estudio de investigación llevado a cabo en el Pueblo Joven La Unión se obtuvo que en los adultos maduros la mayoría son sexo femenino y tiene grado de instrucción secundario completa/ incompleta; menos de la mitad tiene ingreso económico de 751 a 100 soles y tienen como ocupación trabajo eventual.

Se define grado de instrucción secundario como un nivel educativo que profundiza el aprendizaje hecho en el nivel de Educación Primaria, orientando

al desarrollo de competencias que permitan al educando acceder a conocimientos humanísticos, científicos y tecnológicos en permanente cambio. Forma para la vida, el trabajo, la convivencia democrática, el ejercicio de la ciudadanía y para acceder a niveles superiores de estudio, logrando obtener competencias profesionales de acuerdo con la demanda y la necesidad del desarrollo sostenible del país, y las necesidades del mercado laboral (74).

Por otro lado el salario mínimo se define como un referente del monto económico irreductible que debe, por mandato jurídico, percibir diariamente toda persona que realiza un trabajo personal y subordinado, a efecto de satisfacer sus necesidades básicas y las de su familia, en el orden material, social y cultural, y para proveer la educación obligatoria de sus hijos (75).

Cuando hablamos de trabajo eventual nos referimos a contratos que se realizan para satisfacer exigencias circunstanciales del empleador, tales como reemplazo de personal que se encuentra ausente por vacaciones, licencia, enfermedad, maternidad y situaciones similares o para atender una mayor demanda de producción o servicios en actividades habituales del empleador (76).

Según los datos obtenidos en esta investigación, los adultos maduros de sexo femenino son las que predominan en esta comunidad. Según lo refirieron estas adultas maduras es que solo se centran en el hogar teniendo como ocupación ama de casa, ya que los varones eran los que aporta el ingreso económico en la vivienda y eran quienes se encuentran fuera de casa trabajando; sin embargo, este papel de ama de casa que cumple la mujer en la sociedad viene a ser un problema social en este grupo ya que la mujer solo depende del ingreso proporcionado por el varón, tanto es esta dependencia que olvidan como

enfrentar al mudo o como sobresalir por ellas mismas, y muchas veces son víctimas de sus parejas, ya que ellos sienten que tienen el control de todo.

De acuerdo al grado de instrucción de los adultos maduros, según los resultados, se obtuvo que tienen secundaria completa/ secundaria incompleta, cuando se le preguntó el motivo de porque solo tenían ese grado de instrucción, respondían que era por la poca accesibilidad de estudios, muchos de ellos no tenían el apoyo económico y alguien que les apoyara o exigiera estudiar, ya que la mejor manera de ayudar en casa era quedando y hacer los quehaceres o ir en búsqueda de trabajo. Por otra parte, otras respuestas sobre este punto fue el poco interés que tomaban a los estudios o en el caso de las adultas maduras a muy temprana edad salían embarazadas y dejaban de estudiar; es por eso que ahora en la actualidad se lamentaban por no continuar con sus estudios.

Con respecto al ingreso económico como ya mencionado anteriormente solo es proporcionado por el jefe de familia quienes en la mayoría de ellos solo contaban con un trabajo eventual y un ingreso económico básico, las adultas maduras referirán que sus esposos tenían como trabajo el campo, albañería, construcción y choferes, los cuales le proporcionaban un ingreso diario o pequeños negocios a los que se dedicaban, y sobre el ingreso económico este no solventa muchas veces los gastos que se requería su hogar, mientras que en otros hogares referencian que era suficiente para poder alimentarse.

En la actualidad vivimos en una época donde la sociedad te exige mucho más, uno de los problemas sociales que se reflejó en estos adultos maduros es el poco nivel educativo alcanzado, este es un factor que determina el ingreso económico en el hogar, ya que está se relaciona con el trabajo que se ocupa en

la sociedad; pues cuanto más nivel educativo se adquiriera mayor será el ingreso económico en el hogar debido a que encontrarán un trabajo mejor pagado de acuerdo a su capacidad y habilidades, esta a su vez contribuirá a solventar todos los gastos que se realiza en el hogar evitando padecer problemas a nivel nutricional y problemas a nivel emocional.

En tabla 02: Del 100%(100) de los adultos maduros del Pueblo Joven la Unión el 67%(67) tienen un tipo de vivienda unifamiliar; el 90% (90) tenencia propia; el 69%(69) el material de piso laminas asfálticas; 59%(59) el material de techo son de material noble, ladrillo y concreto; 96% (96) el material de paredes son de material noble ladrillo y cemento; 73%(73) el número de personas que duerme en una habitación es independiente; el 100% (100) tienen agua de conexión domiciliaria; eliminación de excretas baño propio; combustible para cocinar gas, electricidad; energía eléctrica permanente; disposición de basura se entierra, quema, carro recolector; el 69%(69) la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa es al menos 2 veces por semana; el 74% (74) suele eliminar su basura en carro recolector.

Se encontró un estudio similar con el de Loza M y col, (77). Sobre “Evaluación de determinantes y estado de salud de la zona central de Vinto en gestión 2011”, concluyo sobre las condiciones de la vivienda que estas eran de adobe/ladrillo, tenencia propia y que el dormitorio es ocupado por más de tres personas; también se encontró que el techo es de calamina.

Así mismo se encontró un estudio que se asemeja con el de Vilchez M, (78). En su estudio titulado “Determinantes de la salud en adultos de la Ciudad de Chimbote, 2015”; obtuvo como resultado que el 75,7% de los adultos tienen

vivienda unifamiliar, el 86,8% tiene tenencia propia y en un 49,8% duermen de 2 a 3 miembros; por otra parte también se encontró que la mayoría de las viviendas tiene piso y paredes de material de loseta y que más de la mitad tienen el techo de material noble.

Se encontró también un estudio que difiere como el de Oblitas Y, (79). En su investigación sobre Determinantes de la salud en el adulto maduro del asentamiento humano Los Geranios, Chimbote – 2013, concluye que el 93% tienen vivienda unifamiliar; el 98 % tienen casa propia, el 83% duermen de dos a tres miembros, el 100 % tienen piso de tierra; el 80 % tienen el techo de material estera; el 68 % tienen las paredes de material estera y adobe; por otro lado se encontró también que el 98 % tienen casa propia.

Se define a la vivienda como aquel espacio físico donde las personas transcurren gran parte de su vida, el lugar donde reponen sus fuerzas, donde se dan actividades y situaciones importantes, donde se estrecha afectividad, se fortalece el núcleo familiar, se brinda seguridad a cada miembro en función a las condiciones del medio ambiente y de conductas adoptadas por sus ocupantes; también ofrece descanso, intimidad y bienestar. Por lo tanto se asume que una vivienda en situaciones precarias e insalubres afectara la salud física, mental y social de los miembros, en especial de aquellos que son más vulnerables (80).

Cuando hablamos de tendencia de la vivienda nos referimos a la forma en que el hogar obtiene la posesión de la vivienda, esta contribuye a un mejor conocimiento de la situación habitacional de los hogares y por ende el estatus de sus ocupantes (80).

Este estudio llevado a cabo en el Pueblo Joven La Unión sobre determinante relacionado a la vivienda, se obtuvo que la totalidad cocinan con gas y electricidad; casi la totalidad tiene casa propia, paredes de material noble ladrillos y cemento; la mayoría tiene vivienda unifamiliar, material de piso laminas asfálticas, habitación independiente; más de la mitad tiene techo de material noble ladrillo y cemento.

Se entiende por vivienda unifamiliar como una construcción destinada a una sola familia, pueden ser aisladas (no tienen contacto con otras), pareadas (dos viviendas unifamiliares que están en contacto externo, aunque son independientes por dentro) o adosadas (una vivienda unifamiliar que tiene otras dos viviendas unifamiliares a cada lado (81).

Así mismo una vivienda multifamiliar se define como aquella vivienda que se caracteriza por el crecimiento de las viviendas en dos y tres pisos, dividiendo los accesos para cada grupo familiar y para cada nivel (82).

Cuando hablamos de vivienda en hacinamiento nos referimos al excesivo uso de espacio está relacionada con el número de personas en una vivienda y el número de cuartos disponibles. Por lo que vivir en estas condiciones afectara a cada miembro en su privacidad y en su circulación dentro de la vivienda, provocando alteraciones físicas y mentales; desencadenaran estrés, propagación de enfermedades infecciosas e incrementaran accidentes en el hogar (83).

Por otra parte el material de techo de eternit viene siendo un problemática para la sociedad por el uso de asbestos (minerales se usan en función para resistir el calor, el fuego y sustancias químicas) estos provocan enfermedades cancerígenas dañando principalmente a los pulmones, también daña a las

membranas delgadas que revisten el pecho y el abdomen, la laringe y ovario. Por lo que la Organización Mundial señaló a este mineral como altamente cancerígeno debido a los casos de cáncer presente por este material. Siendo en Argentina prohibido esta sustancia por el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI) en el año 2001, a través de la Resolución 823/01 del Ministerio de Salud de la Nación (84).

Sin embargo este problema no solo se ve en Argentina también en Colombia (85), en Bélgica y en el Perú en donde El empresario Luis Gamarra Otero denunció la existencia de un "lobby" al Ministerio de Salud (MINSA) a fin que prohíba el uso del asbesto crisotilo, pese a que existen leyes que regulan su uso (86).

Uno de los problemas que está cursando el Perú sobre la situación de la vivienda según el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (MVCS), es debido al Fenómeno Niño Costero, ha dejado en la actualidad muchas familias sin vivienda es por ello que el ministro señala que en octubre de este año se realizara la reconstrucción de vivienda con una meta de 45.613 viviendas. Sin embargo, Otro problema que señala es el acceso al servicio de agua y alcantarillado donde el ministro se propuso mejorar la cobertura de agua potable y saneamiento, es por eso sigue formulando y ejecutando proyectos que permitan llevar el servicio de agua a quienes no tienen (87).

Actualmente ya se tiene ejecutados 174 proyectos en el diciembre pasado y 1.500 pendientes. Por lo que El Ministerio de Vivienda se ha planteado invertir en la reconstrucción un total de S/3.900 millones. De esos, S/1.594 millones son para la edificación de viviendas; S/1.600 millones, para agua y desagüe; S/740

millones, para pistas y veredas; y S/29 millones, para el desarrollo y formulación de planes urbanos en toda la zona norte (87).

Según los datos obtenidos respecto a la vivienda determinamos que se encuentran en condiciones favorables, las viviendas proporcionaban supervivencia y protección ya que eran casa propia, vivienda unifamiliar y el material de vivienda era de material noble. Sin embargo; a través de la observación no todas estas viviendas contaban con la infraestructura adecuada paralelamente, sino que algunas de ellas contaban con paredes de material de adobe o el piso es de material de tierra o el techo es de material de esteras o eternit o a la mitad de eternit y la otra con esteras; así como la distribución dentro de las viviendas no eran las adecuadas para garantizar el espacio privado de cada miembro en el hogar. También se observó la falta de mobiliarios dentro de la casa y la poca higiene en la misma, por lo que se presencié moscas y mosquitos en estos hogares.

Uno de los problemas que también se detectó es el hacinamiento en un 25% en las viviendas, los adultos referían que usualmente los niños son los que comparten los cuartos, mientras que los adultos comparten con su pareja, esto contribuye a presentar enfermedades transmisibles como parasitosis, tuberculosis, EDAS e IRAS, por otro lado, algunos solo contaban con poco espacio distribuidos debido a que eran vivienda multifamiliares y con poco espacio para su familia.

Estudio similar a este estudio en relación a los servicios básicos como el de Flores B, (88). En su investigación titulada “Determinantes de salud en la persona adulta madura. Urbanización Mochica - Trujillo, 2012”. Obtuvo como

resultado que el 80.88% tiene casa propia, 100% de estas viviendas tienen paredes de material de cemento, ladrillo; cuenta con conexión de agua entubada en casa, conexión de red pública dentro de la vivienda, utiliza gas como combustible para cocinar y cuentan con energía eléctrica y en un 88.24% suele eliminar su basura en el carro recolector.

Así mismo se encontró un estudio que se asemeja como el de Rivera S, (89). En su investigación titulada “Determinantes de la salud en los adultos H.U.P Las brisas III Etapa- Nuevo Chimbote 2013”, concluyo que la mayoría de los adultos de esta comunidad cuentan con abastecimiento de agua por conexión directa, tienen baño propio, cocinan con gas y tienen energía eléctrica permanente; también se encontró que eliminan su basura semanal en el carro recolector.

Se encontró un estudio que difiere como el Acosta D, (90). En su estudio “Asentamientos informales, caso de estudio infravivienda en Invasión Polígono 4 de marzo en Hermosillo, Sonora, México - 2015” se obtuvo con resultado que la gran mayoría de las viviendas son viviendas de autoconstrucción que han ido construyendo poco a poco con los materiales que obtuvieron a la mano, la mayoría de las viviendas están separadas una de otra por alambres de púas. Se encontró también que no cuentan con ningún servicio básico como agua potable, electricidad, drenaje, alumbrado público, recolección de basura. En algunos casos han instalado conexiones clandestinas de electricidad, depósitos para almacenamiento de agua, agua traída de otros barrios y fosas sépticas como solución temporal a la problemática.

Cuando hablamos de servicio básicos, nos referimos aquellas actividades que realiza el gobierno a través de corporación de manera uniforme y continua,

para satisfacer las necesidades básicas de la comunidad. Como: agua potable, drenaje y alcantarillado, calles y banquetas, alumbrado público, servicio de limpieza, etc. Estos servicios juegan un papel muy importante porque se responde a las demandas planteadas por la comunidad para mejorar sus condiciones de vida (91).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en su informe trimestral sobre las Condiciones de Vida 2017, que se realiza en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG). Señala que de cada 100 hogares 89 consumen agua proveniente de red pública, siendo 95 en el área urbana y 71 en el área rural. Con respecto a eliminación de excretas, de cada 100 hogares 74 eliminan las excretas mediante red pública de alcantarillado y 7 por pozo séptico. 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%. Sobre energía eléctrica de cada 100 hogares 95 cuentan con energía eléctrica por red pública dentro de la vivienda. En el área urbana 99,2% de hogares cuenta con energía eléctrica y 79,9% en el área rural, notándose un incremento de cobertura en 2,4 puntos porcentuales en el área rural al trimestre del 2016 (92).

Este estudio llevado a cabo en el Pueblo Joven La Unión sobre determinante de salud relacionado a la vivienda se obtuvo como resultado que la totalidad de los adultos maduros tienen agua conexión domiciliaria, baño propio, energía eléctrica permanente, la basura se entierra, quema, carro recolector; la mayoría refiere que el carro recolector pasa al menos 2 veces por semana, solo eliminan su basura en el carro recolector.

Se define al servicio de abastecimiento de agua potable como aquel que brinda a los usuarios mediante el conjunto de instalaciones, infraestructura, maquinaria y equipos utilizados en los procesos de tratamiento, el almacenamiento, la conducción y la distribución de Agua Potable. Como parte de la distribución se consideran, las conexiones domiciliarias y las piletas públicas, con sus respectivos medidores de consumo, y otros medios de distribución que pudieran utilizarse en condiciones sanitarias (93).

Por otro lado el servicio de alcantarillado sanitario es el que se brinda a los usuarios mediante el conjunto de instalaciones, infraestructura, maquinarias y equipos utilizados para los procesos de recolección, tratamiento y disposición final de las aguas residuales en condiciones sanitarias. Estos dos servicios están dirigidos a crear, ampliar, mejorar o recuperar los servicios de abastecimiento de Agua potable y Alcantarillado (93).

Con respecto a los servicios básicos, los adultos maduros contaban con los servicios básicos el cual era un determinante favorable para el mantenimiento de su salud; sin embargo, con respecto al agua potable esta comunidad utilizaba dos empresas para su consumo de agua potable uno era de SEDA y el otro de COVAR, el cual esta última empresa no solía proporcionar agua potabilizada en un 100% según lo manifestado por los adultos maduros, ya que en ocasiones esta agua venía turbia o sucia con algunos residuos por lo que ellos hervían bien sus aguas. Entonces por lo mencionado anteriormente este sería un factor que podía contribuir a desencadenar problemas de salud a nivel gastrointestinal por contaminación de agua para el consumo humano.

Por otro lado, otro de los problemas detectados es la poca frecuencia del carro recolector, el 4% de adultos refirieron que el carro recolector pasaba muy pocas veces a recolectar su basura por lo que muchas veces estaban obligados a pagar al denominado triciclero para que elimine su basura, debido a que muchas veces su basura se descompone emite malos olores y genera la aparición de moscas y cucarachas, por lo que esto generaría la propagación de enfermedades infecto-contagiosas como es el caso de las EDAS o IRAS, reduciendo su mantenimiento óptimo de su salud.

En tabla 03: Del 100%(100) de los adultos maduros del Pueblo Joven la Unión el 68% (68) no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual; el 65%(65) la frecuencia de bebidas alcohólicas es ocasionalmente; el 90% (90) el número de horas que duermen es de 06 a 08; el 50% (50) la frecuencia con la que se bañan es diariamente; el 86%(86) no se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud; el 72%(72) no realiza actividad física en su tiempo libre; el 64% (64) en las dos últimas semanas no realizó ninguna actividad física durante más de 20 minutos; el 95%(95) los alimentos que consumen diariamente fideo; 75% (75) alimentos que consumen de 3 o más veces a la semana es carne; el 51% (51) alimentos que consumen de 1 o 2 veces a la semana es legumbre; el 37% (37) alimentos que consume menos de 1 vez a la semana son los dulces y gaseosa; 92% (92) alimentos que consumen nunca o casi nunca es refresco con azúcar.

Se encontró estudio similar como el de Pinto K, (94). Titulado “Determinantes de la salud de la persona adulta en la asociación de vivienda las Américas I etapa del distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa – Tacna,

2013”. Obtuvo como resultados similares que el 71% no fuma cigarrillo y el 96,7% duerme de 6 a 8 horas diariamente, también se obtuvo otros resultados como el 85% de los adultos consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente; 96,7% de 6 a 8 horas duerme; 97% se baña diariamente y 97% se realiza examen periódicamente, y por ultimo más de la mitad realizan caminata como actividad física.

Así mismo se encontró un estudio que se asemeja como el de Yanac G, (95). En su investigación “Determinantes de la salud de la persona adulta en el Asentamiento Humano la primavera I etapa – Castilla – Piura, 2013”, obtuvo como resultado que se asemejan como el 55,2% de la población adulta no fuman, 42,9% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, un 99,1% se bañan diariamente, el 70,6% se realizó un examen médico periódico; también se encontró otros resultados como el 84,1% duermen de 6 a 8 horas diarias, el 38,4% realizan deporte en su tiempo libre y el 56,1% realizo deporte 20 minutos las últimas 2 semanas.

También se encontró un estudio que difiere como el de Gutiérrez J, (96). En su investigación “Estudio en familias: factores ambientales y culturales asociados al sobrepeso y obesidad, 2017”. Llego a la conclusión que el sobrepeso y la Obesidad está relacionado con los factores ambientales tales como la poca actividad física en donde el 33.8% refirió “permanecer sentado”, el 29.5% realiza actividad física moderada (caminar, ir de compras, conducir moto, etc.) y el 18.6% trabajo manual ligero (aseo/limpieza de casa), también relaciona la alimentación, el control de peso y el valor nutritivo de los alimentos.

El consumo de tabaco se define como la práctica de fumar tabaco, el tabaco es adictivo debido principalmente a su componente activo, la nicotina, que actúa sobre el sistema nervioso central (97). Por consiguiente este consumo de tabaco es el responsable de dañar las vías respiratorias y los pequeños sacos de aire en sus pulmones, es responsable de enfermedades pulmonares que estas desencadenan en un cáncer de pulmón. Así mismo daña al corazón y a los vasos sanguíneos (sistema cardiovascular), incrementando el riesgo de cardiopatía y accidente cerebrovascular (98).

Por lo que el consumo de tabaco no es solo un problema en Perú sino en muchos países ya que esta sustancia tóxica es legalizada para el consumo humano, en donde se adquiere en cualquier tienda a la que vayas. Un ejemplo claro sobre la prevalencia del consumo de tabaco es sobre la investigación de Alcántara J y et al, (99). Titulada “Consejo breve sobre el tabaco en atención primaria de salud en Chile: un desafío pendiente, 2016”, obtuvo como la prevalencia de 32,5 de tabaquismo, viéndose que las mujeres son las que consumen mayor cantidad de cigarrillos a comparación de los varones (34,9% en mujeres vs. 23,9% en hombres), mientras que el 78,6% de los fumadores reportaron el deseo de dejar de fumar. Sin embargo el varón consume 10 o más cigarrillos al día más que las mujeres (28,5% vs 9,4%).

A si también el consumo de alcohol (otra sustancia tóxica) es otro factor causal en que desencadena más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado al riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y

enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito (100).

Por otra parte la higiene cumple una función muy importante para mantener un estado óptimo de salud, ya que existen diferentes microorganismos (bacterias, hongos, virus y parásitos) que se encuentran en todas partes, estos cruzan de una persona, un animal o un alimento a otro siempre que se den las condiciones para crecer y multiplicarse, dando origen a diferentes enfermedades (101).

El sueño se consideró un bloque de tiempo en el cual su cerebro y su cuerpo se desconectan. Las funciones del cerebro y el cuerpo se mantienen activas durante el sueño, estas actividades vitales que ocurren durante el sueño ayudan a las personas a mantener un buen estado de salud y permiten que el cuerpo funcione de manera óptima. Los estudios demuestran que no dormir lo suficiente o tener una mala calidad de sueño de manera constante aumenta el riesgo de tener presión arterial alta, enfermedad cardíaca y otras condiciones médicas. La cantidad de horas de sueño necesarias la mayoría de los adultos es entre 7 y 8 horas de sueño cada noche (102).

Este estudio llevado a cabo en el Pueblo Joven La Unión sobre determinante de salud relacionado a los estilos de vida, se obtuvo como resultado que casi la totalidad duerme de 6 a 8 horas; la mayoría no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, ocasionalmente consume bebidas alcohólicas, no se realiza examen médico periódico, no realiza actividad física en su tiempo libre, en las dos últimas semanas no realizó ninguna actividad física durante más de 20 minutos; la mitad se baña diariamente.

La Asociación de Medicina Deportiva de Colombia (AMEDCO) conceptualiza la actividad física como cualquier movimiento corporal voluntario de contracción muscular, con gasto energético mayor al de reposo; además, esta actividad es entendida como un comportamiento humano complejo, voluntario y autónomo, con componentes y determinantes de orden biológico y psicosociocultural, que produce un conjunto de beneficios de la salud, ejemplificada por deportes, ejercicios físicos, bailes y determinadas actividades de recreación y actividades cotidianas, las cuales se consideran como un derecho fundamental (103).

Por lo que la actividad física para los adultos de 18 a 65 años de edades, consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles y depresión. Se recomienda que los adultos de esta edad acumulen un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana (104).

Por otro lado el examen médico periódico se caracteriza por visitar regularmente al médico con el propósito de detectar enfermedades, evaluar el riesgo de problemas futuros, actualizar las vacunas y fomentar un estilo de vida saludable esto incluye comer una dieta balanceada, hacer ejercicio, evitar el tabaco y consumir alcohol con moderación (105).

De acuerdo a los datos obtenidos, estos adultos maduros no adoptan estilos de vida saludable ya que se evidenció el consumo de alcohol “ocasionalmente”, a pesar de que la mayoría de estos adultos manifestaron que solo consumían bebidas alcohólicas en ocasiones. Esta es contradictoria ya que se observó durante los días de aplicación del instrumento que estos adultos se encontraban los fines de semana en las esquinas bebiendo alcohol en grupo.

Otro punto que se evidenció como estilos no saludables son la poca actividad física, ya que las adultas maduras solo se dedicaban a los quehaceres de su casa el cual consistía en limpiar y cocinar por las mañanas, mientras que por las tardes se dedican a mirar televisión olvidándose de lo importante que es realizar actividad física, a su vez respondieron que no tenían tiempo para realizar actividad física o que descansaban por las tardes, ya que por las mañanas era muy cansado (se levantaban muy temprano para atender a su esposo e hijos). En el caso de los varones solo se dedicaban al trabajo y llegaban a casa solo a descansar, olvidándose de realizar actividad física. Por lo tanto la falta de actividad física en este grupo etario puede conllevar a presentar problemas de obesidad, sobrepeso o enfermedades no transmisibles por lo manifestado anteriormente.

Respecto a la higiene respondieron que se bañaban a diario en verano pero en temporadas de invierno dejando un día por el frío. A sí mismo cuando se le preguntó si se hacían exámenes periódicos respondían que no porque no era necesario y que solo acudían a los establecimientos de salud cuando se encontraban enfermos, siendo esto un problema ya que al no realizarse examen médicos desconocerían sobre su estado de salud, contribuyendo a que las

personas puedan presentar a esta edad enfermedades no transmisibles como: hipertensión arterial, diabetes y cáncer.

Con respecto al consumo de alimentos en esta población se encontró un estudio similar como el de Leon K, (106). En su estudio sobre “Determinantes de salud de los adultos del sector “San Miguel” Monterrey Huaraz, 2013”. Obtuvo como resultados similares que el 99,1% consume diariamente fideos y en un 90,9% consume pan – cereales, el 48,2 % de la población consumen fruta 3 o más veces a la semana, mientras que el 40,9 % consumen pescado 1 o 2 veces a la semana. También se obtuvo otros resultados como: el 51,8 % consumen carne 1 o 2 veces a la semana, el 31,8 % consumen huevo 3 o más veces a la semana y por el último consumen verduras y hortalizas a diario en un 70,9 %.

También se encontró un estudio que se asemeja como el de Vásquez B, (107). En su estudio titulado “Determinantes de la salud en el adulto. Asentamiento Humano Nueva Esperanza, Nuevo Chimbote-2014”. Obtuvo como resultados que se asemejan como el consumo de fideo y pan/ cereales diariamente (80,6% y 80,0% respectivamente); también se obtuvo otros resultados en el consumo diario futas (92%), huevos (69,33%), pescado (51,33%), verduras (79,33%), gaseosa y dulces (44,33%) y frituras (46,67%).

Y por último se encontró un estudio que difiere como el de Naviel V, (108). En su investigación “Conductas promotoras de salud en alimentación saludable y actividad física en conductores de la locomoción colectiva de una empresa privada de la ciudad de Puerto Montt- 2016”. Obtuvo que la mayoría mantiene una alimentación inadecuada (74%), al realizar la diferenciación entre

individuos sin y con patología, los primero consumen mayor cantidad de pan (81,5%) y alimentos ricos en grasas saturadas y colesterol (63%). En cuanto al consumo de legumbres y huevo se pudo apreciar que los participantes crónicos son los que poseen un consumo mayor (54,6% y 72,7%, respectivamente).

En esta etapa adulta el cuerpo no exige demandas energéticas y nutricionales como en la adolescencia, sino se ve reducción en las necesidades energéticas en un 5% por cada década, por lo que en esta edad se recomienda consumir menos calorías, ya que esta produce un aumento marcado de masa grasa en el cuerpo (109).

Según la OMS estima que a partir de los 40 años la necesidad de energía para ambos sexos desciende, debido a la disminuye el metabolismo basal del individuo, quiere decir que la energía que consume el organismo en situaciones de reposo para mantener las funciones vitales la cual es utilizada para el bombeo de sangre, mantenimiento de la temperatura corporal, etc. Por lo tanto esta reducción determina la necesidad de aportar menos calorías al cuerpo evitando el incremento gradual de peso que conduce a la obesidad si no se corrige a tiempo (109).

Las necesidades que el cuerpo requiere de cada nutriente son cuantitativamente muy diferentes. Así, las proteínas, los hidratos de carbono y las grasas, que son los únicos nutrientes que nos proporcionan energía o calorías, deben consumirse diariamente en cantidades de varios gramos y por eso se denominan macronutrientes. El resto, vitaminas y minerales, que se necesitan en cantidades mucho menores, se llaman micronutrientes; por ejemplo, de vitamina C únicamente necesitamos unos pocos miligramos (60-100 mg/día), del orden

de microgramos como vitaminas (B12, folato o vitamina D 10 mcg/día). Sin embargo, todos los nutrientes son igualmente importantes y la falta o el consumo excesivo de cualquiera de ellos pueden conllevar a enfermedad o desnutrición (110).

Este estudio llevado a cabo en el Pueblo Joven La Unión, con respecto a la alimentación se obtuvo que, casi la totalidad consumen a diario fideos, alimento que nunca o casi nunca consumen refrescos con azúcar; la mayoría consume carne de 3 a más veces a la semana; más de la mitad consume legumbre de 1 o 2 veces a la semana; menos de la mitad consume 1 vez a la semana son dulces y gaseosa.

Las frutas y las verduras son fuentes alimentarias de vitaminas y minerales. Estos micronutrientes son elementos químicos esenciales que el organismo necesita en pequeñas cantidades para su funcionamiento normal. Participan en la utilización de la energía que aportan los macronutrientes y en la regulación de varios procesos tales como el mantenimiento de los huesos, los músculos y la sangre, así como en el fortalecimiento del sistema inmunológico, ayudando al organismo a defenderse de enfermedades (111).

Una alimentación saludable se define como el equilibrio entre la ingesta y las necesidades alimentaría. Para mantener un estado nutricional normal y prevenir las enfermedades degenerativas relacionadas con la alimentación, se recomienda que cada persona debe consumir las calorías necesarias para compensar su gasto energético y satisfacer sus necesidades de nutrientes esenciales, limitando la cantidad de grasas, grasas saturadas, colesterol, sal y alcohol (112).

Por otro lado las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son la principal causa de enfermedad y muerte en el mundo; su elevada presentación está relacionada de manera amplia con factores de riesgo del comportamiento tales como una dieta no saludable (entendida como la ingesta elevada de grasas saturadas, sal, azúcares y dulces y un consumo insuficiente de frutas y verduras), la inactividad física, el tabaquismo y el consumo abusivo de alcohol. Por lo tanto la alimentación saludable es uno de los factores principales para la promoción y mantenimiento de una buena salud, lo que representaría una reducción sustancial de la mortalidad y la carga de enfermedad a nivel mundial (113).

De acuerdo a los datos obtenidos estos adultos maduros consumían en mayor proporción carbohidratos, con respecto al consumo de carnes respondían que comían variado un día comían pescado otro día pollo otro día carne de res o suplantaban con huevo pero nunca había un proteína que faltase en el almuerzo, solían consumir refrescos con fruta natural que preparaban, menestras consumían muy poco y la mayoría respondían que no comían mucho verduras ni frutas. Por lo que no podemos hablar de una comida balanceada ya que su alimentación solo consiste en un plato de arroz, papa y su presa (ya sea de pollo, carne, pescado, etc.), mas no verduras. Sabemos que cuando hablamos de comida balanceada nos referimos a las porciones arroz, carnes y verduras, que aporta los nutrientes los nutrientes esenciales que necesita nuestro cuerpo para que realice una buena función.

Para concluir, la suma de estos estilos de vida no saludable en esta comunidad les llevara a presentar enfermedades no trasmisibles, ya que consumen más de lo que requieren (tiene una dieta desequilibrada) y realizan

poco desgaste energético, por lo que les conllevaran a presentar enfermedades no trasmisibles sin que ellos sepan, es más será una desconocimiento total debido a que no suelen acudir a visitar al médico como medida preventiva y solo reconocerán estas enfermedades cuando presenten diversas sintomatologías.

En la tabla 04, 05, 06: Del 100% (100) de los adultos maduros el 54% (54) en la institución de salud en la que se atendieron los últimos 12 meses fue un Puesto de Salud; el 56% (56) considera que el lugar donde lo atendieron está muy cerca de su casa; 34%(34) el tiempo que espero para que lo atendieran le pareció regular; el 50% (50) tiene tipo de seguro SIS; el 51% (51) la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue regular; el 82% (82) no tiene pandillaje o delincuencia cerca de su casa; el 92%(92) no recibe algún apoyo social natural; el 97% (97) no recibe algún apoyo social organizado, el 100% (100) no recibe ningún apoyo social de las organizaciones.

Se encontró un estudio similar como el de Vite L. (114). Titulada “Determinantes de la salud del adulto del Asentamiento Humano San Martín - Sechura, 2013” en donde obtuvo como resultados similares al tipo de seguro y tiempo de espera, el 49,23% tiene seguro del SIS y el 45,38% considera que el tiempo de espera para ser atendido es regular; mientras el 56,25% se atendió en un centro de salud los últimos 12 meses y el 56,92% refiere que recibió una buena calidad de atención.

A si mismo se encontró un estudio que se asemeja como el de Vargas V y col, (115). Titulada “Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición-2013”; que se llevó acabo en consultas médicas internos donde se obtuvo que el 45% de los encuestados refirieron que recibieron una calidad de

atención regular afirmando que algunas veces fueron tratados amablemente mientras que otras ocasiones no lo fueron; sin embargo, 55% afirmaron que nunca fueron tratados con amabilidad.

Por otro se encontró un estudio que difiere como el de Hernández M y col, (116). En su estudio sobre “Conductas y factores que influyen en la utilización de servicios de salud en la población adulta de la región sur del Estado de México- 2013”. Obtuvo como resultados que esta población no suele usar los servicios de salud que le brinda el estado, resaltando tres razones por lo que no acuden; uno es porque alguna vez fueron maltratados durante la atención médica, otro porque creen que no es necesario acudir al médico y por ultimo no acuden por razones culturales (ya que suelen recurrir métodos caseros); el 72,5% no cuentan con acceso a la afiliación a instituciones de seguro social, mientras que el 47,5% recurre a la automedicación.

Se define alta calidad de atención según la OMS, como aquella atención de salud que logre realizar una buena identificación de necesidades de salud de un individuo o de una población de forma total y precisa, al cual se destinara recursos necesarios para la resolución de sus necesidades de manera oportuna y efectiva. A través de esta calidad se lograra establecer la seguridad del paciente; evitando, previniendo y mejorando los resultados adversos o lesiones derivados de procesos de atención sanitaria (117).

Así mismo el Seguro Integral de Salud (SIS) es un modo que supera la barrera de acceso económico en beneficio de los más pobres, reduce la limitación al acceso a la salud a quienes no pueden afrontar parte de los costos, en tanto que quienes viven en pobreza y pobreza extrema carecen de la posibilidad de acceder

a dichos servicios. De esta manera, el SIS es una de las políticas más importantes para avanzar hacia el aseguramiento público de la población más pobre del país que presenta los mayores índices de enfermedad y mortalidad (118).

Por otra parte el Seguro Social de Salud (EsSalud), es un organismo público descentralizado, creado con la finalidad de dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes (cónyuge o concubino, hijos menores de edad o mayores incapacitados para el trabajo) a través del otorgamiento de prestaciones de salud. Las personas que obtiene este tipo seguro de salud son aquellas que trabajan para una empresa afiliados a este seguro y trabajador independiente. El afiliado titular y/o entidad empleadora debe registrar a los derechohabientes del titular para el acceso a las prestaciones correspondientes (119).

Esta investigación llevado a cabo en el Pueblo Joven La Unión se obtuvo que más de la mitad se atendió en estos 12 últimos meses en un Puesto de Salud, el lugar donde se atendió es muy cerca de su casa, la calidad de atención que recibió fue regular; la mitad tiene tipo de seguro SIS; menos de la mitad el tiempo que espero para que le atendieran fue regular.

Cuando hablamos de calidad en la atención en salud se hace referencia a la esencia de cualquier acción o actividad en la búsqueda de mejorar el estado de salud de la población, satisfaciendo las necesidades de salud; sin embargo, en la actualidad se ve la ausencia de la calidad de atención, a pesar de los nuevos conocimientos y los avances científicos que a su vez no han logrado garantizar una buena calidad en salud; aún se percibe servicios ineficientes e inefectivos, acceso a los servicios de salud de forma limitada, incremento de costos, quejas e insatisfacción de los usuarios, pérdidas humanas por mala praxis (120).

Así mismo una buena calidad de atención en salud hace referencia a brindar a los pacientes un buen trato, donde se debe entender y atender la salud y la enfermedad holísticamente, mas no causándoles daño que sumen a su problema de salud; se debe respetando los derechos en salud de estos adultos maduros, así como su cultura donde abarque: sus creencias religiosas, su género, su clase social y su identidad étnica. Un ejemplo claro es en el hospital Boliviano-Holandés donde la población refiere una mala atención la cual es percibida por el personal sanitario y otro punto es respecto a los horarios de atención que estas por el tiempo empleado genera hacer largas colas y emplear horas para obtener un tique y ser atendidos. Es por ello que debido a esta problemática de las colas largas lo usuarios realizan colas desde las cinco de la mañana, sometidos a bajas temperaturas y con el riesgo de ser asaltados (121).

Por lo tanto la falta de calidad hace al servicio de salud inseguro ocasionando daño material o humano, causando desconfianza y acciones legales que ocasionen reacciones prácticas de medicina defensiva. Por lo tanto la falta de esta significa para el usuario realizar largas listas de espera, obtener horarios de atención incompatibles con sus posibilidades, distancias excesivas al centro de atención sanitaria y falta de medicamentos en los centros de atención (122).

Por otro lado el Seguro Integral de Salud en el Perú se creó con la finalidad de proteger la vida de las personas que no cuentan con un seguro de salud, dando prioridad aquella población vulnerable y aquellas que se encuentran en situaciones de pobre y extrema pobreza. En la actualidad según la SUSALUD los afiliados al SIS sobrepasa los 15 millones de afiliados; sin embargo, a pesar del número creciente de afiliados, aún existe un porcentaje de la población

asentada principalmente en zonas andinas y amazónicas dispersas que no cuentan con un seguro de salud (123).

A simio según Boletín estadístico de seguro integral de salud (Setiembre de 2016), se obtuvo que el total de asegurados al SIS fue de 17 499 007, con mayor concentración de afiliados se encontró entre edades de 30 a 59 años, alcanzando los 5 222 933 (29,8%), mientras que el 11,7 % de los asegurados son menores de 5 años. Sin embargo, el 60,7 % de asegurados proviene de zonas urbanas. Donde destaca la ciudad de lima como mayor atenciones brindadas al afiliados al SIS con un total de 9 millones de atenciones, seguida del departamento de Cajamarca con 4,5 millones de atenciones (124).

Según los datos obtenidos de los adultos maduros, se observa que consideran al tiempo de espera regular; sin embargo; resaltando este dato según lo manifestado por ellos, encontramos en un 24% consideraban un tiempo muy largo ya que muchas veces tenían que realizar colas largas para obtener una cita, por otro lado refirieron que el personal de salud solía llegar muy tarde al establecimiento por lo que en muchas ocasiones preferían no ir al establecimiento de salud recurriendo muchas veces a la automedicación o si existe la posibilidad de ir a una clínica para su atención recurrían a ese lugar ya que es más rápida la atención, por lo que al final consideraban una calidad de atención mala del puesto de salud.

Por otro lado estos adultos maduros si acudían a su puesto de salud, referían que acudían porque era más cerca a su casa y no gastaban en pasajes, sin embargo; otro porcentaje refiere ir con preferencia a los hospitales ya que existen

atenciones más especializadas que puedan brindarle un diagnóstico y un tratamiento eficaz.

Estos adultos maduros cuenta con tipo de seguro SIS y Essalud, sin podemos observar que también existe un 14% que no cuenta con ningún tipo de seguro, los cuales durante la entrevista manifestaron estos adultos maduros que no podían afiliarse al SIS debido a que figuran en la INEI como población no pobre o porque en algún momento de su vida y por razones necesarios sacaron préstamos a el banco, también era porque muchas veces desconocían como afiliarse al SIS, por lo que todos estos factores limitaban el acceso a este derecho; tampoco podían contar con un seguro de EsSalud ya que su trabajo tiene como ocupación eventual lo que significaba no contar con los beneficios de adquirir un seguro ya que para la entidad en la que trabaja no se encuentra afiliada a este tipo de seguro.

Muchos de ellos manifestaban su inseguridad en salud ya que no encontraban la manera en como poder solucionar este problema y muchas veces no les informan de forma correcta como solucionar este problema de afiliación al SIS, siendo esto perjudicial para su salud ya que al no contar con ningún tipo de seguro y no tener los recursos necesario para su atención en salud, esto podrían enfermar a tal grado de complicar su salud y llevarle incluso a la muerte.

Con respecto a la calidad de atención consideraban como regular calidad de atención, referían que muchas veces no se le brinda una buena calidad de atención desde que ingresan al Establecimiento de salud, como tener que esperar largas colas para obtener una cita, tener que esperar un tiempo largo para ser atendidos, esto se suma la falta responsabilidad que mostraba el personal de

salud ya que solían llegar tarde para brindarle atención y la falta de empatía que brindaban a estos adultos maduros, ya que muchas veces recibían malos tratos por el personal de enfermería cuando estos reclamaban sus por sus derechos, esto ocurría mayormente en la posta más cercana a su hogar.

Por estas razones estos adultos maduros preferían no acudir a este establecimiento de salud ya que calificaban como una de los establecimientos incapaces e inefectivos en su calidad de atención, prefiriendo muchas veces dejar de asistir a una atención médica o bien preferían acudir a hospitales o ir a clínicas privadas a pesar de tener deudas o por último que es más accesible y rápido recurrían a la automedicación ya que era un método más fácil de aliviar su problema de salud.

Por lo tanto la poca efectividades con respecto a la calidad de atención que brinda el puesto de salud, proporciona una inseguridad de salud en los usuarios por lo que desisten en acudir a estos establecimientos de salud brindado por el gobierno, llevando muchas veces a estas personas a recurrir a la automedicación siendo esto perjudicial para su salud ya que puede agravar su enfermedad pues esta puede potencializar su problema de salud como presentar alergias a estos medicamentos ingeridos o presentar resistencia bacteriana a algunos medicamento los cuales muchas veces no podrían ser tratadas con medicamentos simples sino que se necesitara de medicamentos más potentes que puedan combatir estas enfermedades, pero que primeramente se necesitar realizar estudios más especializados para determinar su diagnóstico, causándoles problemas en su economía ya que se realizarán gastos que el propio seguro de salud no les pueda cubrir.

Con respecto al pandilla y delincuencia se encontró estudios que difieren tales como el de Pandoja D, (125). Titulada “Las pandillas juveniles y la seguridad ciudadana en los habitantes de la ciudad de San Gabriel, Conton Montufar, Provincia del Carchi - 2011” donde el 87% de pobladores refirieron que presentan problemas de “inseguridad barrial” debido a la presencia de pandillas en la comunidad, donde presencian el consumo de alcohol y drogas en las calles, las peleas de bandas y también al incremento de robos en esta comunidad. Y el estudio de Chávez H, (126). Sobre “Determinantes de la salud en el adulto maduro centro poblado de Cambio Puente comité 8 – Chimbote, 2013” obtuvo que la totalidad de los adultos refieren que existe pandillaje y delincuencia cerca de su casa.

La delincuencia se define como un conjunto de personas ya sean adolescentes, jóvenes o adultos que realizan acciones delictivas que violan las leyes penales de un país, estos hechos denominados como falta o delito serán juzgados según una ley especial para ellos, estos delitos pueden variar según la persona, los contextos históricos y grupos sociales. Por lo tanto estos actos causan reprobación y conflictos en la sociedad, por lo que cada país destina ciertas estrategias o medidas para poder controlarlas (127).

A si mismo pandillaje se define como un grupo de amigos que se reúnen habitualmente con ideas similares, donde se siente identificado, pertenecientes y comprendidos. Este grupo proviene de hogares donde se ejerce la violencia y la falta de atención por parte de sus padres, por lo que los jóvenes son obligados a buscar afecto en la calle. Es ahí donde son motivados a cometer violencia a

través de actos delictivos, alterando el orden público y dañando la propiedad privada (128).

Esta investigación llevada a cabo en el Pueblo Joven La Unión, se obtuvo en los determinantes de las redes sociales y comunitarias que la mayoría de los adultos maduros referían que no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

Datos estadísticos a nivel nacional urbano para el semestre en análisis marzo-agosto 2017, obtenidos en la población de 15 años a más, muestran que el 19,8% pobladores (2mil y menos de 20mil) han sido víctimas de hechos delictivos a comparación con el semestre del año pasado ha disminuido en un 2,0% esta cifra. Sin embargo muchos de estos hechos no fueron denunciados fueron porque: Desconocen al delincuente, refieren que es una pérdida de tiempo o el delito es de poca importancia. De acuerdo a las viviendas afectadas por robo o intento de robo fue un 10,7%, estos a su vez refieren no realizar denuncias este acto delictivo por la mismas razones anteriores: “pérdida de tiempo (28,2%), desconfían de la policía (24,3%) y desconoce al delincuente 21,1%) (129).

Según los resultados según los departamentos con mayor percepción de inseguridad son: Cusco (90,9%), Lambayeque (90,6%), Arequipa (90,4%) y Lima (90,1%), así como la Provincia de Lima (90,6%), y con respecto a las ciudades con mayor percepción de inseguridad son: Cusco (94,0%), Chiclayo (92,0%), Ica (91,9%), Huancavelica (91,4%), Huancayo (91,3%), Arequipa y Lima (90,6%), así como Lima Metropolitana (90,2%), en tanto que las ciudades de Tumbes (69,6%) y Chimbote (59,9%), presentan los más bajos porcentajes de percepción de inseguridad (129).

Por lo tanto según lo que manifestaron por los adultos maduros sobre el pandillaje y delincuencia cerca de su hogar la gran mayoría refiere que no existe; sin embargo, una parte pequeña (18%) según su percepción refiere que si existe pandillaje ya que según manifestaron estos solían reunirse en las madrugadas en el parque mismo de esta comunidad en donde se reunían para consumir drogas, no solo en ese lugar sino también en la loza deportiva en donde se ven a adolescentes y jóvenes consumiendo estas sustancias, por otra parte muchos de estos pobladores han sido víctimas de sufrir asaltos cerca a su hogar y dentro de su hogar, por lo que referían no sentirse seguro a pesar de que en esta comunidad existía un cuerpo policial cerca de su vivienda, muchos de ellos criticaban la labor de los policías ya que muchas veces cuando acudían hacer denuncias estos se encuentran durmiendo y no les prestaban atención a sus denuncias.

Es por ello como se ve anteriormente según los datos estadísticos de la INEI y relacionando con lo manifestado por los adultos maduros de esta comunidad, muchos de ellos no sentían seguridad ya que las autoridades no les ofrecía una verdades seguridad ciudadana ya que eran víctimas de estos hechos delictivos ya sea fuera de su casa o dentro de ella de las cuales no realizaban sus denuncias por lo que el mismo cuerpo de policías no les prestaban la atención debida a sus denuncias por lo que se quedaban en el olvido.

Estudio similar como el de Correa A, (130). En su investigación titulada “Determinantes de la salud en la persona adulta en el centro poblado Mallares - Marcavelica – Sullana, 2014”, obtuvo que esta población no recibe apoyo social señalando que el 95,50% de los adultos refieren que no recibe apoyo por parte del programa Pensión 65, ni recibe apoyo por parte del comedor en un 95,50%

y el 98,10% no recibe ningún apoyo por parte de otras instituciones o programas del estado. A si también se encontró un estudio que asemeja como el de Villanueva A, (131). En su estudios sobre “Determinantes de salud de los adultos del barrio de Parco Grande – Pomabamba-Ancash, 2014.”, obtuvo que el 85,3% no recibe apoyo social natural y el 95,6% no recibe ningún apoyo organizado.

También se encontró un estudio que difiere a esta investigación con el de Chinchay M, (132). En su estudio “Determinantes de Salud de los Adultos de Quenuayoc Sector “A” Willcacará Independencia Huaraz, 2013”. Se obtuvo que esta población si recibe apoyo natural y organizando: el 67,3% reciben apoyo social natural de sus familiares, 100% cuentan con apoyo social organizado seguridad social, el 84% son beneficiarias de vaso de leche.

El apoyo social se define como aquella ayuda emocional, instrumental o de otra índole brindada por un determinado entramado social. Donde cumple un papel fundamental puesto que ayuda a “proveer sentido a la vida”, aporta “retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de la salud”, propicia una serie de “actividades personales que se asocian positivamente con sobrevida” y que se orientan al cuidado y a la promoción de la salud. Entre las fuentes de apoyo social podemos distinguir las formales y las informales, los apoyos brindados por fuentes formales pueden provenir del ámbito público o privado, los apoyos pueden ser proporcionados a partir de políticas públicas, otorgamiento de subsidios y programas de prestación de servicios (133).

Por lo tanto el apoyo social es fundamental en una comunidad para su desarrollo, ya que garantiza el fortalecimiento de las relaciones personales dentro de un grupo, permitiendo desarrollar positivamente sentido de pertenencia en

la comunidad. Ya que a través de ello se intercambian sentimientos mutuos que genera una estructura sólida dentro de la comunidad reduciéndose sentimientos de individualismo egoísta (134).

Este estudio llevado a cabo en el Pueblo Joven La Unión se obtuvo como resultado con respecto al Apoyo social que la totalidad no recibe apoyo social de organizaciones, casi la totalidad no recibe apoyo social natural, ni recibe apoyo social de las organizaciones.

El Programa Nacional de Asistencia Solidaria - Pensión 65 fue creado con el objetivo de generar un ingreso económico periódico que atenúe la vulnerabilidad social de las personas adultas mayores a partir de 65 años, en condición de extrema pobreza, con la finalidad de mejorar su calidad de vida (135).

El Programa del Vaso de Leche fue implementado por el estado a través de sus municipalidades provinciales y distritales del país, donde se brinda apoyo social alimentario, con el propósito de brindar una ración de 250 cc. De leche o alimento equivalente. A este programa primordialmente se tiene cobertura a niños de 0 a 6 años de edad, madres gestantes y en período de lactancia, priorizando entre ellos, la atención a quienes presenten un estado de desnutrición o se encuentren afectados por tuberculosis (136).

Estos adultos maduros no reciben apoyo social natural ni organizado, pues nunca les fue necesario contar con el apoyo social ya que estaban en buenas condiciones físicas como para suplir sus necesidades económicas, quizás no contaban con mucho dinero, pero lo suficiente como para poder alimentarse todos los días. Manifestaron también que si existe vasos de leche en la

comunidad pero que no participaban en ello ya que en estos programas se les daba preferencia a las personas que más lo necesitan. Por ultimo manifestaron que siempre se mostraran activos para ayudar a los que le necesitan de una u otra manera en su comunidad.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- En los Determinantes biosocioeconomicos la totalidad cuentan con servicios básicos, cocinan con gas, su basura eliminan en el carro recolector; casi la totalidad tiene casa propia, sus casas de material noble; la mayoría tiene secundaria completa, menos de la mitad tiene ingreso económico de 751 a 1000 soles, ocupación trabajo eventual.
- En los Determinantes de los estilos de vida casi la totalidad consumen diario fideos; la mayoría no fuma; ocasionalmente consume bebidas alcohólicas, no se realiza examen médico periódico, no realiza actividad física en su tiempo libre.
- En los Determinantes de redes sociales y comunitarias casi la totalidad no recibe apoyo social natural, ni organizado; la mayoría refiere que no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa; más de la mitad recibió una calidad de atención regular; la mitad tiene tipo de seguro SIS.

5.2. Recomendaciones

- Difundir los resultados obtenidos en el lugar donde se realizó la investigación a las autoridades y las instituciones de salud con fin de enriquecer y conozcan la problemática en salud que presente población adulta.
- Hacer llegar los resultados obtenidos de la investigación a las autoridades locales con la finalidad de que conozcan la problemática en salud y busquen estrategias que puedan contribuir en la calidad de vida de este grupo etario para evitar la presencia de enfermedades degenerativas que se ven con mayor numero en la actualidad.
- Sensibilizar a los jefes de los establecimientos de salud para que diseñen e implementar programas educativos que puedan contribuir a mejorar los hábitos de los adultos maduros, conllevándoles a empoderarse de una cultura saludable.
- Incentivar que a sigan realizando nuevos trabajos de investigación en base a los resultados del presente estudio que permitan conocer más a su población y que exista una mejora a través de intervención que se logren a ser con el fin de mejorar los estilos de vida en este grupo etario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejo Económico y Social. Progresos en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible [libro en línea]. Naciones Unidas: Consejo Económico y Social; 2017. [fecha de acceso 19 de noviembre de 2017]. URL disponible en: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/2017/66&referer=http://www.un.org/es/documents/index.html&Lang=S
2. Naciones Unidas Nueva York. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2016 [libro en línea]. Nueva York: Naciones Unidas Nueva York; 2016. [fecha de acceso 19 de noviembre de 2017]. URL disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/report/2016/the%20sustainable%20development%20goals%20report%202016_spanish.pdf
3. World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [libro en línea]. Geneva: World Health Organization; 2016. [fecha de acceso 19 de noviembre de 2017]. URL disponible en: http://who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/
4. Carissa F. El logro de la cobertura universal de salud es un imperativo moral. MEDICC Review [serie en internet]. 2015 [citado 2017 Noviembre 19]; 17 Suppl S12–3: [Alrededor de 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=33>
5. Organización Panamericana de la Salud, Organización mundial de la salud. Salud en las Américas, Resumen: panorama regional y perfiles de país [libro en línea]. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Organización mundial de la salud; 2017. [fecha de acceso 19 de noviembre de 2017]. URL

- disponible en: <http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
6. Tardy M: Diferentes miradas sobre el concepto de Salud [internet]. Argentina. Psico-web.com; 2007- 2011 [consultado 2017 Noviembre 19]. Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
 7. Lafit J. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud [libro en línea]. Universidad Nacional de la Plata; 2016 [fecha de acceso 19 de noviembre de 2017]. URL disponible en: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lafit_jimena_ficha_de_catedra_.%20APS.%20-Ficha%20de%20c%C3%A1tedra-.pdf
 8. Palomino P, Grande M, Linares M. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIALES Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI [serie en internet]. RIS. 2014 [citado 2017 Noviembre 19]; 72 (1): 71-91. Disponible en: http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/03/La-salud-y-sus-determinantes-sociales_Palomino-Moral.pdf
 9. Díaz S. Salud Pública y Epidemiología. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2006.
 10. Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Med Per [serie en internet]. 2011 [citado 2017 Noviembre 19]: 28 (4): [Alrededor de 5 paginas]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>
 11. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación [libro en línea]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 [fecha de acceso 19 Noviembre de 2017]. URL disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf

12. Tarlov A, Social determinants of Health: the sociobiological transition, London: BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D, Health and Social Organization; 2008.
13. Ministerio de Salud. Modelo de abordaje para la promoción de la Salud generación [libro en línea]. Perú: Ministerio de la Salud. 2012 [fecha de acceso 19 Noviembre de 2017]. URL disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf
14. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile [serie en internet]. P. Universidad Católica De Chile. 1994 [citado 2017 Noviembre 19]; 23: 18-22. Disponible en: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1080/949>
15. García C. Equidad y salud bucal. Rev Estomatol Herediana [serie en internet]. 2015 [citado 2017 Noviembre 19]; 25(2): 85-86. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n2/a01v25n2.pdf>
16. Sanchez F. La inequidad en salud afecta el desarrollo en el Perú. Rev Perú Med Exp Salud Publica [serie en línea]. 2013 [citado 2017 Noviembre 19]; 30(4): 676-82. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2013.v30.n4.a22.pdf>
17. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health [libro en línea]. Great Britain: The Stationary Office; 1998 [fecha de acceso 19 Noviembre de 2017]. URL disponible en:

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265503/ih.pdf

18. De la Torre M, Oyola A. Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición. Rev Perú Epidemiol [serie en línea]. 2014 [citado 2017 Noviembre 19]; 18 (2): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2031/203132677002/>
19. García J, Vélez C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. Rev. salud pública [serie en línea]. 2013 [citado 2017 Noviembre 19]; 15(5): 731-742. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/39459/62129>
20. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas” [libro en línea]. Chile: Ministerio de la Salud; 2010. [fecha de acceso 19 Noviembre de 2017]. URL disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Francisca_Infante/publication/265376754_INFORME_TECNICO_FOROS_CONSTRUYAMOS_JUNTOS_UNA_MEJOR_SALUD_PARA_TODOS_Y_TODAS/links/5409f6e60cf2d8daaafb9d45/INFORME-TECNICO-FOROS-CONSTRUYAMOS-JUNTOS-UNA-MEJOR-SALUD-PARA-TODOS-Y-TODAS.pdf
21. Consejo Nacional de Salud. Lineamientos y medidas de reforma de sector Salud [libro en línea]. Perú: Consejo Nacional de Salud; 2013. [fecha de acceso 19 Noviembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>

22. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: enfermedades no transmisibles y trasmisibles, 2017 [libro en línea]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017. [fecha de acceso 19 Noviembre de 2017]. URL disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/doc_salud/Enfermedades_no_transmisibles_y_transmisibles_2016.pdf
23. Oficina de Estadística de la Red Pacifico Norte. Chimbote; 2016.
24. Silberman M, Moreno L, Kawas V, González E. Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Una experiencia desde los centros de salud pública. Rev Fac. Med [serie en internet]. 2013[citado 2017 Mayo 24]; 56(4). Disponible en: <http://scielo.org.mx/pdf/facmed/v56n4/v56n4a4.pdf>
25. Ochoa M. Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en relación con el estado nutricional en adultos/as del mercado mayorista Gran Colombia [trabajo para optar título de médico general]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2014 [citada 2017 Mayo 18]; Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/10647/1/Mar%C3%ADa%20del%20Cisne%20Ochoa%20Espinosa.pdf>
26. Yenque J. Determinantes de la salud en los adultos maduros con obesidad y sobrepeso en el Asentamiento Humano Vate Manrique, Chulucanas – Piura. 2012. [trabajo para optar título de licencia en enfermería]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2012. [citada 2017 Noviembre 19]; Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000037227>

27. Salazar F. Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Vista Alegre Sector "P" - Huaraz, 2013. [trabajo para optar título de licenciada en enfermería]. Huaraz: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2012. [citada 19 Noviembre 19]; Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000035365>
28. Arroyo M. Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto maduro del A.H. Lomas del Sur-Nuevo Chimbote, 2012. [Trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000033222>
29. Reyes M. Determinantes de la salud en los adultos maduros en el Asentamiento Humano los licenciados - Nuevo Chimbote, 2013. [trabajo para optar título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2013. [citada 2017 Noviembre 19]; Disponible en: <https://slidedoc.es/determinantes-de-la-salud-en-los-adultos-maduros-en-el-asentamiento-humano-los-licenciados-nuevo-chimbote-pdf>
30. Juvinyà D. La promoción de la salud, 25 años después. Barcelona: Documento Universitaria; 2013.
31. Teresita G, D'Andrea L, Staffolani C. Promoción de la Salud una perspectiva latinoamericana. Latinoamérica: Latín; 2014.
32. Bennassar M. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud. [trabajo para optar título grado de doctorado en Ciencias Biosociosanitarias]. Palma: Universitat de les Illes Balears; 2011. [citada 2017 setiembre 17]; Disponible en:

<https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi5-br79Z7XAhWGKCYKHSdQBfMQFgglMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.tdx.cat%2Fbitstream%2Fhandle%2F10803%2F84136%2Ftmbv1de1.pdf&usg=AOvVaw3QcoghnGyQJ3Ue40pUd3az>

33. Frensz P. Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. Rev Chil Salud Pública [serie en línea]. 2005 [citada 2017 septiembre 17]; 9 (2): 103-110. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/20128/21293>
34. Uribe M, Rodríguez K, Agudelo Marcela. Salud sexual y reproductiva en México: determinantes sociales y acceso a los servicios del seguro popular en el municipio de León-Guanajuato. Argentina: CLACSO; 2015.
35. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Revista internacional de sociología. CSIC. 2014; 72(1): 71-91.
36. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud [libro en línea]. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189. [fecha de acceso 19 Noviembre de 2017]. URL disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo_.pdf?sequence=4&isAllowed=y
37. Otero A, Zunzunegui M. Cap. 6, Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria [libro en línea]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2016. [fecha de acceso 19 Noviembre de 2017]. URL

- disponible en: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio-basica-1.2.2-1.pdf>
38. Alcántara G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. Sapiens [serie en internet]. 2008 [citada 2017 Mayo 24]; 9(1): 93-103. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
39. Fortuny M, Gallego J. Educación para la salud. Revista de Educación [serie en internet]. 1988 [citada 2017 Mayo 30]; (287): [Alrededor de 20 pantallas]. Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/dctm/revista-de%20educacion/articulosre287/re28713.pdf?documentId=0901e72b813c300e>
40. Carvajal A. Apuntes sobre desarrollo comunitario [libro en línea]. España: Universidad de Málaga; 2011. [fecha de acceso 30 de mayo de 2017]. URL disponible en: http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/elibros_internet/55714.pdf
41. Perrin P. los servicios en el nivel primario [libro en línea]. Suiza: CICR; 2006. [fecha de acceso 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
42. Besoain C, Vallejos S. Educación en salud en establecimientos de atención primaria [libro en línea]. La Serena: Universidad Austral de Chile; 2007. [fecha de acceso 30 de mayo de 2017]. URL disponible en: <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202007/EDUCACION%20EN%20SALUD%20EN%20ESTABLECI MIENTOS%20DE%20ATENCI%D3N%20PRIMARIA.pdf>

43. Díaz J, Duque F. La economía en la Doctrina Social de la Iglesia. Madrid: IITD; 2003.
44. Sosa M. ¿Cómo entender el territorio? [libro en línea]. Guatemala: CARA PARENS; 2012. [fecha de acceso 30 de mayo de 2017]. URL disponible en: <http://www.rebellion.org/docs/166508.pdf>
45. Sanabria C. El rol del estado y la salud en el Perú [serie en internet]. Revista de la facultad de ciencias económicas. 2015 [citada 2017 Mayo 24]; 5 (15). [Alrededor de 16 pantallas]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/economia/15/pdf/rol_estado_salud.pdf
46. Adam F. Andragogía Ciencia de la Educación de Adultos [libro en línea]. Venezuela: Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez; 1970. [fecha de acceso 30 de mayo de 2017]. URL disponible en: <http://dip.una.edu.ve/mead/andragogia/paginas/adam1977.pdf>
47. Organización Mundial de la Salud. 55a Asamblea Mundial de la Salud [libro en línea]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. [fecha de acceso 30 de mayo de 2017]. URL disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf;jsessionid=8AC50442777FE332D8D1187A46BB17A5?sequence=1>
48. Zabalegui A. El rol del profesional en enfermería. ALQUICHAN [serie en internet]. 2003 [citada 2017 Mayo 30]; 3: [Alrededor de 5 pantallas]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/33/62>
49. Cazau P. Introducción a la investigación en Ciencias Sociales [libro en línea]. 3era Edición. Buenos Aires; 2006 [fecha de acceso 30 de Mayo de 2017]. URL

disponible en:

<http://alcazaba.unex.es/asg/400758/MATERIALES/INTRODUCCI%C3%93N%20A%20LA%20INVESTIGACI%C3%93N%20EN%20CC.SS..pdf>

50. Fernández P, Pértegas S. Investigación cuantitativa y cualitativa. Cad Aten Primaria [serie en internet]. 2002 [citada 2017 Mayo 30]; 9: 76-78. Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali2.pdf
51. Ayala F, Paniagua Y, Pérez D. Método de investigación en Psicología [libro en línea]. California: Universidad Autónoma de Baja California; 2012 [fecha de acceso 30 mayo de 2017]. URL disponible en: <https://es.slideshare.net/mfan2901/diseo-preexperimental-5110929>
52. González S, González N, Valdez J. Significado psicológico de sexo, sexualidad, hombre y mujer en estudiantes universitarios. CNEIP [serie en internet]. 2016 [citada 2017 Mayo 30]; 21(3), 274-281. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29248182007.pdf>
53. Departamento de justicia, empleo y seguridad. Definiciones utilizadas en el censo del mercado de trabajo [internet]. Gobierno Vasco; 2002 [acceso el 30 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.ivap.euskadi.eus/contenidos/informacion/5873/es_2266/adjuntos/CMTOferta2002Doc.4.Definiciones.pdf
54. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. México: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM); 2010.

55. Perez J, Gardey A. Definición de ocupación [internet]. Definicion.de; 2012. [acceso el 9 de setiembre 2017]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
56. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. México: Instituto Nacional de Estadística y geografía; 2011.
57. Yuca S. Lineamientos para la promoción de viviendas saludables con adaptación al cambio climático [libro en línea]. Perú: MDGIF; 2010. [fecha de acceso 30 mayo de 2017]. URL disponible en: <http://www1.paho.org/per/images/stories/PyP/PER37/12.pdf>
58. Carbajal A. Manual de nutrición y dietética [libro en línea]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2013. [fecha de acceso 30 de mayo de 2017]. URL disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/458-2013-07-24-cap-1-conceptos-basicos.pdf>
59. Martos E. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales [libro en línea]. Gandía: Universidad Politécnica de Valencia. 2010. [fecha de acceso 30 de mayo de 2017]. URL disponible en: <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
60. Sánchez L. “Satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos”. [trabajo para optar el título de especialista en Médico Cirujano]. Pachuca: Universidad Autónoma del estado de Hidalgo; 2005. [citada 2017 mayo 30]; Disponible en:

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

61. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España: Monografias.com; 2010. [Citado 2010 Set 12]. [Alrededor de 10 pantallas] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
62. Hernández y col. Validez y confiabilidad del instrumento [internet]. España; 2009. [accedido 12 de setiembre de 2010]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
63. 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
64. Ávila M. Determinantes de la salud en la persona adulta en el caserío Miraflores-La Huaca-Paita, 2013. [trabajo para optar título de licenciada en enfermería]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2013. [citada 2017 Mayo 2]; Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/698/DETERMINANTES_DE_LA_SALUD_PERSONA_ADULTA_MERCEDES_JULEYDI_AVILA_MOGOLLON.pdf?sequence=1&isAllowed=y
65. Pinedo P. Determinantes de la salud en adultos maduros Asentamiento Humano Nuevo Moro – 2015. [trabajo para optar título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015. [citada 2017

Mayo 2]; Disponible en:
<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000039188>

66. Chuqui J. Determinantes de la salud en el adulto maduro en la habilitación urbana progresista 1 de Agosto, Nuevo Chimbote, 2013. In Crescendo. Chimbote: Editorial: In Crescendo [serie en línea]. 2015 [citada 2017 Mayo 2]; 2(1): 124-140. Disponible en:
<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/846/507>

67. Peña J. Determinantes de la salud del adulto en el caserío palo blanco - Chulucanas - Morropon - Piura, 2013. [tesis para optar el título de licenciada de enfermería]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [citada 2017 Mayo 2]; disponible en:
http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/762/DETERMINANTES_DE_LA_SALUD_PERSONA_ADULTA_PENA_NOLE_JOHAN_A_LIZBETH.pdf?sequence=1&isAllowed=y

68. Carranza T. Determinantes de la salud en los adultos maduros, pueblo joven San Juan, Chimbote, 2013. . [tesis para optar el título de licenciada de enfermería]. Chimbote: Editorial: In Crescendo; 2015. [citada 2017 Mayo 2]; disponible en:
<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/934/514>

69. Ministerio de la Salud. Modelo de Atención Integral de la salud [diapositivas]. Lima: MINSA; 2005. 40 diapositivas. Disponible en:
<https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwid39Pr0->

[nXAhUFyyYKHTCcAxoQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.minsa.gob.pe%2Fportal%2FServicios%2FSuSaludEsPrimero%2FMAIS%2FReunionMacro%20MAIS%204%20Exp%20Etapa%20Adulto.ppt&usg=AOvVaw3vZ9p1ys1fXD2ijO_GNvxV](http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/MAIS/ReunionMacro%20MAIS%204%20Exp%20Etapa%20Adulto.ppt&usg=AOvVaw3vZ9p1ys1fXD2ijO_GNvxV)

70. Freda, R. La ciencia del sexo: conceptos fundamentales de la sexología moderna [libro en línea]. Argentina: SB Editorial; 2015. [fecha de acceso 2 de mayo de 2017]. URL disponible en: https://www.academia.edu/24218006/LA_CIENCIA_DEL_SEXO
71. Consejo Nacional de Educación. Propuesta de metas educativas e Indicadores al 2021 [libro en línea]. Perú: Organización de Estados Iberoamericanos; 2010. [fecha de acceso 2 de mayo de 2017]. URL disponible en: http://www.minedu.gob.pe/Publicaciones/Folleto_Metas2021_setiembre.pdf
72. Sanchez A. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 - Nacional y Regional [libro en línea]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI); 2016 [fecha de acceso 20 de Noviembre de 2017]. URL disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digiales/Est/Lib1433/index.html
73. Instituto Nacional de Estadística (INEI). Situación del Mercado Laboral en Lima Metropolitana [libro en línea]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017. [fecha de acceso 20 de Noviembre de 2017]. URL disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/11-informe-tecnico-n10_mercado-laboral-ago-set-oct2017.pdf
74. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Clasificador de carreras de educación superior y técnico productivas [libro en línea]. Lima: Instituto

- Nacional de Estadísticas e Informática; 2014. [fecha de acceso 20 Noviembre de 2017]. URL disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/DocumentosPublicos/ClasificadorCarrerasEducacionSuperior_y_TecnicoProductivas.pdf
75. Neumark D, Wascher W. Salarios mínimos [libro en línea]. Estados Unidos: Massachusetts Institute of Technology; 2008. [fecha de acceso 20 Noviembre de 2017]. URL disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/OtrosDocumentos/Doc_2016_018.pdf
76. Comisión de Legislación y Codificación. Código del trabajo [libro en línea]. Ecuador: Dirección Nacional de Asesoría Jurídica de la PGE; 2013. [fecha de acceso 20 de octubre de 2017]. URL disponible en: <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/CODIGO-DEL-TRABAJO-1.pdf>
77. 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 [citada 2017 Mayo 16]: 2 (1). Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2313-02292012000100002&script=sci_arttext
78. Vílchez A. Determinantes de la salud en adultos de la ciudad de Chimbote, 2015. In Crescendo [serie en internet]. 2016 [citada 2017 Mayo 16]; 3(1): 147-163. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1291/1050>
79. Oblitas Y. Determinantes de la salud en el adulto maduro del asentamiento humano Los Geranios, Chimbote, 2013. In Crescendo [serie en internet]. 2015

- [citada 2017 Mayo 16]; 2(2): 232-246. Disponible en:
<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1018/798>
80. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una Vivienda Saludable – Guía para el facilitador [libro en línea]. Perú: SINCO editores; 2009 [fecha de acceso 16 de mayo de 2017]. URL disponible en:
http://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=viviendas-saludables-948&alias=68-guia-vivienda-saludable-8&Itemid=1031
81. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Tenencia y Formalización de la Vivienda. En: INEI. Encuesta Nacional de Programas Estratégicos 2012-2013 [libro en línea]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2013 [fecha de acceso 16 de mayo de 2017]. pp. 111-116. URL disponible:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1190/cap05.pdf
82. Pedraza N. Vivienda multifamiliar: un rincón en armonía. [trabajo para optar título de licenciado arquitectura]. Bogotá: Universidad Católica de Colombia; 2014. [citada 2017 Mayo 16]; Disponible en:
<http://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/1912/1/TRABAJO%20DE%20GRADO%20%28VIVIENDA%20MULTIFAMILIAR%20UN%20RINCÓN%20EN%20ARMONIA%29.pdf>
83. Lentine M, Palero D. El hacinamiento: la dimensión no visible del déficit habitacional. Revista INVI [serie en línea]. 2009 [fecha de acceso 16 mayo de

- 2017]; 12 (31): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en:
<http://revistainvi.uchile.cl/index.php/INVI/article/view/220/742>
84. A indemnizar por el amianto [en línea]. Argentina: Pagina 12. 2011. [fecha de acceso 16 mayo de 2017]. URL disponible en:
<https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-182259-2011-11-29.html>
85. Cuevas A. Demandan a cuatro empresas por usar asbesto [en línea]. Colombia: EL Espectador. 2015. [fecha de acceso 16 mayo de 2017]. URL disponible en:
<https://www.elespectador.com/noticias/judicial/demandan-cuatro-empresas-usar-asbesto-articulo-541605>
86. Denuncian lobby en el MINSA contra uso del asbesto crisotilo [en línea]. Lima: RPP Noticias. 2013. [fecha de acceso 16 mayo de 2017]. URL disponible en:
<http://rpp.pe/lima/actualidad/denuncian-lobby-en-el-minsa-contra-uso-del-asbesto-crisotilo-noticia-559723>
87. Romainville M. Ministro Trujillo: "Vamos a reconstruir 4.500 viviendas este año [en línea]. Trujillo: El Comercio. 2017. [fecha de acceso 16 mayo de 2017]. URL disponible en: <http://elcomercio.pe/economia/ministro-trujillo-reconstruir-4-500-viviendas-ano-noticia-447690>
88. Flores B. Determinantes de salud en la persona adulta madura. Urbanización Mochica - Trujillo, 2012. [trabajo para optar título de licenciado en Enfermería]. Trujillo: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2014. [Citado el 2017 Mayo 16]; URL disponible en:
http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/ULAD_56c05eedcd7acb3340e157ca7c658d5f/Details

89. Rivera S. Determinantes de la salud en los adultos H.U.P Las brisas III Etapa- Nuevo Chimbote [Tesis para optar el título de licenciatura en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2013.
90. Acosta D. Asentamientos informales, caso de estudio infravivienda en Invasión Polígono 4 de marzo en Hermosillo, Sonora, México [trabajo para optar el título de Master en Gestión y Valoración Urbana]. Barcelona: Universidad Politécnica de Cataluña; 2015. [citada 2017 Mayo 16]; Disponible en: https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/77794/ACOSTA_DANIEL_A_TESIS.pdf
91. Cordero J. Los servicios públicos como derecho de los individuos. Ciencia y sociedad [serie en internet]. 2011 [citada 2017 mayo 16]; 36(4): 687-701. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/870/87022786005.pdf>
92. Instituto Nacional de estadística e informática. Condición de vida en el Perú [libro en línea]. Perú: Instituto Nacional de estadística e informática; 2017. [fecha de acceso 16 mayo 2017]. URL disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-n03_-condiciones-de-vida-abr-may-jun2017.pdf
93. Ministerio de Economía y Finanzas. Guía para la identificación, formulación y evaluación de proyectos de inversión pública de servicios de saneamiento básico urbano, a nivel de perfil, incorporando la gestión del riesgo en un contexto de cambio climático [libro en línea]. Perú: Ministerio de economía y finanzas; 2015. [fecha de acceso 16 mayo de 2017]. URL disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/instrumentos_metod/saneamiento/Guia-de-saneamiento-27-11.pdf

94. Pinto K. Determinantes de la salud de la persona adulta en la asociación de vivienda las Américas I etapa del distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa – Tacna, 2013. [trabajo para optar título de licenciatura en enfermería]. Tacna: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016 [citada 2017 jun 24]; Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/171/PINTO_PA_LZA_%20KRISTEL_GEOVANNA_DETERMINANTES_SALUD_PERSONA_ADULTA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
95. Yanac G. Determinantes de la salud de la persona adulta en el Asentamiento Humano la primavera I etapa – Castilla – Piura, 2013. [trabajo para optar título de licenciatura en enfermería]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2013 [citada 2017 junio 24]. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1271/DETERMINANTES_DE_LA_SALUD_YANAC_TORRES_GREISSY_YARILEET.pdf?sequence=1&isAllowed=y
96. Gutiérrez J, Guevara M, Enríquez M, Paz M, Hernández M, Landeros E. Estudio en familias: factores ambientales y culturales asociados al sobrepeso y obesidad. Enfermería Global [serie en internet]. 2017 [citada 2017 junio 24]; 16 (1): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/253811/200711>
97. Garrido Fuente, Elio. Estrategia educativa para disminuir los daños en la salud de los catadores de tabaco. Buenos Aires: El Cid Editor; 2015.
98. American Cancer Society. Riesgos para la salud debido al tabaquismo [en línea]. Last Medical Review. 2015 [fecha de acceso 24 de junio de 2017]. URL

disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/causas-del-cancer/tabaco-y-cancer/riesgos-para-la-salud-debido-al-tabaquismo.html>

99. Alcántara J. Consejo breve sobre el tabaco en atención primaria de salud en Chile: un desafío pendiente. ARS MEDICA [serie en internet]. 2016 [citado 2017 jun 24]; 41 (1): [alrededor de 9 pantallas]. <http://173.236.172.14/index.php/MED/article/view/47/26>
100. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. OMS; 2015. [fecha de acceso 24 de junio de 2017]. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
101. Ghazoul F. Guía básica higiene y cuidado del cuerpo. Mendoza: Ministerio de Salud; 2014. [fecha de acceso 24 jun 2017]. URL disponible en: http://salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2014/09/higiene_cuidado_cuerpo.pdf
102. Department of Health Information Center. Su guía para un sueño saludable [serie de internet]. NIH. 2013 [citada 2017 jun 24]; 17. Disponible en: <https://catalog.nlm.nih.gov/pubstatic//13-5800S/13-5800S.pdf>
103. Vidarte J, Vélez C, Sandoval C, Alfonso M. Actividad física: estrategia de promoción de la salud. Hacia la Promoción de la Salud [serie de internet]. 2011 [citado 2017 jun 24]; 16 (1): 202 – 218. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a14.pdf>
104. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud [libro en línea]. Suiza: OMS; 2010. [Fecha de acceso 24 de septiembre de 2017]. URL disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf

105. Comisión Especial de Servicios Preventivos. La importancia del chequeo médico [libro en línea]. Estados Unidos: Comisión Especial de Servicios Preventivos; 2011. [fecha de acceso 24 de setiembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.apsot.com/docs/prevencion/La-importancia-del-chequeo-medico-Hombres.pdf>
106. León K. Determinantes de salud de los adultos del sector “San Miguel” Monterrey Huaraz, 2013. [trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Huaraz: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [citado 2017 setiembre 24]; Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/549/DETERMINANTES_DE_SALUD_ADULTOS_LEON_VALERIO_KATERIN_KEYLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
107. Vásquez B. Determinantes de la salud en el adulto. Asentamiento humano Nueva Esperanza, Nuevo Chimbote-2014. [trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [citada 2017 setiembre 24]; Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1555/ADULTO_DETERMINANTES_VASQUEZ_CERNA_BREYNER_SAMIR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
108. Nail V, Ríos C, Fernández C. Conductas promotoras de salud en alimentación saludable y actividad física en conductores de la locomoción colectiva de una empresa privada de la ciudad de Puerto Montt. Rev. iberoam. educ. investi. Enferm [serie en internet]. 2016 [citado 2017 jun 24]; 6(4): 33-40.

Disponible en: http://www.aladefe.org/images/revista-ALADEFE_octubre2016.pdf#page=34

109. Gopegui B. En unas ciudades el carné de conducir cuesta casi el triple que en otra [libro en línea]. 53 ed. Valencia: Fundación Grupo Eroski; 2002. [fecha de acceso 24 de setiembre de 2017]. URL disponible en: http://revista.consumer.es/web/es/20020301/pdf/revista_entera.pdf
110. Pinto J, Carbajal. La dieta equilibrada, prudente o saludable [libro en línea]. Madrid: Nueva Imprenta; 2006. [fecha de acceso 24 de setiembre de 2017]. URL disponible en: http://www.nutrinfo.com/biblioteca/libros_digitales/dieta_equilibrada.pdf
111. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Promoción del consumo de frutas y vegetales a partir de huertas familiares [libro en línea]. Chile: Mas Grafk; 2011. [fecha de acceso 24 de setiembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.fao.org/docrep/019/i2122s/i2122s.pdf>
112. Carcamo G, Mena C. Alimentación saludable. Horizontes Educativos [serie de internet]. 2006 [citado 2017 jun 24]; (11): [Alrededor de 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/979/97917575010.pdf>
113. Vera A, Hernández B. Documento Guía Alimentación Saludable [libro en línea]. Santiago de Chile: MinSalud; 2013 [fecha de acceso 24 de jun 2017]. URL disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SN/A/Guia-Alimentacion-saludable.pdf>

114. Vite L. Determinantes de Salud del adulto del asentamiento humano San Martín-Sechura, 2013. [trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. [citada 2017 setiembre 24]. 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
115. Vargas V, Valecillos J, Hernández C. Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. RCS [serie en internet]. 2013 [citado 2017 jun 28]; 19(4): [Alrededor de 10 pantallazos]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/280/28029474005.pdf>
116. Hernández M, Pérez J, Jiménez C, Alvarado B, Vieyra P. Conductas y factores que influyen en la utilización de servicios de salud en la población adulta de la región sur del Estado de México, México [serie de internet]. ELSEVIER. 2013; 1(2): 86-95. [fecha de acceso 24 de setiembre de 2017]. URL disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-conductas-factores-que-influyen-utilizacion-X2214310613085565>
117. Fajardo G, Hernández F. Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud [libro en línea]. México: Secretaria de Salud; 2012. [fecha de acceso 28 de junio de 2017]. URL disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60109/libro_01.pdf

118. Defensoría del Pueblo. Atención de Salud para los más pobres: El Seguro Integral de Salud [libro en línea]. Lima: Defensoría del pueblo; 2007. [fecha de acceso 28 de junio de 2017]. URL disponible: http://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/943_GOB418.pdf
119. Consejo directivo de EsSalud. Manual Institucional [libro en línea]. Lima: ESSALUD; 2008. [fecha de acceso 28 de junio de 2017]. URL disponible en: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/defensoria/manual_institucional.pdf
120. Secretaria de Salud. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia [en línea]. México: Secretaria de Salud; 2012. [fecha de acceso 28 de junio de 2017]. URL disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60111/libro_02.pdf
121. Ramírez S. Calidad de Atención en Salud [libro en línea]. 2da ed. La Paz: OPS/OMS; 2010. [fecha de acceso 28 junio 2017]. URL disponible en: http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=33-calidad-de-atencion-en-salud&Itemid=1094
122. Gomes M. Semana de la Calidad en Salud 2013 [en línea]. [diapositiva]. Lima: Organización Mundial de la Salud; 2013. 13 diapositivas. [citada 2017 junio 28]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/ix_conferencia/26sep/Calidad_y_Humanizacion%20-%20Dra%20Gomez%20OPS.pdf

123. Instituto Peruano de Catastro. Informe del Plan Metodológico de la Consultoría y Avance de la Evaluación [libro en línea]. Perú: Instituto Peruano de Catastro (IPDC); 2016. [fecha accedido 28 junio 2017]. URL disponible en:http://www.sis.gob.pe/Portal/consultorias/Producto1_Inf_PlanMetodologico_Consultoria_AvanceEvaluacion.pdf
124. Oficina General de Tecnología de información Seguro Integral de Salud. Boletín estadístico seguro Integral de Salud [libro en línea]. Perú: Oficina General de Tecnología de información Seguro Integral de Salud; 2016 [fecha de acceso 28 junio de 2017]. URL disponible en:http://www.sis.gob.pe/portal/estadisticas/archivos/boletines/ResumenEjecutivo_2016_01_AL_09.pdf
125. Pandoja D. Las pandillas juveniles y la seguridad ciudadana en los habitantes de la ciudad de San Gabriel, Canton Montufar, Provincia del Carchi. [trabajo para optar el título de magister en educación y desarrollo social]. Carchi: Universidad Tecnológica Equinoccial; 2011. [citada 2017 junio 28]; Disponible en: http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/12251/1/44975_1.pdf
126. Chávez H. Determinantes de la salud en el adulto maduro centro poblado de Cambio Puente comité 8 – Chimbote, 2013. [trabajo para optar título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015 [citada 2017 junio 28]; Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/601>
127. López J. Psicología de la delincuencia [libro en línea]. Salamanca: Grafica Rigel S. A; 2008. [fecha de acceso 28 de junio de 2017]. URL disponible en:

<http://www.rediberoamericanadetrabajoconfamilias.org/psicologiadeladelincuencia.pdf>

128. Guzmán P, Candía U. Pandillas juveniles en el Municipio de San Luis Potosi [libro en línea]. México: H. Ayuntamiento de San Luis Potosi; 2010. [fecha de acceso 28 de junio de 2017]. URL disponible en: [http://www.educiac.org.mx/pdf/Biblioteca/Juventud e Identidad/018Pandillas Juveniles en SanLuisPotosi Estudio.pdf](http://www.educiac.org.mx/pdf/Biblioteca/Juventud_e_Identidad/018Pandillas_Juveniles_en_SanLuisPotosi_Estudio.pdf)
129. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estadísticas de seguridad ciudadana [libro en línea]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017. [fecha de acceso 28 junio de 2017]. URL disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/05-informe-tecnico-n05_estadisticas-seguridad-ciudadana-mar-ago2017.pdf
130. Correa J. Determinar los determinantes de salud en la persona adulta en el Centro Poblado Mallares-Marcavelica-Sullana, 2014. [trabajo de tesis para optar el título de licenciatura en enfermería]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016; [citada 2017 junio 28]. Disponible en: [http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/769/DETERMINANTES DE LA SALUD PERSONA ADULTA ANTHONY JARRY CORREA ALBURQUEQUE.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/769/DETERMINANTES_DE_LA_SALUD_PERSONA_ADULTA_ANTHONY_JARRY_CORREA_ALBURQUEQUE.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
131. Villanueva A. Determinantes de salud de los adultos del barrio de Parco Grande – Pomabamba-Ancash, 2014. [trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/601/DETERMI>

NANTES DE LA SALUD ADULTO MADURO CHAVEZ HUAMAN H
ELEN JANETH.pdf?sequence=1&isAllowed=y

132. Chinchay M. Determinantes de la Salud de los Adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “Q”, 2013. [trabajo para optar título de licenciada en enfermería]. Huaraz: Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2015.
133. Arias C. El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Kairós Gerontología* [serie en internet]. 2013 [citada 2017 jun 28]; 16(4): 313-329. Disponible: <https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwiPobDFsdLXAhUqi1QKHTraCBgQFggtMAE&url=https%3A%2F%2Frevistas.pucsp.br%2Findex.php%2Fkairos%2Farticle%2Fdownload%2F20024%2F14899&usg=AOvVaw1vL9bkDgfbzbg7QVHJrgqr>
134. Camargo A, Palacio J. apoyo social y sentido de comunidad en desplazados y damnificados en el departamento del Magdalena. *Duazary* [serie en internet]. 2017 [citada 2017 junio 28]; 14(1): 35-34. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1735/1222>
135. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. La guía de procesos para los equipos de la Unidades Territoriales del Programa Pensión 6 [libro en línea]. Perú: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS); 2014. [fecha de acceso 28 junio de 2017]. URL disponible en: http://www.pension65.gob.pe/wp-content/uploads/guia_promotores.pdf
136. Duran D, Carpio A. Perú: población empadronada de beneficiarios del programa del vaso de leche 2006-2008 (Departamento, Provincia y Distrito) [libro en línea]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI);

2009. [fecha de acceso 28 junio de 2017]. URL disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib00874/libro.pdf

ANEXO

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 MADUROS. 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 realizó 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. Adriana Vílchez Reyes, 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.

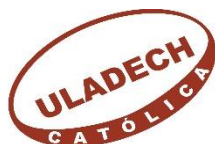
A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador.

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
	Ex per to 1	Ex per to 2	Ex per to 3	Ex per to 4	Ex per to 5	Ex per to 6	Ex per to 7	Ex per to 8	Ex per to 9	Exp erto 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 ADULTOS MADURO. 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.

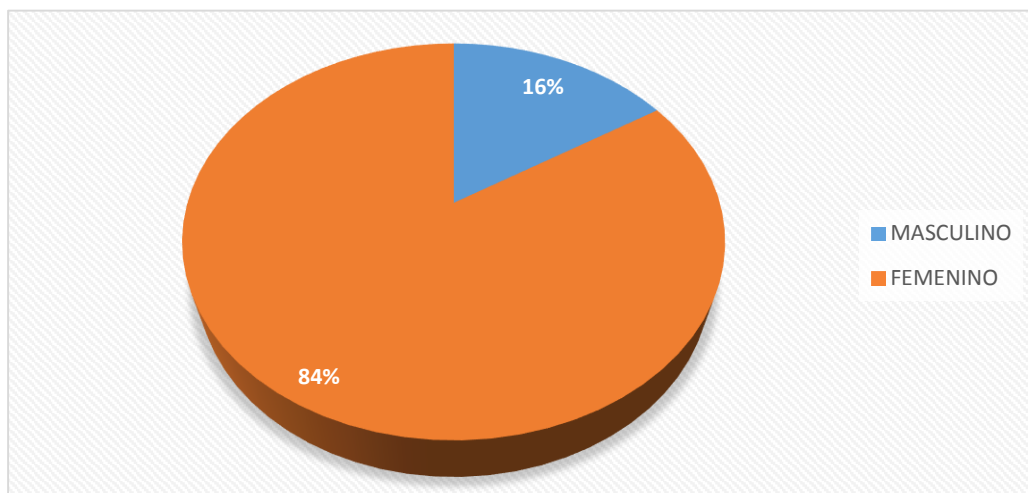
.....

FIRMA

GRÁFICO DE LA TABLA N° 1

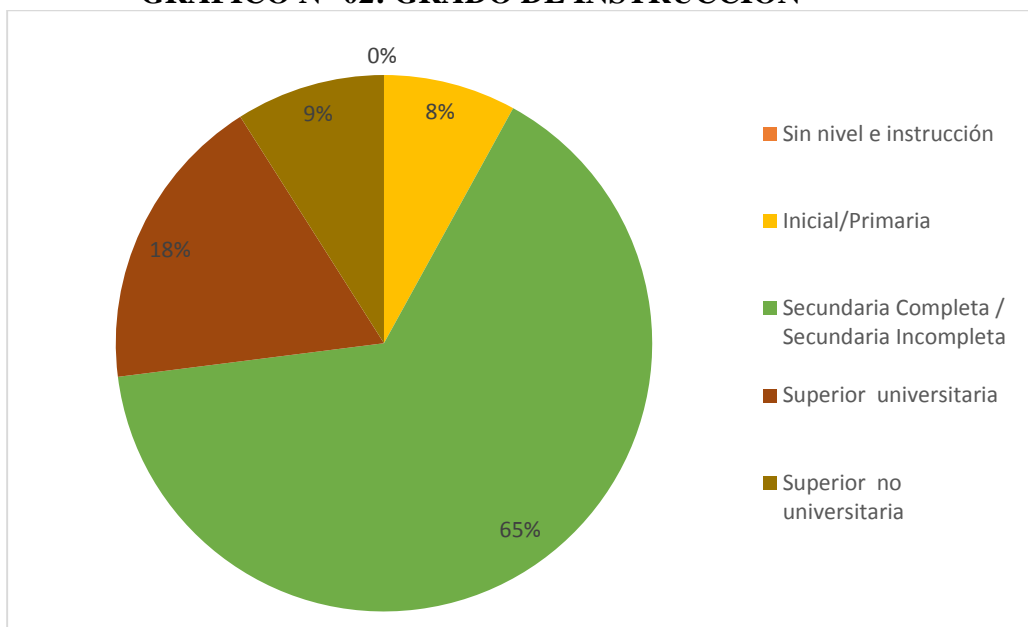
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016

GRÁFICO N° 01: SEGÚN SEXO



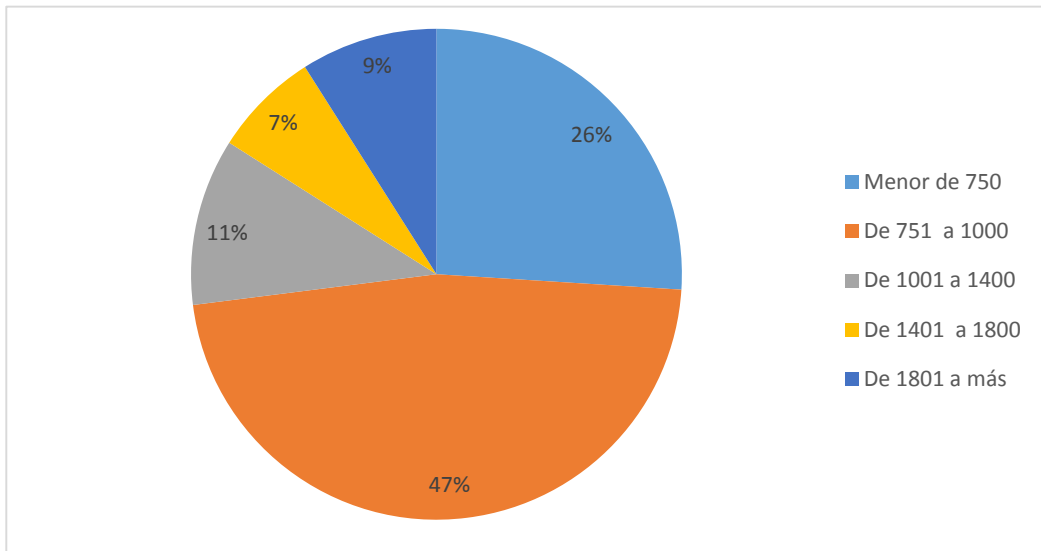
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 02: GRADO DE INSTRUCCIÓN



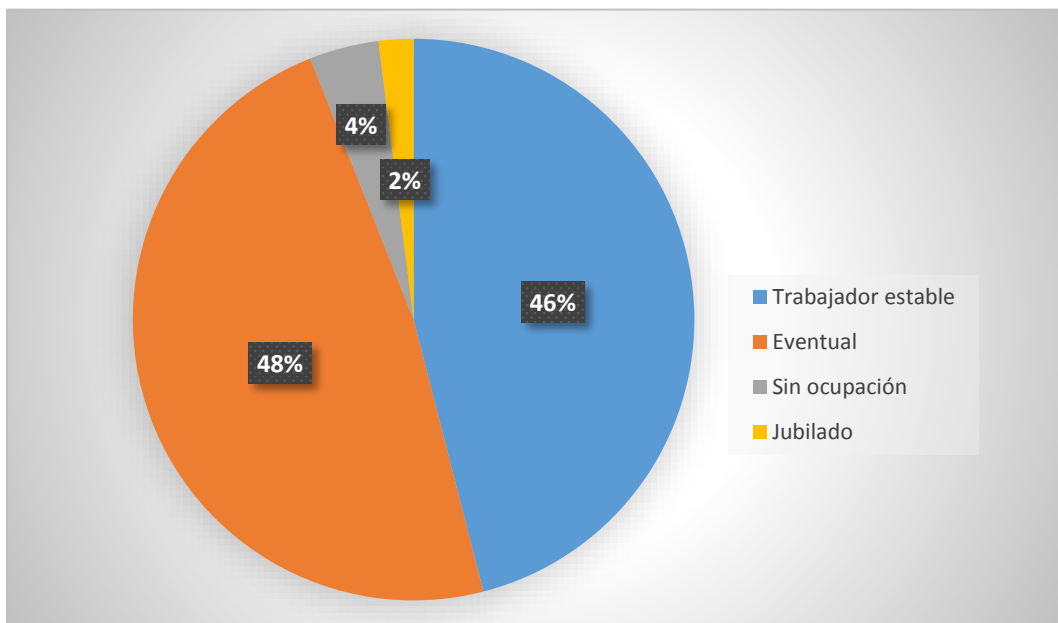
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 03: INGRESO ECONÓMICO



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

GRÁFICO N° 04: OCUPACIÓN

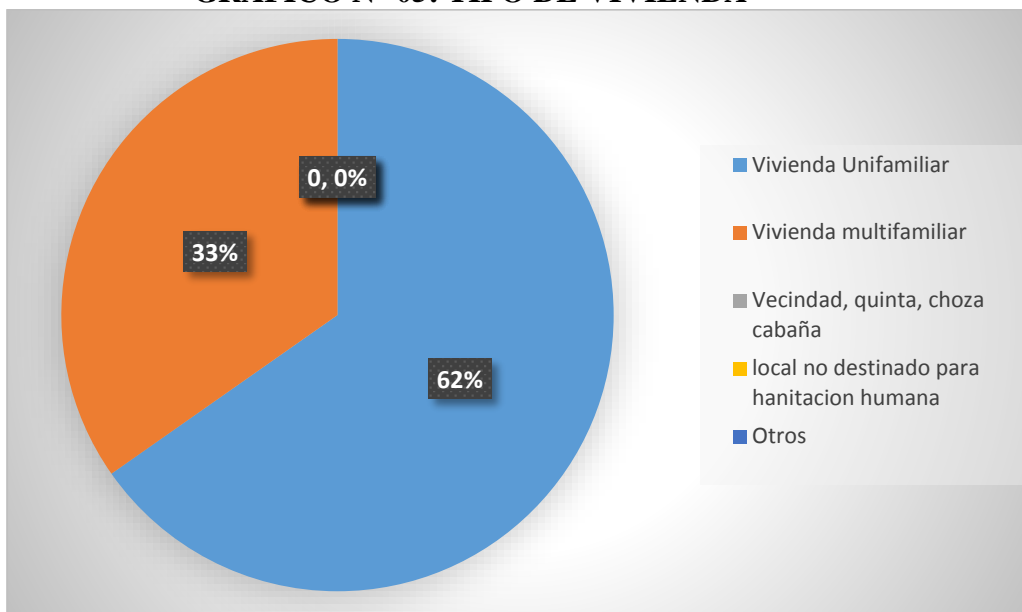


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO DE LA TABLA N° 2

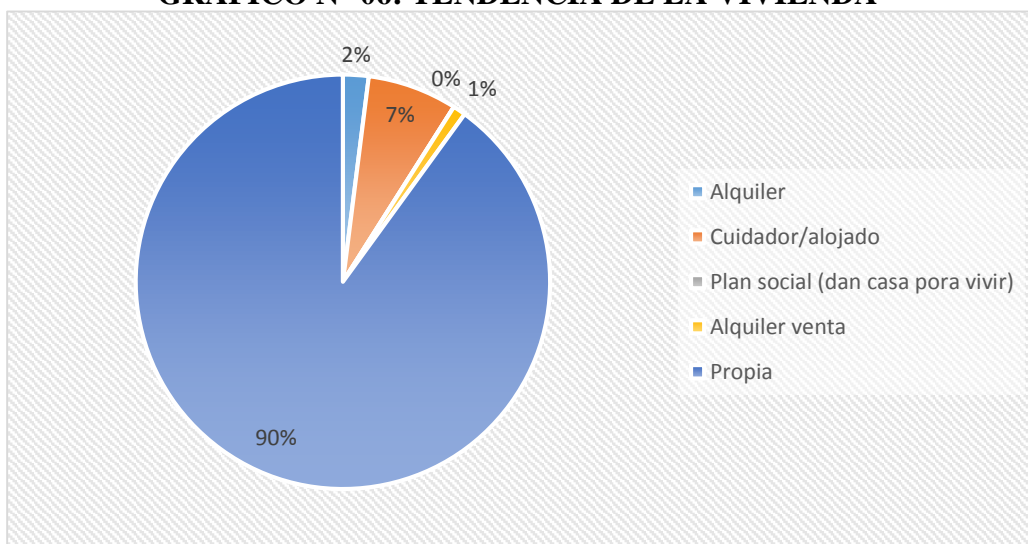
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016

GRÁFICO N° 05: TIPO DE VIVIENDA



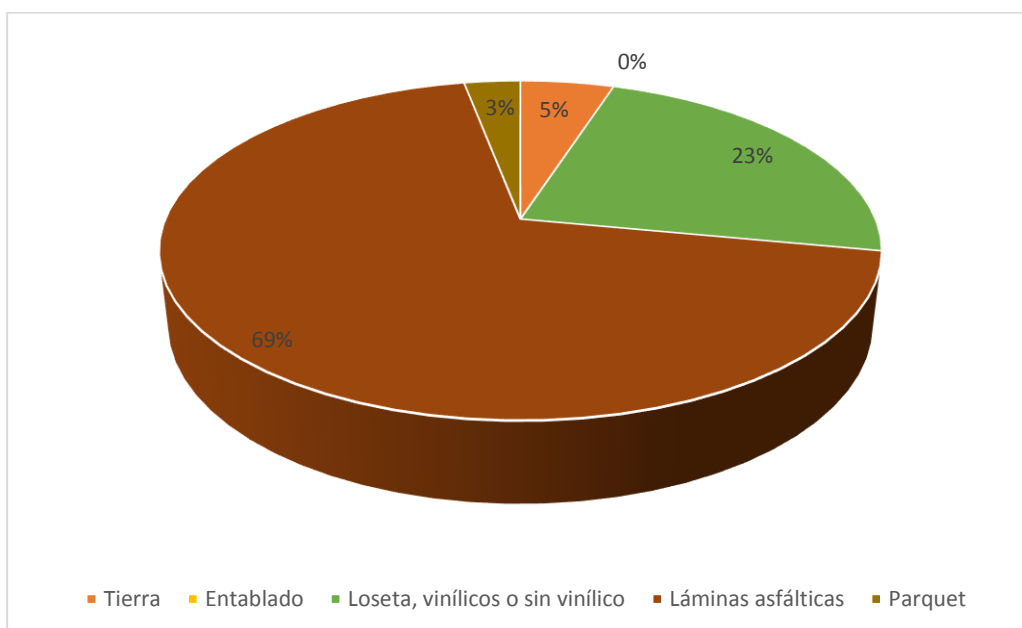
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 06: TENDENCIA DE LA VIVIENDA



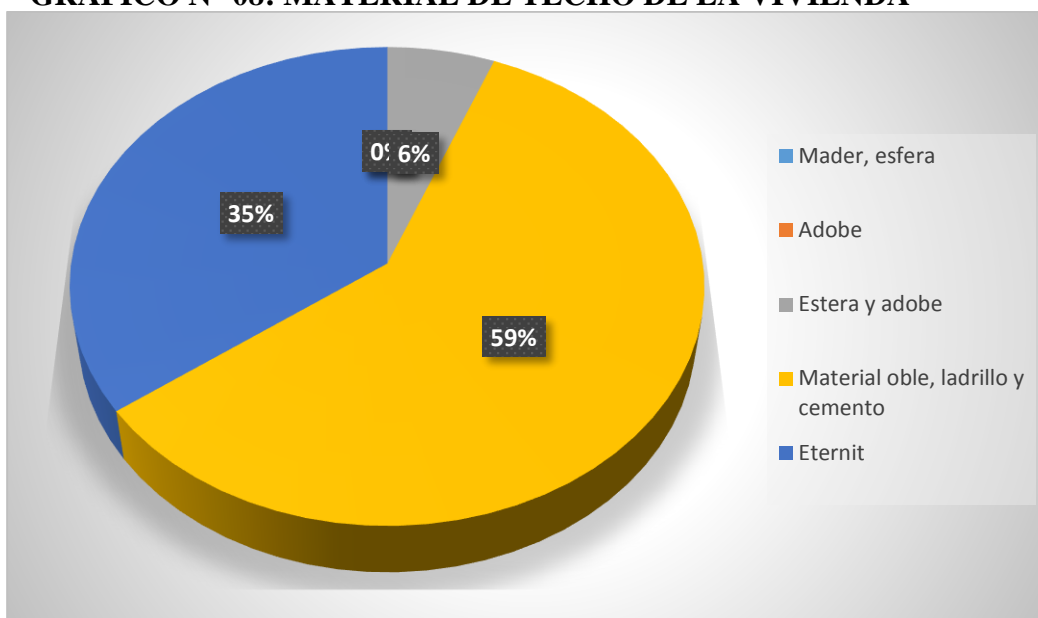
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 07: MATERIAL DE PISO DE LA VIVIENDA



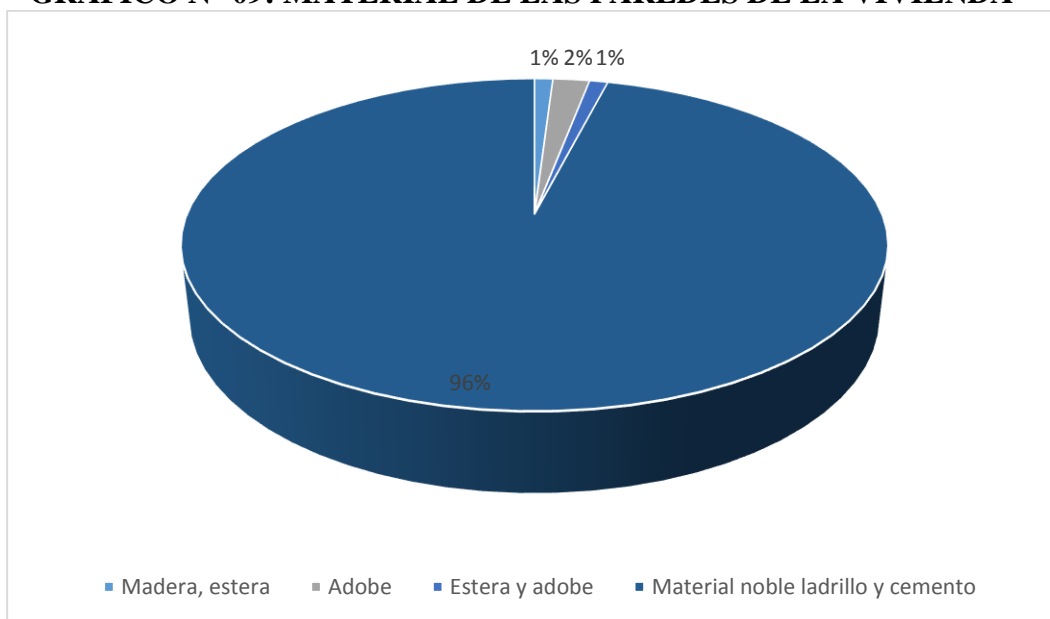
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 08: MATERIAL DE TECHO DE LA VIVIENDA



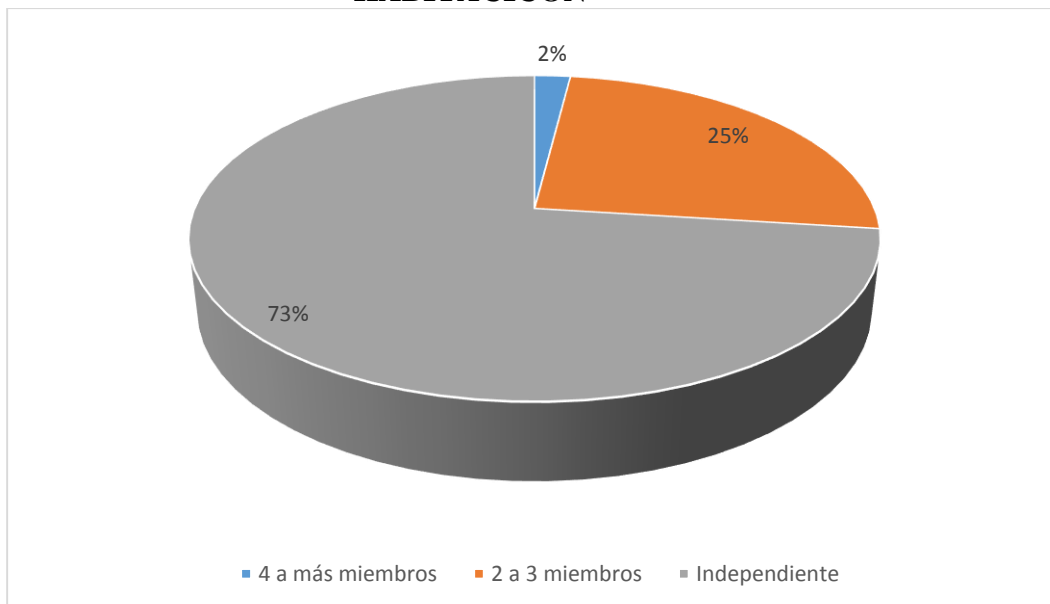
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 09: MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA VIVIENDA



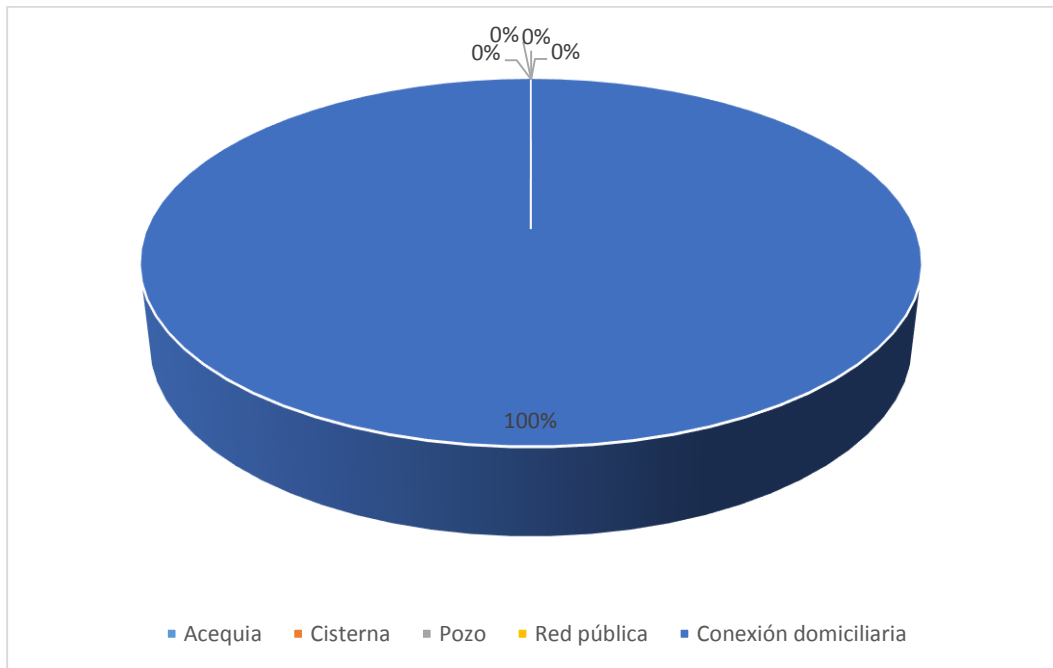
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 10: N° DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACION



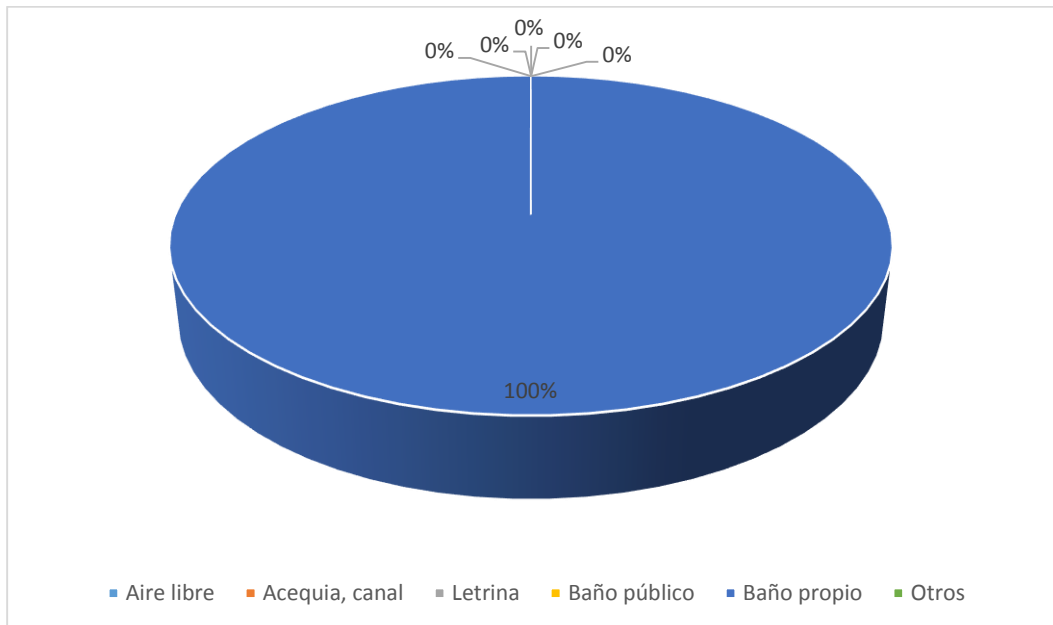
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 11: ABASTECIMIENTO DE AGUA



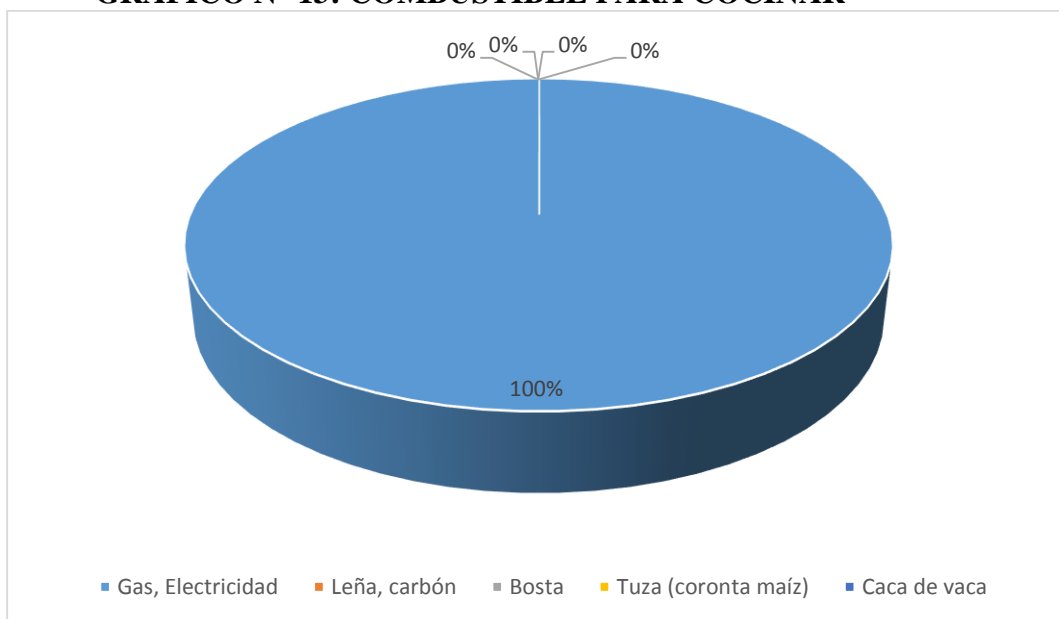
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 12: ELIMINACION DE EXCRETAS



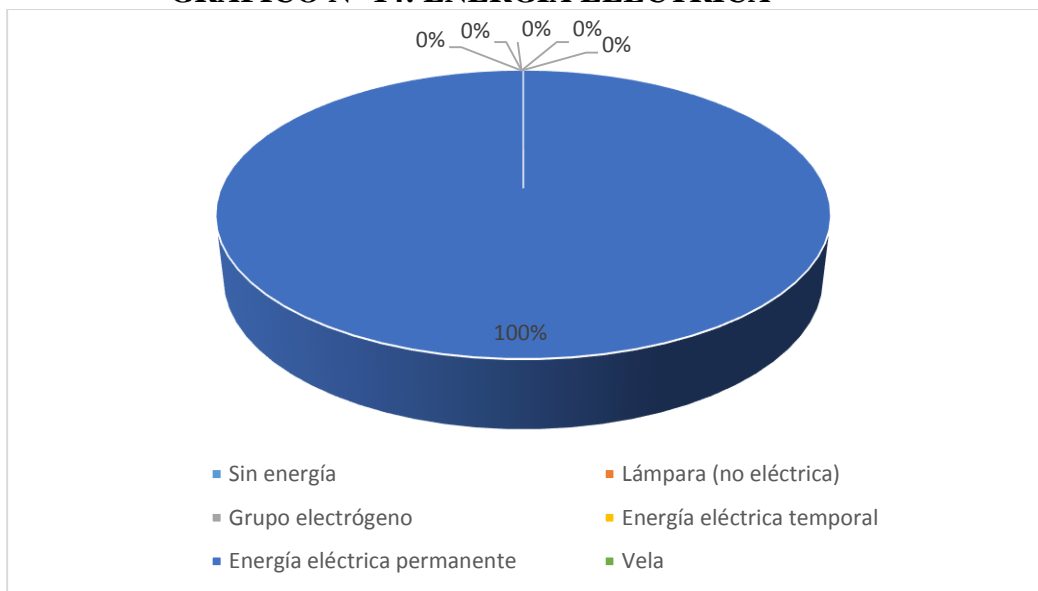
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 13: COMBUSTIBLE PARA COCINAR



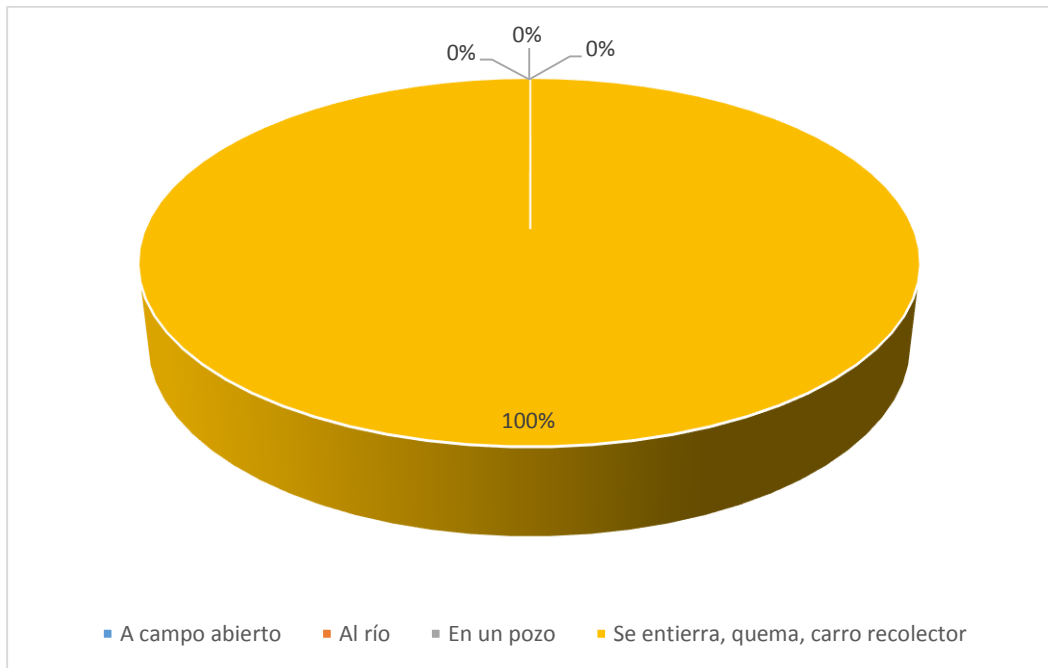
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 14: ENERGÍA ELÉCTRICA



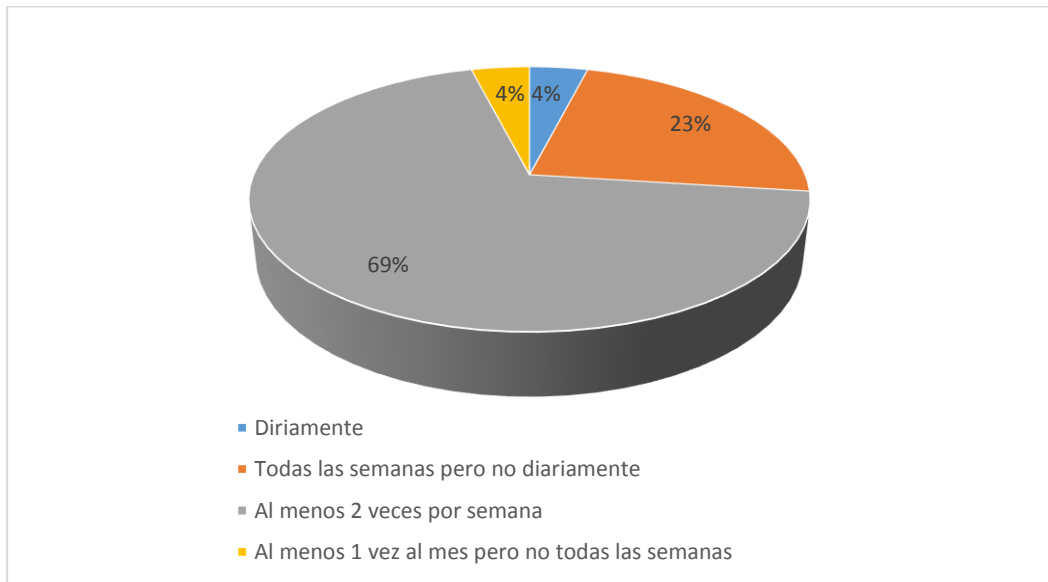
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 15: DISPOSICIÓN DE BASURA



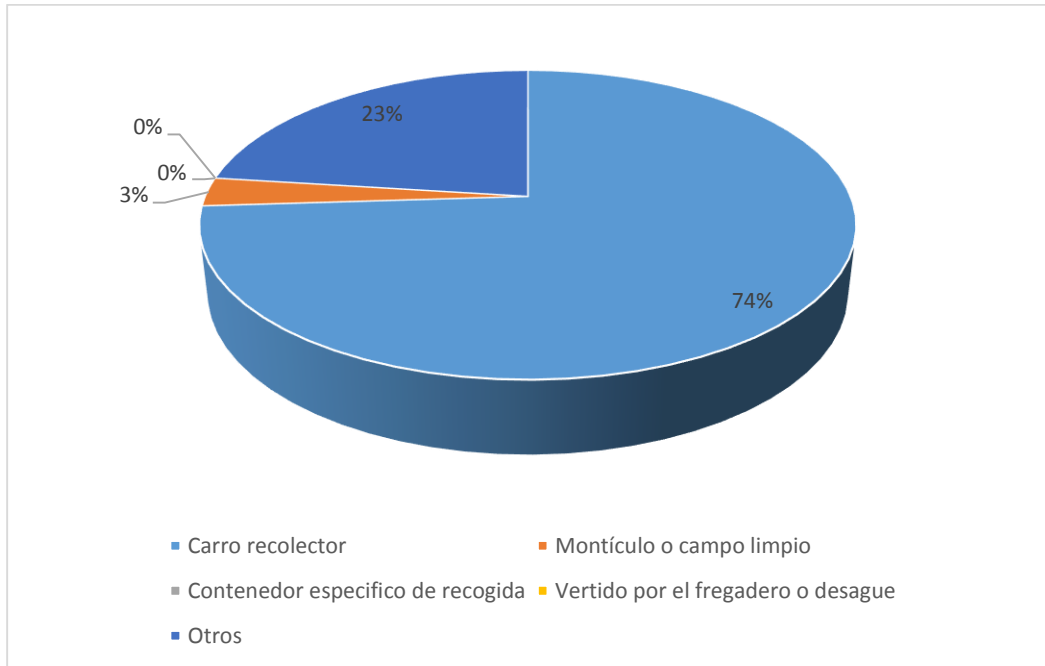
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 16: FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR SU CASA



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

GRÁFICO N° 17: ELIMINACIÓN DE BASURA

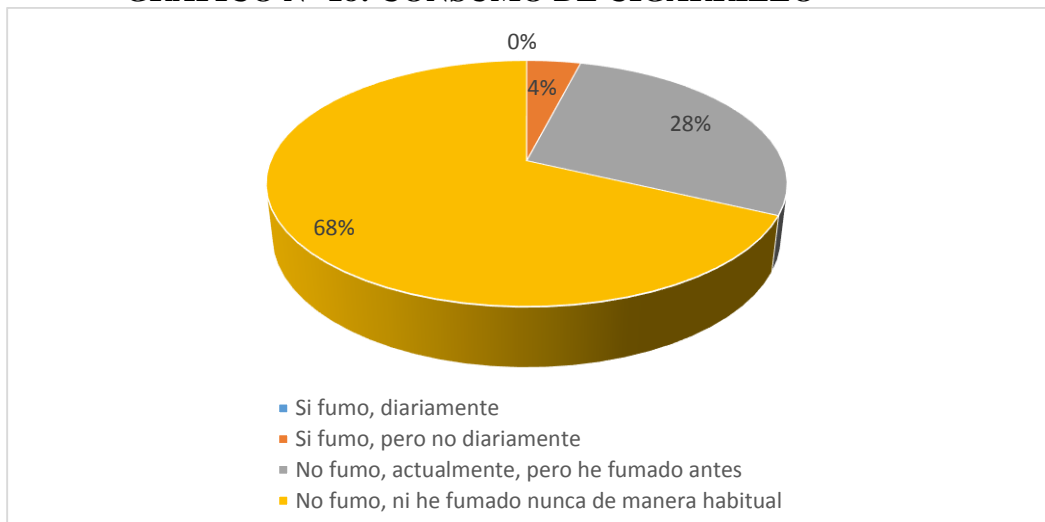


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO DE LA TABLA N° 3

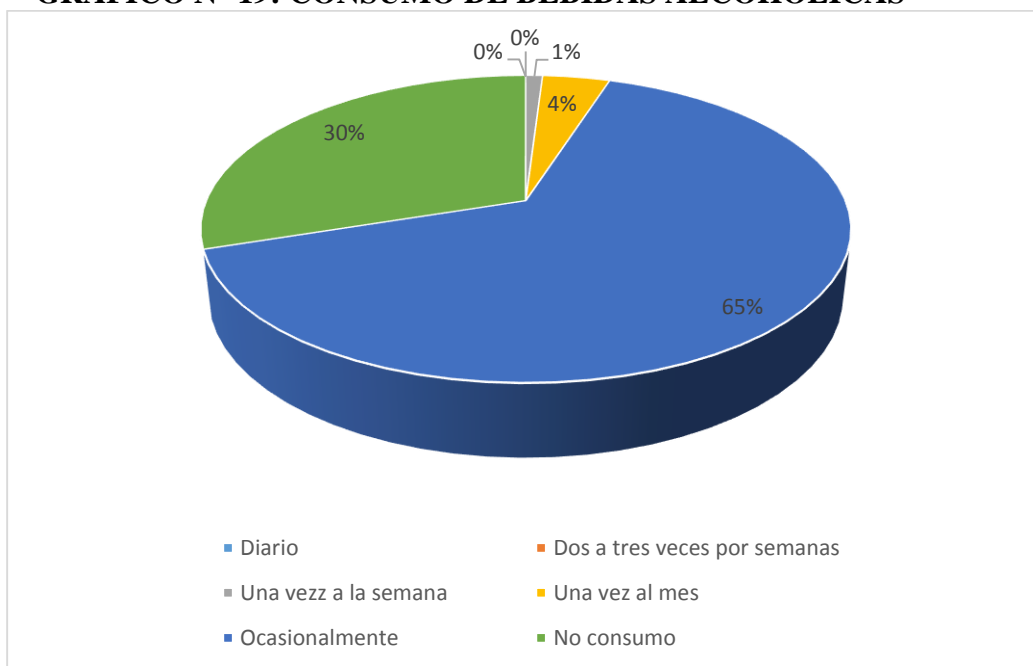
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016

GRÁFICO N° 18: CONSUMO DE CIGARRILLO



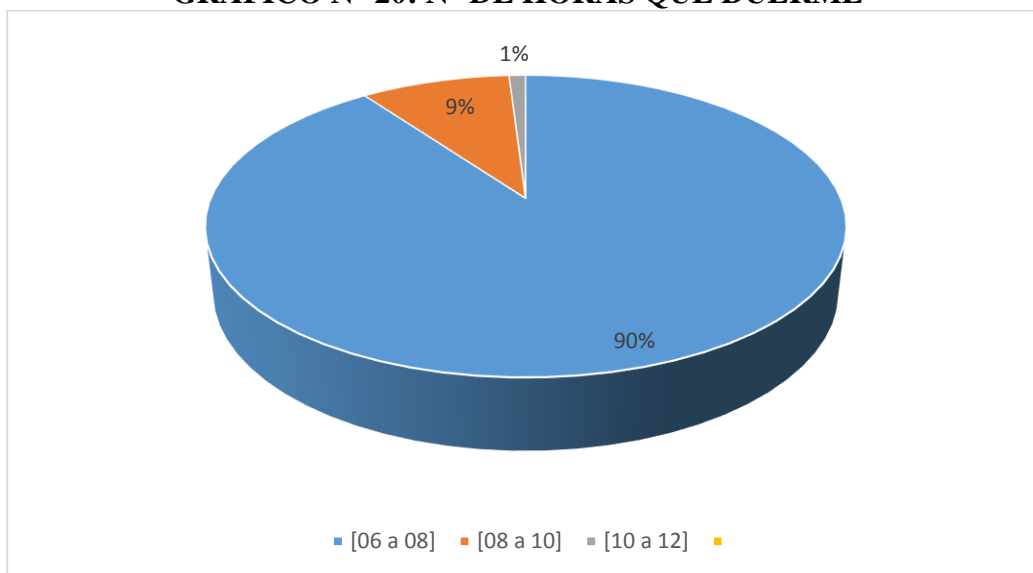
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 19: CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS



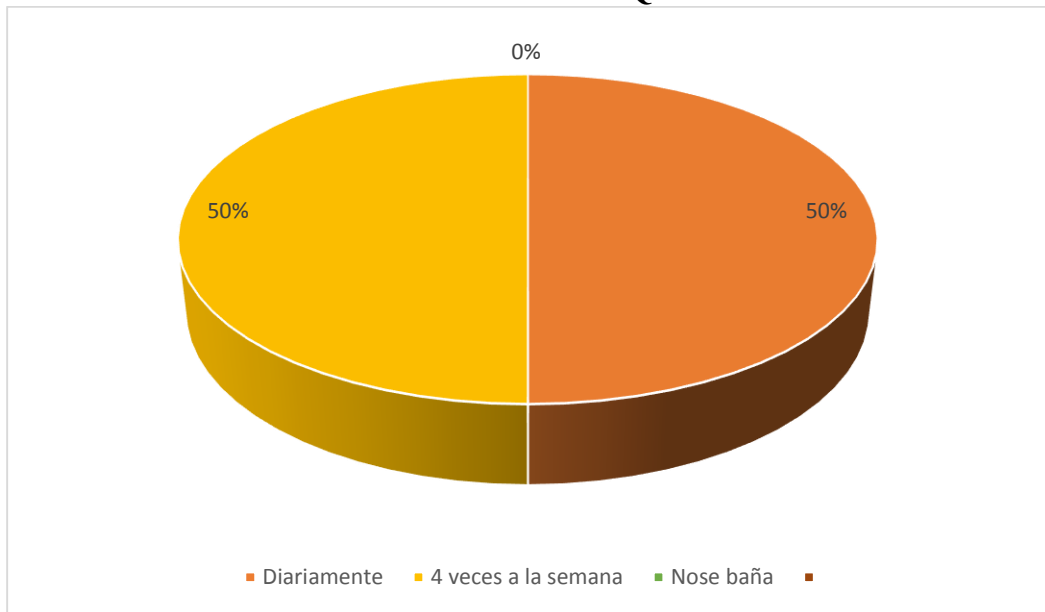
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 20: N° DE HORAS QUE DUERME



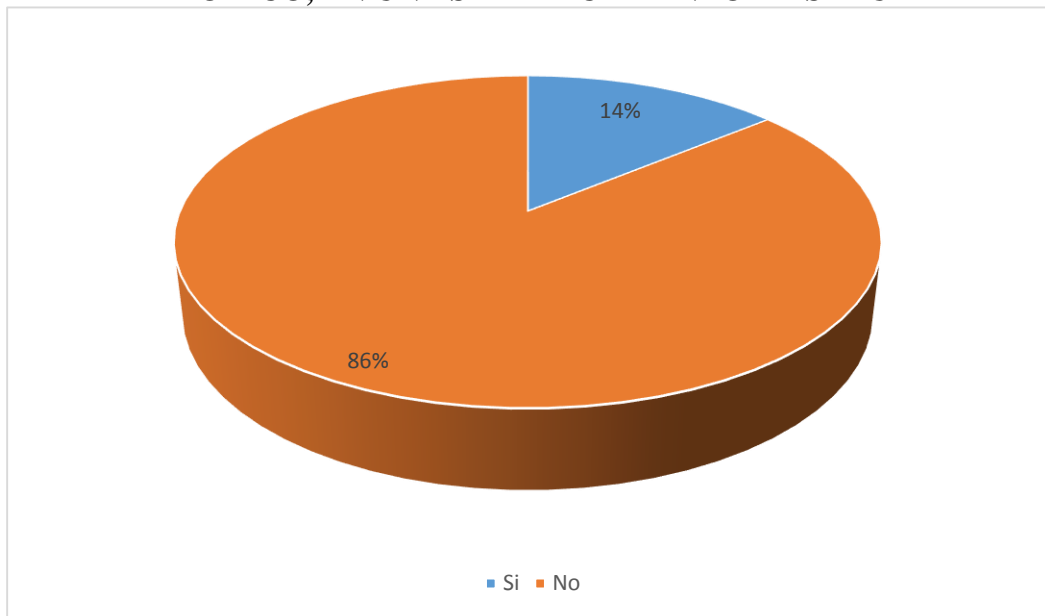
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 21: FRECUENCIA CON QUE SE BAÑAN



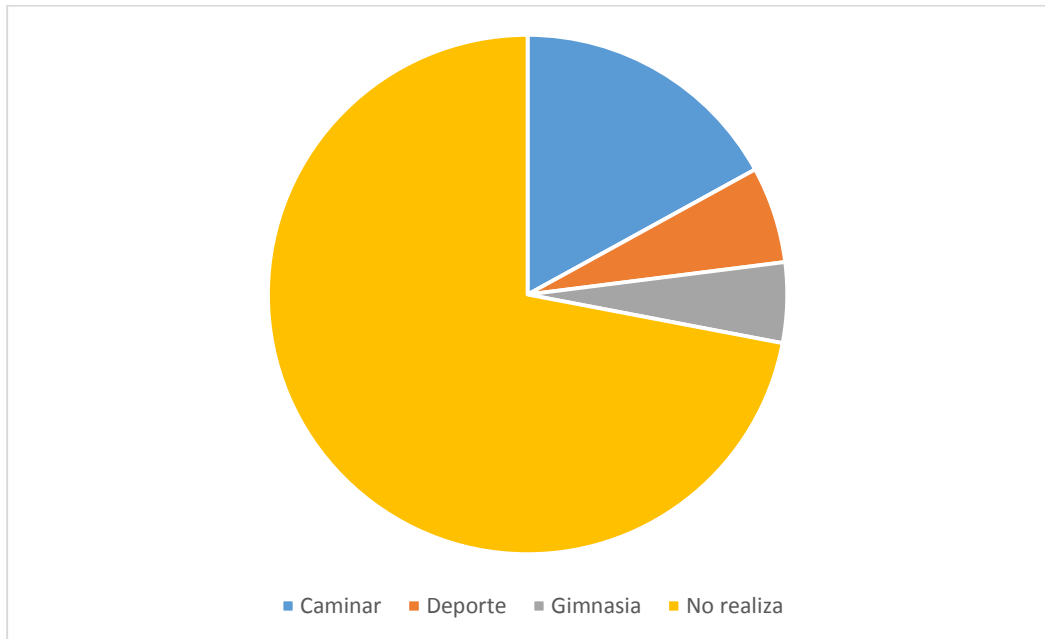
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 22: SE REALIZA ALGÚN EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO, EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD



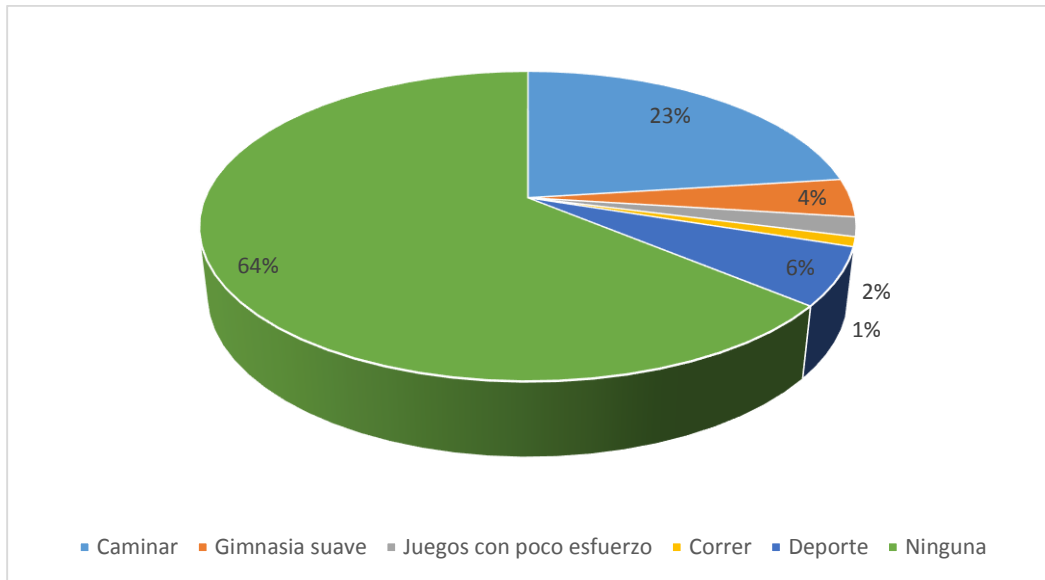
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 23: ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE



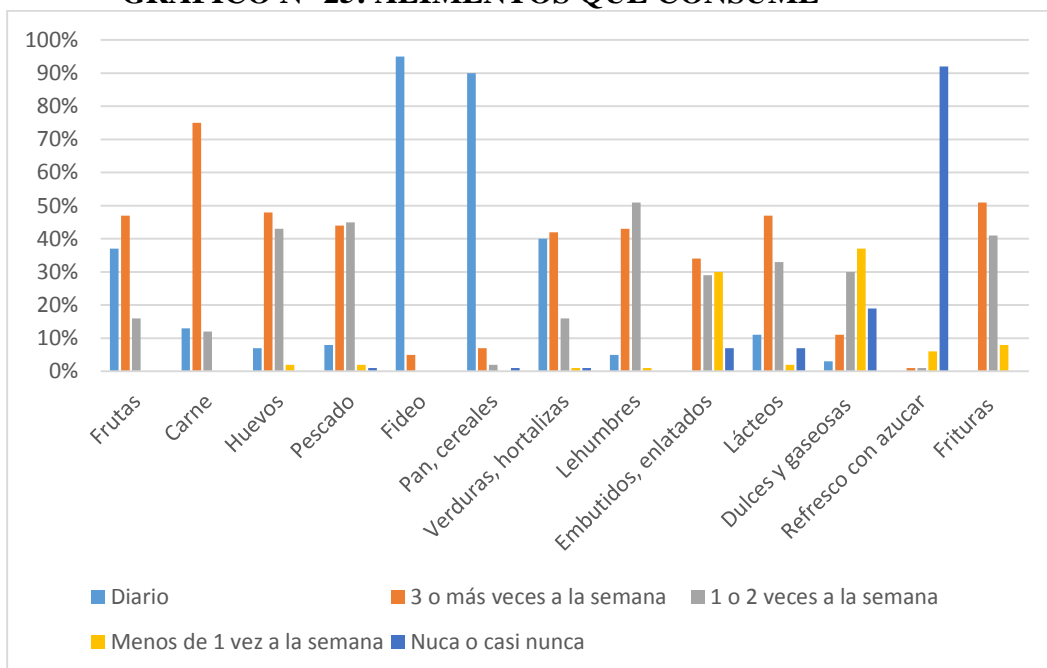
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 24: EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZÓ DURANTE MÁS DE 20 MINUTOS



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

GRÁFICO N° 25: ALIMENTOS QUE CONSUME

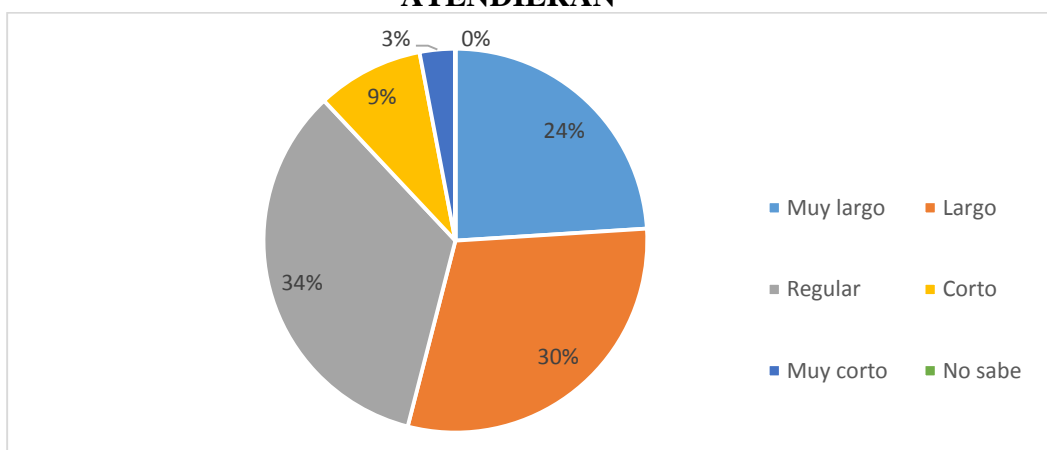


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes Pueblo Joven La Unión, 2016.

GRÁFICO DE LA TABLA N° 4

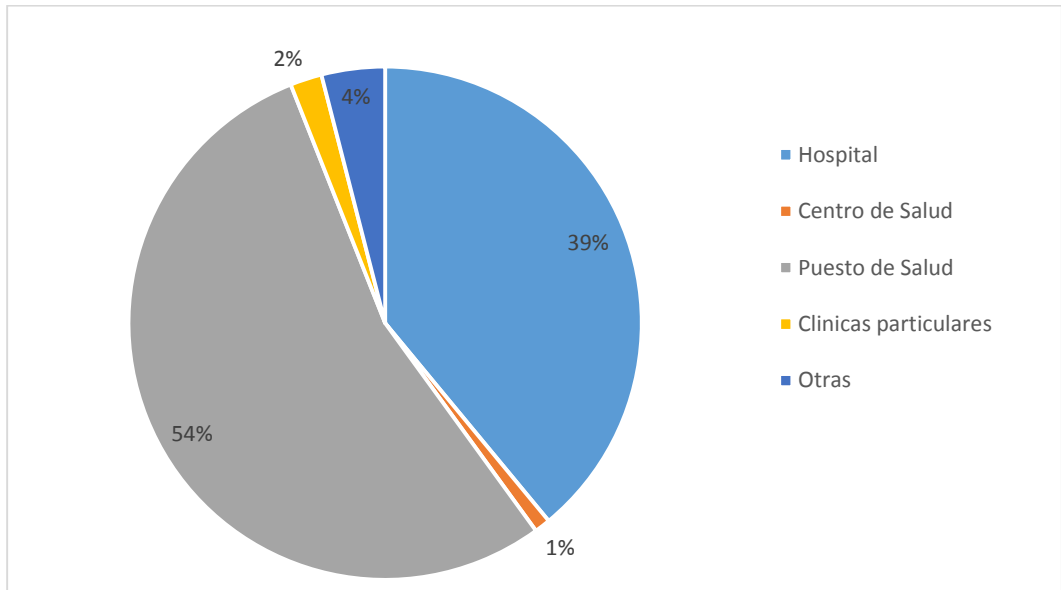
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016

GRÁFICO N° 26: EL TIEMPO QUE ESPERÓ PARA QUE LO ATENDIERAN



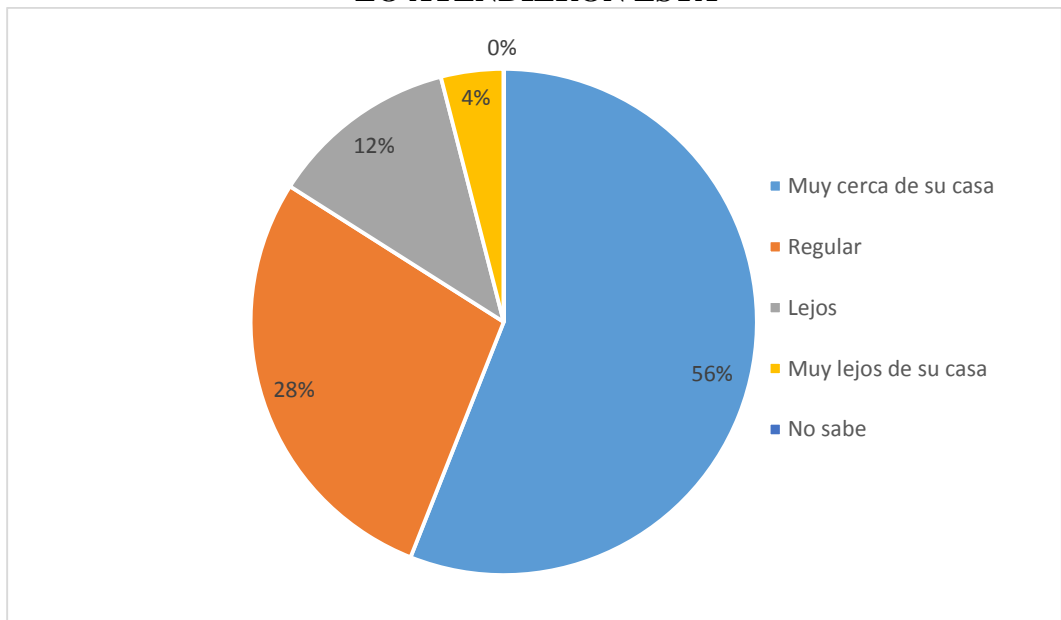
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 27: INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ EN ESTOS 12 ÚLTIMOS MESES



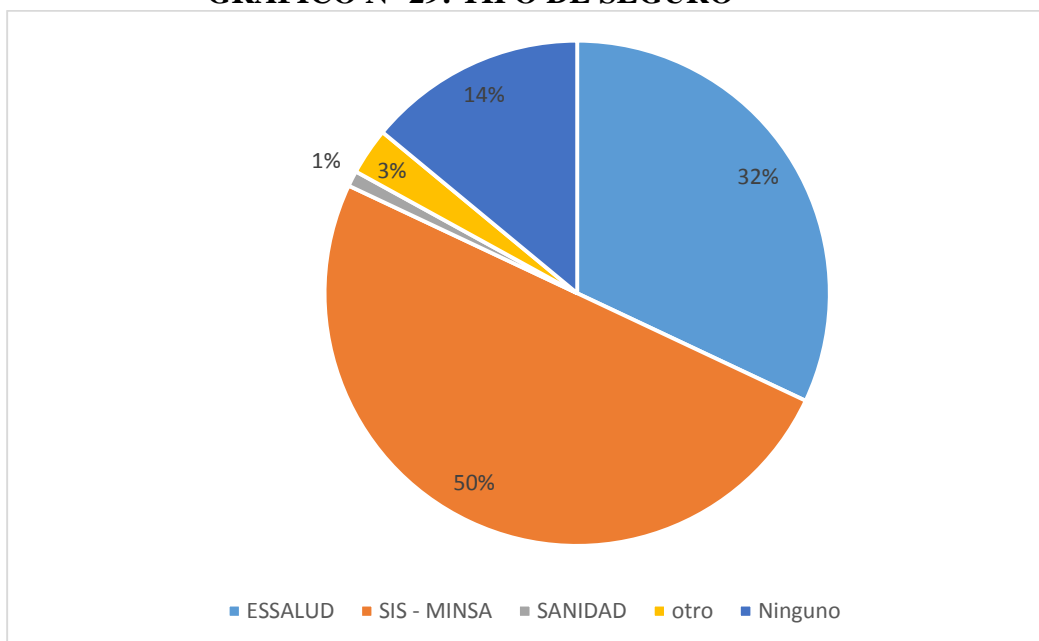
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 28: CONSIDERA USTED QUE EL LUGAR DONDE LO ATENDIERON ESTÁ



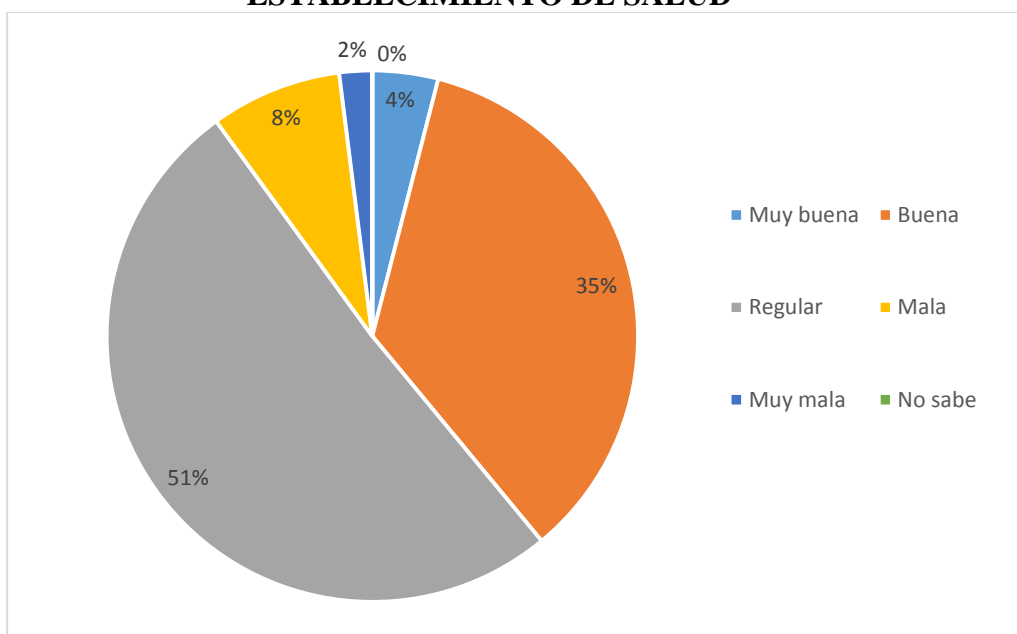
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 29: TIPO DE SEGURO



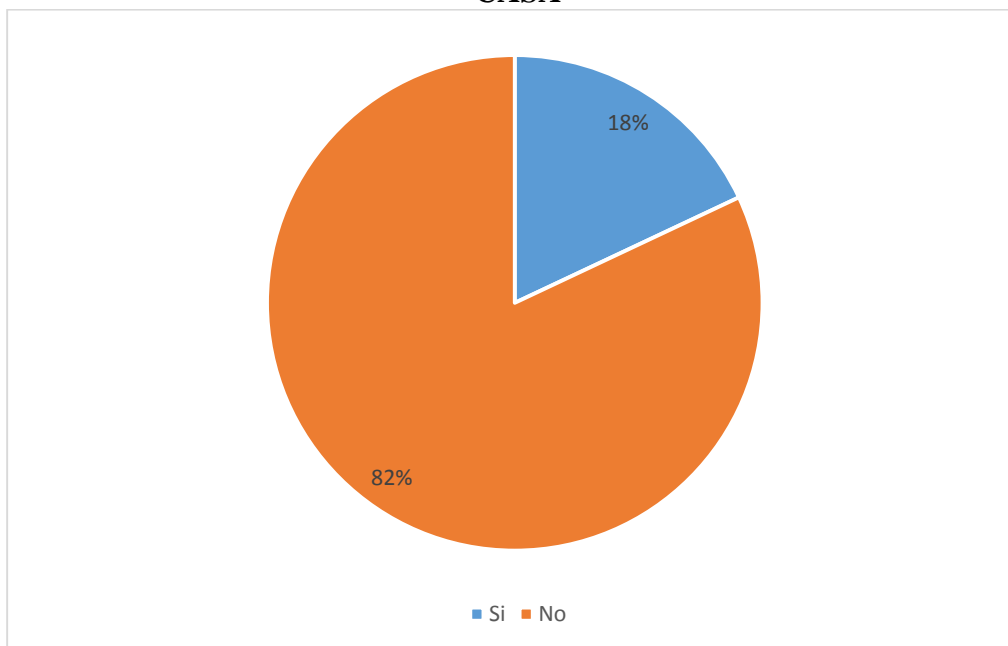
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 30: CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD



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

GRÁFICO N° 31: PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA

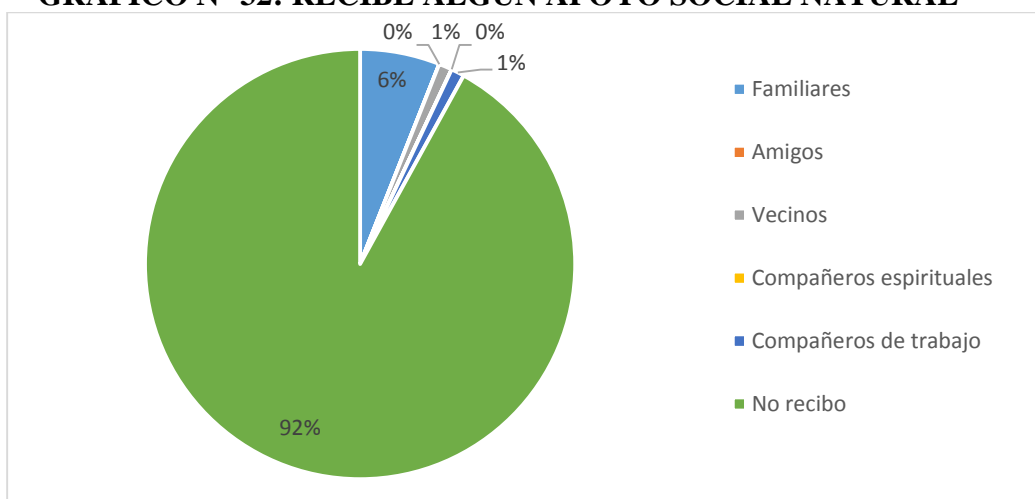


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO DE LA TABLA N° 5

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL EN LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016

GRÁFICO N° 32: RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL NATURAL



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

GRÁFICO N° 33: RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO

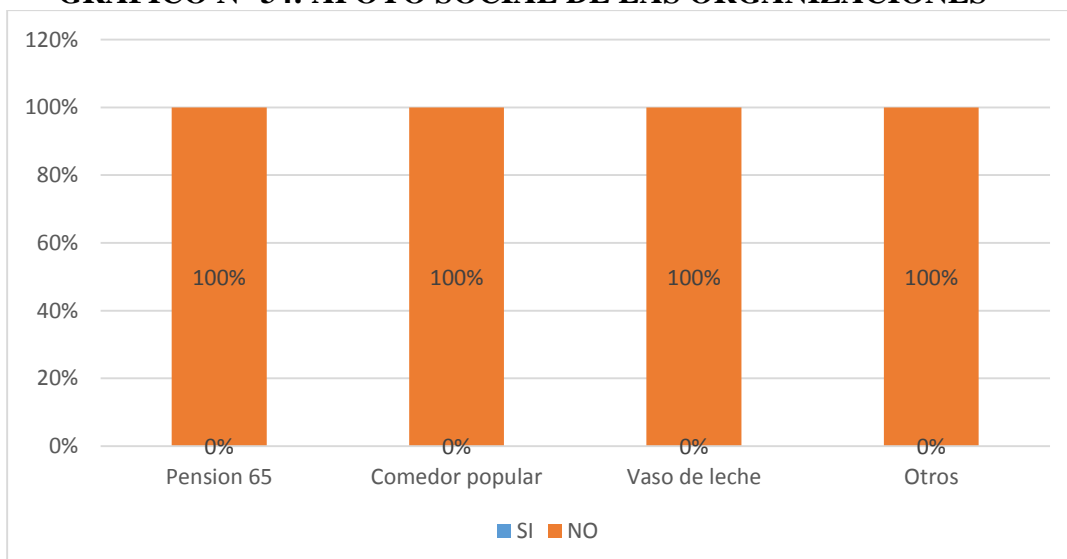


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes aplicado en el Pueblo Joven la Unión. Chimbote, 2016.

GRÁFICO DE LA TABLA N° 6

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBE APOYO EN LOS ADULTOS MADUROS DEL PUEBLO JOVEN LA UNIÓN - CHIMBOTE, 2016

GRÁFICO N° 34: APOYO SOCIAL DE LAS ORGANIZACIONES



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