

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS
COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO
DOS DE MAYO – CHIMBOTE, 2013**

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

AUTORA

ZAMUDIO RAMOS, MEDALIT YUDITH

ASESORA

REYNA MÁRQUEZ, ELENA ESTHER

CHIMBOTE – PERÚ

2015

JURADO EVALUADOR

Mgtr. Enf. JULIA CANTALICIA AVELINO QUIROZ

PRESIDENTE

Mgtr. Enf. LEDA MARIA GUILLEN SALAZAR

SECRETARIA

Dra. SONIA AVELINA GIRON LUCIANO

MIEMBRO

AGRADECIMIENTO

de mi investigación.

Agradezco a ti Dios mío, por darme la oportunidad de existir así, aquí y ahora; por mi vida, que la he vivido junto a ti. Gracias por iluminarme y darme fuerzas y caminar por tu sendero.

Un agradecimiento muy especial a mis padres por haberme dado la vida y la oportunidad de llegar hasta donde estoy.

A los comerciantes del mercado “Dos de Mayo” por su colaboración y ayuda que me brindaron para el desarrollo

Un reconocimiento especial a la Lic. Elena Reyna Márquez, por la orientación y ayuda en la tesis,
por su apoyo y amistad .

MEDALIT

DEDICATORIA

A **Dios** que me ha brindado
una vida llena de alegrías y
aprendizaje permitiéndome
vivir una muy grata experiencia
en mi etapa universitaria.

A mis **padres** Carlos y Corina,
con mucho amor por ser un
ejemplo para mí, por su apoyo
constante, y su inmenso cariño.

A mis **hermanos**: Sandro, Alcira,
por su apoyo incondicional,
su cariño y por
confiar siempre en mí.

MEDALIT

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud en los comerciantes del mercado Dos de Mayo en Chimbote, fue de tipo cuantitativo de corte transversal, con diseño descriptivo de una sola casilla. El universo muestral estuvo conformado por 218 comerciantes. Para la recolección de datos se aplicó el cuestionario de determinantes de la salud. Para el procesamiento de datos se utilizó el software spss versión 18.0. Obteniéndose las siguientes conclusiones: En los determinantes biosocioeconómicos, la mayoría tiene secundaria completa e incompleta, tienen ingresos económicos menores a 750 soles mensuales y es trabajador estable; más de la mitad es de sexo masculino. En la vivienda, casi el total de investigados cocinan a gas, utilizan energía eléctrica permanente, tienen red intradomiciliaria de agua y desagüe y elimina su basura en el carro recolector. En los determinantes de estilo de vida, casi el total duermen de 6 a 8 horas diarias y la actividad que realizan es caminar; la mayoría de los comerciantes adultos mayores no fuma ni ha fumado nunca, no consume bebidas alcohólicas, se bañan diariamente y se realizan algún examen médico periódico. En los determinantes de redes sociales y comunitarias, casi el total no recibe apoyo social organizado; la mayoría se atendieron en un puesto de salud, refieren que queda a regular distancia de su casa, refieren que hay pandillaje cerca de sus casas y que no reciben apoyo social natural; la mitad tiene seguro integral de salud del MINSA.

Palabras clave: Comerciantes, determinantes de la salud.

ABSTRACT

This research aimed to describe the determinants of health market traders Dos de Mayo in Chimbote, was quantitative cross-sectional, descriptive design with a single box. The sample universe consisted of 218 merchants. For data collection questionnaire determinants of health it was applied. Data processing software SPSS version 18.0 was used. Obtaining the following conclusions: In the biosocioeconómicos determinants, most have complete and incomplete secondary, have lower incomes than 750 soles a month and is stable worker; more than half are male. Housing almost total cooking gas, electricity permanent use, has domestic sewage network and eliminates the garbage in the collector car. On the determinants of lifestyle, almost the total sleep of 6-8 hours a day and the activity carried out it is to walk; most older adults do not smoke or traders never smoked, do not consume alcoholic beverages, bathe daily and some periodic medical examination is performed. On the determinants of social and community networks, almost all organized not receive social support; most were treated at a health post, they refer to regulate remaining distance of your home, report that there are gangs near their homes and receive no natural social support; half have comprehensive health insurance MOH,

Keywords: Traders, determinants of health.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
ABSTRACT	vi
RESUMEN	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	10
2.1 Antecedentes.....	10
2.2 Bases teóricas.....	12
III. METODOLOGÍA	19
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	19
3.2 Población y muestra.....	19
3.3 Definición y operacionalización de variables.....	20
3.4 Técnicas e instrumentos.....	31
3.5 Plan de análisis.....	34
3.6 Consideraciones éticas.....	35
IV. RESULTADOS	36
4.1 Resultados.....	36
4.2 Análisis de resultados.....	47
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
5.1 Conclusiones.....	59
5.2 Recomendaciones.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	69

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 01:	36
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO - CHIMBOTE, 2013	
Tabla 02:	37
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO - CHIMBOTE, 2013	
Tabla 03:	40
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO - CHIMBOTE, 2013	
Tabla 04:	42
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO - CHIMBOTE, 2013	
Tabla 05:	44
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO - CHIMBOTE, 2013	
Tabla 06:	45
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBE EL APOYO EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO - CHIMBOTE, 2013	

ÍNDICE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 01	109
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO - CHIMBOTE, 2013	
GRÁFICO 02	111
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO - CHIMBOTE, 2013	
GRÁFICO 03	118
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO - CHIMBOTE, 2013	
GRÁFICO 04	122
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO - CHIMBOTE, 2013	
TABLA 05	125
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO - CHIMBOTE, 2013	
TABLA 06	126
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBE EL APOYO EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO - CHIMBOTE, 2013	

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación se realizó con el propósito de identificar los determinantes de la salud de la persona, ya que determinan el estado de bienestar de los comerciantes adultos mayores del mercado Dos de Mayo – Chimbote. y a la vez dar a conocer los resultados obtenidos en la investigación, tanto a las autoridades del puesto de salud “Magdalena Nueva” y a las autoridades de dicha comunidad, y de esa manera el personal de salud pueda actuar de una manera oportuna temprana y objetiva sobre los determinantes que puedan estar poniendo en riesgo o alterando la salud de las personas, y a la vez elabore y emplee planes estratégicos, para poder promocionar medidas de prevención para el bienestar de la salud de las personas y poder así conseguir una vida sana y digna en los comerciantes de esta comunidad.

Los determinantes de la salud constituyen la forma de vivir de los individuos de una comunidad que están determinados por factores físicos, sociales o laborales, que dependen del individuo y del entorno que les rodea, dando como resultado en ellos un estilo de vida saludable o no saludable

Los determinantes de la salud, los comportamientos con respecto a la salud, son difíciles de cambiar. Pero a no ser que se cambien las conductas que implican altos riesgos, persistirán muchas enfermedades evitables y seguirán las muertes prematuras. Los comportamientos que más influyen en el estado de salud, tanto física como mental son las pautas sobre alimentación, el hábito de fumar, las actividades de trabajo (1).

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

La salud en el Siglo XXI cobra una importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está tomando una dimensión muy especial en cuanto a

seguridad respecta. Como tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud de la población está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales y sociales que abarca una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente (2).

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

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico (3).

Cuando hablamos de nivel de salud de una población, en realidad se está hablando de distintos factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones y la mitad de los factores que influyen sobre cuán saludable es una población tienen que ver con factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los factores ambientales un 10% y los asociados a atención de salud en un 25%. Por lo tanto, la mitad de los efectos en salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud (4).

El concepto de determinantes surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos

individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. La salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales (4).

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

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

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (6).

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecerla promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual de la aplicación de la comunicación social a llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (7).

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridad es como en la formulación de planes y programas .Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su con siguiente merma económica, y el deterioro de localidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas exige una renovación en el enfoque de la salud de las personas (8).

Equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente” (9).

Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres, no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles (9).

En definitiva, los determinantes de la salud han surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX teniendo como máximo exponente el modelo de Lalonde, a partir del cual se han ido desarrollando e incluyendo conjuntos de factores o categorías que han hecho evolucionarlos determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales. Este desarrollo de los determinantes de salud es paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (10).

Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en

el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud (11).

El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, sino que suponen necesariamente un imperativo ético-político. Las desigualdad en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas (12).

Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tal es inequidades, carecen de justificación. En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado (12).

En nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Por un lado, existen inequidades de acceso a los servicios. Por otro, hay inequidad es en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (12).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad y sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia que afecta a más de 1,000 millones de personas. Al menos 300 millones padecen de obesidad. La obesidad, el sedentarismo, el estrés, la ansiedad y la depresión son factores que van en incremento. Se calcula que una de cada cinco personas, en algún momento de su vida, sufre de depresión. De las diez principales causas de morbilidad y factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionadas con la alimentación y actividad física (12).

Aproximadamente 3,2 millones de personas mueren a causa del sedentarismo cada año. Las personas con poca actividad física corren un riesgo entre un 20% y un 30% mayor que las otras de morir por cualquier causa. La actividad física regular reduce el riesgo de padecer depresión, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer de mama o colon. El sedentarismo es más frecuente en los países de ingresos altos, pero actualmente también se detectan niveles muy altos del problema en algunos países de ingresos medios, sobre todo entre las mujeres (13).

Otra de las condiciones que aumentan la probabilidad de presentar problemas en la salud son el sobrepeso y la obesidad, al menos 2,8 millones de personas mueren cada año por sobrepeso u obesidad. El riesgo de padecer cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y diabetes crece paralelamente al aumento del índice de masa corporal (IMC). Un IMC elevado aumenta asimismo el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer. La prevalencia de sobrepeso es mayor en los países de ingresos medios altos, pero también se detectan niveles muy elevados en algunos países de ingresos medios bajos. En la Región de Europa, la Región del Mediterráneo Oriental y la Región de las Américas de la OMS (14).

En el Perú, la prevalencia de la obesidad el año 2007 fue 13%, en la población general y 9%, en la población pobre y 3% en la población extremadamente pobre. El 35% en el Perú tienen sobrepeso (15).

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar (ENDES) del año 2010, muestra que el 35%, de las mujeres tienen sobre peso y 16% tienen obesidad. El sobrepeso es mayor en las mujeres de 30 a 39 años (43%), y la obesidad es mayor en las mujeres de 40 a 49 años (27%). Los resultados de La Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y culturales relacionados con las enfermedades crónico degenerativas, muestran que el 40%, de los encuestados realiza actividad física leve (sedentaria), y entre éstos el 72%, de ellos no complementa sus actividades habituales con ejercicios adicionales u otra actividad física vigorosa (15).

Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones sean las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen , incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud .Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (16).

No escapa esta problemática de salud en el país, viéndolo en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores (16).

Esta problemática no es ajena a los comerciantes del “Dos De Mayo” que se ubica en el pueblo joven Dos de Mayo, abastece a gran parte de la población chimbotana; se encuentra conformada por 218 socios adultos mayores, su funcionamiento diario empieza 5:00 am hasta las 5:00 pm. Los adultos mayores desayunan y almuerzan en el mismo mercado, no visitan el establecimiento de salud por la falta de tiempo y no realizan actividad y ejercicio (16).

Esta comunidad presenta luz eléctrica, agua y pasa el carro recolector de basura tres veces por semana. Además tienen una loza deportiva en sus alrededores existen instituciones educativas, siendo una de ellas la institución educativa José Gálvez, dos colegios privados, Corpus Cristi y la I.E Dos de Mayo 1539 y dos pronoeis (16).

Los adultos mayores comerciantes del mercado Dos De Mayo en caso de alguna dolencia acuden por atención de salud al hospital La Caleta, al puesto de salud magdalena, Essalud ya que algunos son jubilados, y a instituciones particulares. La morbilidad más frecuente es por diabetes, hipertensión y obesidad (16).

Frente a lo expuesto se consideró pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema: **¿Cuáles son los determinantes de la salud en los comerciantes adultos mayores del mercado Dos de Mayo - Chimbote 2013?**

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

Identificar los determinantes de salud de los comerciantes adultos mayores del mercado Dos de Mayo- Chimbote.

Para poder conseguir el objetivo general, se ha planteado 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 comerciantes adultos mayores del mercado Dos de Mayo- Chimbote

Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales, tabaquismo, alcoholismo, actividad física, en los comerciantes adultos mayores del mercado Dos de Mayo - Chimbote.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social en comerciantes adultos mayores del mercado del Dos de Mayo - Chimbote.

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

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

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

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

Además permite a las autoridades regionales de las direcciones de salud y municipios en el campo de la salud, así como para la población de los comerciantes del mercado Dos de Mayo porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismos.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Antecedentes

A nivel internacional:

Gonçalves, M. y col. (17), en su investigación “Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil”. Los resultados obtenidos revelan, que los factores socioeconómicos, medidos por la escolaridad, influyen significativamente la condición de salud de los ancianos. Además, fueron observados diferenciales de género: las mujeres presentaron peores condiciones de salud en relación a los hombres. Respecto a las enfermedades crónicas este resultado no fue totalmente favorable a los hombres, una vez que en determinadas enfermedades éstos tuvieron un porcentaje superior, en relación a las mujeres, destaca que, aun cuando al proceso de envejecimiento poblacional fue iniciado más temprano en Buenos Aires y que, por lo tanto, su población estará más envejecida.

Tovar, G. y colab. (18), en su investigación titulada “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”, concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.

A nivel nacional:

Rodríguez, M. (19), en su investigación titulada “Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo Amazonas. Se encontró que los determinantes sociales: analfabetismo en madres (22.5%), en padres (10%), la agricultura como actividad económica predominante de los padres (72.5%), comercio en las madres (20%), limitado acceso al mercado, tecnología y financiamiento económico (45.5%), determinantes del derecho humano: limitado acceso a vida larga y saludable en niños (20%), limitado acceso al control de gestante (77.5%), e inmunizaciones (60%), en determinantes interculturales: usan leña para cocinar (80%), plantas medicinales para cuidar su salud (65%), la quinta parte de la población tiene limitado acceso a vida larga y saludable, padres prefieren que hijos trabajen repitiendo el año escolar.

Valverde, L. (20), en su estudio sobre Determinantes de salud de los adultos del sector B, Huaraz distrito. 2013. tipo de la investigación, cuantitativa y diseño descriptivo con una población de 625 y una muestra de 239, se utilizó el cuestionario sobre determinantes de la salud .Se obtuvieron los siguientes resultados: El 82% .sexo femenino el 61%, adultos mayores, el 34%, estudiaron secundaria completa e incompleta, el 60%, tuvieron un ingreso económico menor de 750 soles, en la vivienda, el 51%, tipo de vivienda unifamiliar, el 50% disponen su basura a campo abierto .En estilos de vida, el 70%, ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente , el 82% no se realizan examen médico. En redes sociales y comunitarias, el 84% tienen seguro del SIS Minsa, el 50%, realizan actividad física caminando, el 37%, comen pescado de 3 a más veces, el 61% comen verduras, hortalizas, 34%, comen frutas el 84%, afirman que hay pandillaje.

A nivel local:

Melgarejo, E. y colab, (21), en su investigación titulada: Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local de Chimbote y Nuevo Chimbote. 2008. Concluye que en el contexto de la participación comunitaria de cada 10 comunidades 8 de ellas están en un contexto interdependiente y 2 en autogestión. Los factores personales (edad, sexo, grado instrucción, responsabilidad, antecedente de enfermedad y estado de salud) no tienen relación estadística significativa con el contexto de la participación comunitaria. Existe relación estadística significativa entre lugar de nacimiento y sobrecarga laboral.

2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación

El presente informe de investigación se fundamentó en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (22).

En 1974, MackLalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (23).

Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud (24).



La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (24).

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se

encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales. Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida (24).

Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (24).



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

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

Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad (24).

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

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

través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios.

b) Determinantes intermediarios: Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar.

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

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (24).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el

Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes.

Mi salud: Este ámbito se refiere al nivel individual y a los estilos de vida asociados a la salud de las personas, incluyendo el entorno social inmediato de socialización, así como aquellas condiciones que hace posible adoptar un compromiso activo y responsable con la propia salud (24).

Comunidad: Este ámbito se refiere a la comunidad como un factor y actor relevante en la construcción social de la salud, incluyendo la dinamización de las redes sociales, la participación activa y responsable en las políticas públicas, así como el fortalecimiento de sus capacidades y competencias para otorgarle mayor eficacia a dicha participación (24).

Servicios de salud: Este ámbito se refiere a la red asistencial que agrupa las prácticas, la accesibilidad y la calidad de la red asistencial de salud, incluyendo prácticas de gestión, dotación y calidad del personal e infraestructura y equipo (24).

Educación: Este ámbito refleja la influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud (25).

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

Territorio (ciudad): Este ámbito agrupa las condiciones de habitabilidad del entorno, la calidad de la vivienda y acceso a servicios sanitarios básicos y su impacto en la salud. Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (25).

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo: Estudio cuantitativo, de corte transversal (26,27).

Diseño: Diseño de una sola casilla (28, 29).

3.2. Población y muestra

Universo muestral

Estuvo conformado por 218 comerciantes adultos mayores del Mercado Dos de Mayo en Chimbote.

Unidad de análisis

Cada comerciante adulto mayor que formó parte del universo muestral y cumple con criterios de la investigación.

Criterios de inclusión:

- Comerciantes del Mercado Dos de Mayo en Chimbote □
Comerciantes que aceptó participar en el estudio.

- Comerciantes que tuvo la disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de exclusión:

- Comerciantes que tenga algún trastorno mental.
- Comerciantes que presente problemas de comunicación

3.3. Definición y operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONÓMICO

Son características biológicas, sociales, económicas y ambientales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud (30).

Sexo

Definición Conceptual.

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (31).

Definición Operacional

Se utilizó escala nominal

- Masculino
- Femenino

Grado de instrucción

Definición conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (32).

Definición operacional

Escala ordinal

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

Ingreso económico

Definición conceptual

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

Definición operacional

Escala de razón

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

Ocupación

Definición conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (33).

Definición operacional

Escala nominal

- Trabajo estable
- Eventual
- Sin ocupación
- Jubilado
- Estudiante

DETERMINANTES DEL ENTORNO FÍSICO

Vivienda

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (34).

Definición operacional

Escala nominal

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

Tenencia

- Alquiler
- Cuidador/alojado
- Plan social
- Alquiler venta
- Propia

Material del piso:

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

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Personas que duermen en una habitación

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

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 (corona de maíz)
- Carca de vaca

Energía eléctrica

- Sin energía
- Lámpara
- Grupo electrógeno
- Energía eléctrica temporal
- Energía eléctrica permanente
- Vela

Disposición de basura

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

Frecuencia que pasa recogiendo la basura

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

Lugar de eliminación de basura

- Carro recolector
- Montículo o campo limpio
- Contenedor específicamente de recogido
- Vertedor por el fregadero o desagüe
- Otros

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición conceptual

Son acciones repetidas adquiridas en el transcurso de la vida, iniciando su enseñanza en el proceso de socialización dentro del seno familiar (35).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

- Diario
- Dos a tres veces por semana
- Una vez a la semana

- Una vez al mes
- Ocasionalmente

Horas que duerme

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

Frecuencia con qué se baña

- Diariamente
- 4 veces a la semana No se baña

Examen periódico en un establecimiento de salud

Escala nominal

- Sí No

Actividad física en tiempo libre

- Camina
- Deporte
- Gimnasia
- No realizó

Actividad física realizó en las dos últimas semanas durante más de 20 minutos

- Caminar
- Gimnasia suave
- Juegos con poco esfuerzo
- Correr

- Deporte
- Ninguno

Alimentación

Definición conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (36).

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 (37).

Apoyo social natural que recibe

- Familiares
- Amigos
- Vecinos

- Compañeros espirituales
- Compañeros de trabajo
- No recibo

Apoyo social organizado que recibe

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

Apoyo de algunas organizaciones

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

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Definición conceptual

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (38).

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

- Hospital
- Centro de salud

- Puestos de salud
- Clínicas particulares
- Otros

Lugar de atención atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- 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 cerca de lugar de vivienda

Escala nominal

- Si
- No

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

En el presente trabajo de investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación del instrumento (39).

Instrumento N° 01

En el presente trabajo de investigación se utilizó el instrumento sobre determinantes de la salud de la persona, elaborado por Vílchez, A. y consta de 2 partes: Datos de identificación y la segunda parte con datos de: determinantes biosocioeconómicos (grado de instrucción, ingreso económico, condición de la actividad) y de vivienda (tipo de vivienda, material de piso, material de techo, material de paredes, número de habitaciones, abastecimiento de agua, combustible para cocinar, energía eléctrica, frecuencia con la que recogen la basura por su casa, eliminación de basura), determinantes de estilos de vida (frecuencia de fumar, frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas, actividad física que realiza, actividad física que realizó durante más de 20 minutos) y determinantes de redes sociales y comunitarias (institución en la que se atendió los 12 últimos meses, tipo de seguro, calidad de atención que

recibió), constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (Ver anexo N° 01).

- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno socioeconómico (sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), Alimentos que consumen las personas, morbilidad.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACION CUALITATIVA:

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

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del

cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas (40) (Ver anexo N° 02).

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta del Perú. (40). (Ver anexo N° 02)

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 (40,41). (Ver anexo N° 03)

3.5 Plan de análisis

Procedimientos de la recolección de datos:

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

- Se informó y pidió el consentimiento de los comerciantes adultos mayores de dicho mercado, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con los adultos mayores su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada participante.
- Se realizó la lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.

- El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas serán marcadas de manera personal y directa.

Análisis y procesamiento de los datos

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

3.6. Consideraciones éticas

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (42).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los comerciantes adultos mayores del mercado “Dos de Mayo” que la investigación sería de manera anónima y la información que se obtuvo serviría solo para fines de la investigación.

Privacidad

Toda la información que se logró obtener en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó que sea expuesto, logrando el respeto a la intimidad de los adultos mayores del mercado Dos de Mayo y fue útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se les informó a los adultos mayores del mercado Dos de Mayo, los fines de la presente investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento Informado

Solo se trabajó con los comerciantes adultos mayores del mercado Dos de Mayo que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (ver Anexo 04).

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados.

4.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 01

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO –

CHIMBOTE, 2013

Sexo	n°	%
Masculino	125	57,0
Femenino	93	43,0
Total	218	100
Grado de instrucción del adulto	n°	%
Sin nivel instrucción	5	2,0
Inicial/Primaria	40	18,0
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	168	77,0
Superior universitaria	3	1,0
Superior no universitaria	2	1,0

Total	218	100
Ingreso económico familiar	n°	%
Menor de S/. 750	194	88,0
De S/. 751 a S/. 1000	20	9,0
De S/. 1001 a S/. 1400	3	2,0
De S/. 1401 a S/. 1800	1	1,0
De S/. 1801 a más	0	0,0
Total	218	100
Ocupación	n°	%
Trabajador estable	192	88,0
Eventual	12	6,0
Sin ocupación	1	1,0
Jubilado	13	5,0
Estudiante	0	0,0
Total	218	100

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud de las personas, elaborado por: Vélchez A. Aplicado a los comerciantes adultos mayores del mercado Dos de mayo en Chimbote, Noviembre 2013.

4.1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 02

***DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN
LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO
– CHIMBOTE, 2013***

Tipo	n°	%
Vivienda unifamiliar	188	86,0
Vivienda multifamiliar	28	13,0
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	1	0,0
Otros	218	1,0
Total		100
Tenencia	n°	%
Alquiler	10	4,0
Cuidador/alojado	1	1,0
Plan social (dan casa para vivir)	2	1,0
Alquiler venta	2	1,0
Propia	203	93,0
Total	218	100

Material del piso	n°	%
--------------------------	-----------	----------

Tierra	8	4,0
Entablado	6	3,0
Loseta, vinílico o sin vinílico	198	90,0
Laminas asfálticas	4	2,0
Parquet	2	1,0
Total	218	100
<hr/>		
Material del techo	n°	%
Madera, estera	5	3,0
Adobe	6	2,0
Estera y adobe	1	1,0
Material noble ladrillo y cemento	95	43,0
Esternit	111	51,0
Total	218	100
<hr/>		
	n°	%
Material de las paredes		
Madera, estera	7	3,0
Adobe	10	5,0
Estera y adobe	3	2,0
Material noble ladrillo y cemento	198	90,0
Total		

Continua....

TABLA 02:

**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN
LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE
MAYO**

– CHIMBOTE, 2013

N° de personas que duermen en una habitación	n°	%
4 a más miembros	87	40,0
2 a 3 miembros	106	49,0
Independiente	25	11,0
Total	218	100
<hr/>		
Abastecimiento de agua	n°	%
Acequia	1	1,0
Cisterna	2	1,0
Pozo	0	0,0
Red pública	14	6,0

Conexión domiciliaria	201	92,0	100
Total	218		
Eliminación de excretas	n°	%	
Aire libre	2	1,0	
Acequia	0	0,0	
Letrina	0	0,0	
Baño publico	1	1,0	
Baño propio	214	98,0	
Otros	1	1,0	
Total	218	100	
Combustible para cocinar	n°	%	
Gas, electricidad	216		
Leña, carbón	0	99,0	
Bosta	0	0,0	
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0	
Carca de vaca	2	0,0	
Total		1,0	
	218	100	
Energía eléctrica	n°	%	
Sin energía		1,0	
		0,0	
Lámpara (no eléctrica)		1,0	
		2,0	
Grupo electrógeno	2	96,0	
	0	0,0	
		100	
Energía eléctrica temporal	1		
	5		
Energía eléctrica permanente	210		
	0		
Vela	218		
Total			
Disposicion de basura	n°	%	
A campo abierto	2	1,0	
Al rio	0	0,0	
En un pozo	1	1,0	
Se entierra , quema ,carro recolector	215	99,0	
Total	218	100	

TABLA 02:

**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN
LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO
– CHIMBOTE, 2013**

Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	n°	%
Diariamente	26	12,0
Todas las semana pero no diariamente	118	54,0
Al menos 2 veces por semana	59	27,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	15	7,0
Total	218	100

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	n°	%
Carro recolector	216	99,0
Montículo o campo limpio	0	0,0
Contenedor específico de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	2	1,0
Total	218	100

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud de las personas, elaborado por: Vílchez A. Aplicado a los comerciantes adultos mayores del mercado Dos de Mayo en Chimbote, Noviembre 2013

4.1.2. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 03
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS COMERCIANTES
ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO – CHIMBOTE, 2013

Fuma actualmente:	n°	%
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	3	2,0
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	22	10,0
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	193	88,0
Total	218	100
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n°	%
Diario	2	1,0
Dos a tres veces por semana	0	0,0
Una vez a la semana	6	2,0
Una vez al mes	4	2,0
Ocasionalmente	12	6,0
No consumo	194	89,0
Total	218	100
N° de horas que duerme	n°	%
[06 a 08)	210	96,0
[08 a 10)	7	3,0
[10 a 12)	1	1,0
Total	218	100
Frecuencia con que se baña	n°	%
Diariamente	200	92,0
4 veces a la semana	18	8,0
No se baña	0	0,0
Total	218	100
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	n°	%
Si	138	63,0
No	80	37,0
Total	218	100

Continúa.....

TABLA 03:
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO CHIMBOTE, 2013

Actividad física que realiza en su tiempo libre	n°	%
Caminar	209	96,0
Deporte	8	3,0
Gimnasia	0	0,0
No realiza	1	1,0
Total	218	100

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	n°	%
Caminar	212	97,0
Gimnasia suave	1	1,0
Juegos con poco esfuerzo	0	0,0
Correr	4	1,0
Deporte	1	1,0
Ninguna	0	0,0
Total	218	100

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Frutas	72	33,02	138	63,3	8	3,6	0	0,0	0	0,0
Carne	154	70,64	37	16,9	25	11,4	2	1,0	0	0,0
Huevos	104	47,7	105	48,1	9	4,1	0	0,0	0	0,0
Pescado	119	54,5	88	40,3	10	4,5	1	1,0	0	0,0
Fideos	191	87,6	7	3,2	19	8,7	1	1,0	0	0,0
Pan, cereales	192	88,0	22	10,5	2	1	2	1,0	0	0,0
Verduras, hortalizas	89,0	40,8	99,0	45,4	23	10	7	3,0	0	0,0
Legumbres	115	52,7	67	30,7	21	9,6	12	5,5	5	2
Embutidos	157	72,0	19	8,7	18	8,2	8	3,0	16	7,3
Lácteos	172	78,8	14	6,4	16	7,3	11	5,0	5	2,0
Dulces	14	52,2	38,0	17,4	29	13,3	23	10,5	14	6,0
Refrescos con azúcar	123	56,4	38	17,4	35	16,0	15	6,8	7	0,3

Frituras	120	55,0	27	12,3	28	12,8	22	10,0	21	9,6
-----------------	-----	------	----	------	----	------	----	------	----	-----

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud de las personas, elaborado por: Vílchez A. Aplicado a los comerciantes adultos mayores del mercado Dos de mayo en Chimbote, Noviembre 2013.

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIA

TABLA 04

***DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS
COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO –
CHIMBOTE, 2013***

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n°	%
Hospital	56	26,0
Centro de salud	16	7,3
Puesto de salud	145	66,5
Clínicas particulares	1	1,0
Otras	0	0,0
Total	218	100
Considera usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n°	%
Muy cerca de su casa	12	5,0
Regular	178	82,0
Lejos	14	6,0
Muy lejos de su casa	13	6,0
No sabe	1	1,0
Total	218	100
Tipo de seguro	n°	%
ESSALUD	103	47,0
SIS – MINSA	109	50,0
SANIDAD	1	1,0
Otros(ninguno)	5	2,0
Total	218	100
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	n°	%
Muy largo	29	13,0
Largo	107	50,0
Regular	78	36,0
Corto	4	1,0
Muy corto	0	0,0
No sabe	0	0,0

TABLA 04:
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS
COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO –
CHIMBOTE, 2013

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud	n°	%
Muy buena	69	32,0
Buena	119	54,0
Regular	29	13,0
Mala	1	1,0
Muy mala	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	218	100

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	n°	%
Si	143	66,0
No	75	34,0
Total	218	100

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud de las personas, elaborado por: Vílchez A. Aplicado a los comerciantes adultos mayores del mercado Dos de mayo en Chimbote, Noviembre 2013.

**4.1.5. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL
NATURAL Y ORGANIZADO**

TABLA 05

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL
NATURAL Y ORGANIZADO, EN LOS COMERCIANTES ADULTOS
MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO – CHIMBOTE, 2013**

Recibe algún apoyo social natural:		n°	%
Familiares	Amigos	14	0
			6,0
			0,0
Vecinos		0	0,0
Compañeros espirituales		0	0,0
Compañeros de trabajo		0	0,0
No recibió		204	94,0
Total		218	100

Recibe algún apoyo social organizado:		n°	%
Organizaciones de ayuda al enfermo		0	0,0
Seguridad social		1	1,0
Empresa para la que trabaja		3	1,0
Instituciones de acogida		0	0,0
Organizaciones de voluntariado		0	0,0
No recibió		214	98,0
Total		218	100

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud de las personas, elaborado por: Vílchez A. Aplicado a los comerciantes adultos mayores del mercado Dos de mayo en Chimbote, Noviembre 2013.

4.1.6. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO

TABLA 06

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO – CHIMBOTE, 2013

Apoyo social de las	Si		No	
	nº	%	nº	%
Organizado				
Pensión 65	0	0,0	218	100
Comedor popular	0	0,0	218	100
Vaso de leche	0	0,0	218	100
Otros	0	0,0	218	100
Total	0	0,0	218	100

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud de las personas, elaborado por: Vílchez A. Aplicado a los comerciantes adultos mayores del mercado Dos de mayo en Chimbote, Noviembre 2013.

4.2 Análisis de resultados

En la Tabla 1: Del 100% (218) , de los comerciantes del mercado Dos de mayo en relación a los determinantes de la salud biosocioeconomicos el 57,0 % (125) , son de sexo masculino el 77,0 % (168) , tienen secundaria completa / secundaria incompleta, el 88,0% (194), tienen ingreso económico menor de 750 soles al mes y el 88,0%(192), tienen ocupación estable.

Así también en los resultados encontrados Romero, A. y Moruno. (43), define la ocupación como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la posición en el Trabajo.

El grado de instrucción es la capacidad de cada persona debe ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un

mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos de la familia (44).

Los resultados difieren que lo encontrado a nivel nacional por el Instituto nacional de estadística e informática (INEI) (45), en donde el 19,6% no han alcanzado ningún nivel de educación o solo estudiaron el nivel inicial y el 14,6% ha accedido a algún año de educación superior se muestra que el 76,3% de los adultos de 60 y más años de edad son alfabetos, es decir, saben leer y escribir; y el 23,7% de adultos mayores son analfabetos. El 45,0% de los adultos mayores han estudiado algún año de educación primaria, el 20,8% han logrado estudiar hasta secundaria.

En la presente investigación de acuerdo al ingreso económico se tiene como resultados que aquellos adultos mayores entrevistados tienen un ingreso menor de 750 soles, lo que es un factor que los hace vulnerables y tengan necesidades en su vida diaria como son los de la alimentación, persona La falta de recursos materiales es causa directa o indirecta de procesos carenciales como la desnutrición, deficiencias vitamínicas, y de la producción de muchas enfermedades y situaciones que determinan una reducción en la expectativa de vida y por ende el adulto mayor debe obtener esa orientación para vivir mejor (46).

A nivel nacional el 19,6% no han alcanzado ningún nivel de educación o solo estudiaron el nivel inicial y el 14,6% ha accedido a algún año de educación superior se muestra que el 76,3% de los adultos de 60 y más años de edad son alfabetos, es decir, saben leer y escribir; y el 23,7% de adultos mayores son analfabetos. El 45,0% de los adultos mayores han estudiado algún año de educación primaria, el 20,8% han logrado estudiar algún año de educación (47).

La educación es un factor esencial en la calidad de vida de las personas y en su nivel de salud, y es uno de los pilares sobre los cuales se sostiene el desarrollo humano. Los estudios realizados demuestran que el estado de bienestar aumenta de acuerdo con el nivel de educación, lo cual refleja el impacto positivo de éste en el cuidado de la salud, en el cambio de comportamientos e, igualmente, en el acceso y la utilización efectiva y oportuna de los servicios de salud (48).

Las personas más vulnerables a la situación de pobreza se debe a diferentes factores observados en este análisis: la baja extensión y calidad de las prestaciones previsionales, el limitado acceso de empleos y ocupaciones, y su concentración en actividades independientes que generan bajos ingresos y se realizan en condiciones laborales precarias (49).

El mejoramiento de las condiciones de trabajo es uno de los principales objetivos de la OIT. A pesar que hay aumentos salariales en numerosos países, muchos trabajadores aun ganan muy poco y tiene dificultad para hacer frente a sus necesidades básicas. Las condiciones de trabajo peligrosas o poco higiénicas tienden a desaparecer en el mundo industrializado, pero aún son frecuentes en el mundo en desarrollo.

Podemos decir que no sólo los adultos mayores son los más vulnerables en razón de sus condiciones físicas, de salud y habitacionales, sino también por el hecho de que son menos instruidos y con menos recursos económicos que el resto de la población, tal como resalta en la presente investigación, la mayoría de estos adultos mayores tiene bajo grado de instrucción se sabe que el nivel socio económico de un individuo es el factor de mayor importancia en determinar la calidad de vida en la vejez, pues es el caso de los adultos mayores de la investigación pues ellos cuentan con un bajo salario no permite satisfacer todas sus necesidades básicas de las personas quedando expuestas a sufrir de diversas enfermedades que perjudiquen en su salud .

En la tabla N° 2.- Del 100% (218) , de los adultos mayores encuestados sobre determinantes de la salud relacionado con la vivienda el 86,0% (188), es unifamiliar, el 93,0% (203), tienen tenencia propia el 90,0%(198), tienen material de piso Loseta, vinílicos o sin vinílico el,51,0% (111)tienen material de techo Eternit el, 90,0% (198), el material de paredes son Material noble ladrillo y cemento, el 49,0% (106) , son número de personas que duermen en una habitación 2 a 3 miembros el 92,0% (201) , tienen abastecimiento de agua conexión domiciliaria el,98,0%(214) su eliminación de excretas Baño propio el, 99,0%(216), tienen combustible para cocinar gas, electricidad el 96,0% (210), tienen Energía eléctrica permanente el 98,0%(215), Disposición de basura se entierra, quema, carro recolector el 54,0%(118), Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa son todas las semana pero no diariamente el 99,0% (216), Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares Carro recolector.

La OMS y OPS (50), expresan que la vivienda es el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo o la familia: proteger de las inclemencias del clima; garantizar la seguridad y protección; facilitar el descanso; permitir el empleo de los sentidos para el ejercicio de las manifestaciones culturales; implementar el almacenamiento, procesamiento y consumo de los alimentos; suministrarlos recursos de la higiene personal, doméstica y el saneamiento; favorecerla convalecencia de los enfermos; la atención de los ancianos y personas con discapacidad; el desenvolvimiento de la vida del adulto mayor; promover el desarrollo equilibrado de la vida familiar.

Estudios que defieren con la investigación tenemos a: Quispe, R. (51) , en su estudio titulado El problema de la vivienda en el Perú, retos y perspectivas, menciona que el déficit de viviendas en el Perú es principalmente de orden cualitativo pues presenta malas condiciones de habitabilidad, donde los

afectados son grupos de bajos ingresos; los adultos mayores tienen más riesgos de resultar expuestos a peligros del ambiente hogareño, los grupos de población con riesgos son de 0 a 14 años y recae en la población de 65 años a más. Una vivienda precaria tiene como factores el ambiente doméstico, que influyen negativamente la salud la inaccesibilidad al agua potable, saneamiento básico, hacinamiento, contaminación de los alimentos por microorganismos.

La Organización Mundial de Salud y Organización de Panamericana de Salud expresan que la vivienda es el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo o la familia: proteger de las inclemencias del clima; garantizar la seguridad y protección; facilitar el descanso; permitir el empleo de los sentidos para el ejercicio de las manifestaciones culturales; implementar el almacenamiento, procesamiento y consumo de los alimentos; suministrar los recursos de la higiene personal, doméstica y el saneamiento; favorecer la convalecencia de los enfermos; la atención de los ancianos y personas con discapacidad; el desenvolvimiento y promover el desarrollo equilibrado de la vida familiar(52).

La vivienda constituida tradicionalmente en centros de atracción de inmigrantes de las zonas rurales desasistidas con problemas sociales, asociados con las condiciones precarias de hábitat y vivienda. Destacan la alta incidencia de la pobreza urbana, la existencia y producción de viviendas inadecuadas, el déficit de servicios públicos básicos (acceso al agua potable, canalización de aguas servidas, suministro de energía eléctrica, accesibilidad, entre otros). Como consecuencia de esta situación, hoy día un tercio de los habitantes de asentamientos urbanos viven en condiciones que ponen en peligro su salud y sus vidas (53).

Por otro lado difieren con el estudio de Crisóstomo, Y. (54), en su estudio titulado “diagnóstico situacional de las viviendas y hábitos saludables en la

comunidad campesina santa cruz de pichiu”El 95.8% de las viviendas son propias, 2% son viviendas alquiladas, 1.5% son ocupadas con autorización del dueño, el 0.5% está en condición de alojado y un mínimo porcentaje de 0.2% está cargo del cuidante. las viviendas que predominan son las que tienen 2 y 3 habitaciones/cuartos, ambos con el mismo porcentaje del 26%, las que tienen 4 habitaciones/cuartos son el 17%, con 5 habitaciones/cuartos el 13%, las que tienen una habitación/cuarto el 6%, las que tienen 6 y 7 habitaciones son el 5% para ambos; y las que tienen 8 o más habitaciones/cuartos son el 2%.

La vivienda constituida tradicionalmente en centros de atracción de inmigrantes de las zonas rurales desasistidas con problemas sociales, asociados con las condiciones precarias de hábitat y vivienda. Destacan la alta incidencia de la pobreza urbana, la existencia y producción de viviendas inadecuadas, el déficit de servicios públicos básicos (acceso al agua potable, canalización de aguas servidas, suministro de energía eléctrica, accesibilidad, entre otros). Como consecuencia de esta situación, hoy día un tercio de los habitantes de asentamientos urbanos viven en condiciones que ponen en peligro su salud y sus vidas (55).

Según los resultados de la presente investigación de los adultos mayores del mercado Dos de mayo predominan de techos ,paredes de material noble,, madera y esteras, y más de la mitad de los adultos mayores tienen sus techos de material eternit y cuando tienen muchos años desecha una sustancia que se llama asbesto y es dañino para la salud cuentan con los servicios básicos adecuados; el 86,0% (188) viven de vivienda unifamiliar, el 49,0% (106) de 2 a 3 miembros y, y que la mayoría cuentan con los servicios básicos que es lo básico que se debe contar en un hogar. Contar con una vivienda adecuada es uno de los aspectos más importantes en la vida de una persona, para cubrir las necesidades básicas (56).

Al concluir la presente tabla de los determinantes del entorno físico se ha podido evidenciar que muchos de estos adultos mayores cuentan con una casa propia, con varias habitaciones, la es razón que ellos duermen de 2 a 3 personas por dormitorio, si bien sabemos que hoy en día esto puede causar muchos problemas como enfermedades, infecto contagiosas, violaciones.

En la tabla 3: Del 100% (218), de los adultos mayores encuestados sobre determinantes de los estilos de vida el,88,0% (193), refiere que actualmente No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual el,89,0% (194), la Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas no consumo el 96,0%(210), duermen de 06 a 08 el,92,0%%(200), refieren que se bañan diariamente el 63,0% (138) , si se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud el 96,0%(209), realizan actividad física es caminar el 97,0%(212)En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos fue caminar el 191,0% (87,6) ,alimentos que consume diario son fideos.

Según la OMS. (57), se ha demostrado que la actividad física regular mejora el estado funcional y la calidad de vida de las personas. La actividad física o caminar por lo menos 15 minutos puede ser beneficiosa para muchas personas con enfermedades no transmisibles frecuentes en los adultos (enfermedades cardiovasculares, artrosis, osteoporosis, hipertensión), así como para prevenir las caídas. También se ha demostrado que mejora la salud mental y la función cognitiva y que contribuye al tratamiento de trastornos como la ansiedad o la depresión. La vida activa suele proporcionar a las personas la ocasión de hacer nuevas amistades, mantener sus redes sociales e interactuar con otras persona.

Así también en los resultados encontrados en su estudio Rivera, D. (58), La actividad física constituye uno de los pilares básicos para conseguir con

éxito un envejecimiento saludable, si se practica de forma regular, constante y moderada, sin querer batir récords y sin poner a prueba a nuestro organismo. Entendemos por actividad física una programación previamente reflexionada, planificada, estructurada y repetida. Son muchos los beneficios que nos aportará la práctica de una actividad física para nuestro organismo: Mejorará nuestra capacidad física, mental e intelectual, contribuirá de forma clara y determinante a reducir muchas enfermedades; se podrán prevenir diversas disminuciones funcionales asociadas y aumentar nuestro rendimiento personal en todas las áreas: laboral, familiar y social.

El examen médico periódico para adultos mayores debe ayudar a alcanzar y mantener un nivel óptimo de salud, identificar si estamos en mayor riesgo de discapacidad y/o vulnerabilidad (fragilidad); y detectar a tiempo riesgos, enfermedades crónicas y disfunciones (aún en etapas sin síntomas). Esto permite realizar intervenciones de salud para evitar la discapacidad, así como valorar la magnitud de la enfermedad y de su impacto en la familia

Los estudios se relacionan y difieren que lo encontrado por Hunter, M y Bamman. (59), la funcionalidad física y calidad de vida del mayor están afectadas por reducciones de fuerza, lo que con lleva a su vez un estilo de vida menos activo. Un programa de ejercicio físico donde se desarrolle la fuerza muscular reduce la dificultad del mayor para realizar las tareas cotidianas, incrementa el gasto energético, reduciéndose el tejido adiposo, y promueve la participación voluntaria y espontánea en otras expresiones de actividad física. No obstante, el trabajo de fuerza muscular se ve favorecido cuando de forma paralela se desarrolla la resistencia aeróbica.

Así también en los resultados encontrados en su estudio Martín , C.(60),la mayoría de los adultos mayores consumen alimentos que contiene carbohidratos, pan, fideos, arroz, papas, se dice que una alimentación saludable debe procurar el mantenimiento del peso corporal con una dieta

alta en carbohidratos, relativamente baja en grasas y con niveles equilibrados de proteínas de buena calidad. También son recomendables alimentos ricos en fibra, en minerales y en vitaminas. Y, aunque no tenga carácter alimentario, es aconsejable, que las personas de edad avanzada, mantengan una actividad física regular, adaptada a su situación.

Así la alimentación es un elemento importante en la buena salud, influye la calidad de los alimentos, la cantidad de comida y los hábitos alimentarios para un bienestar del ser humano. Así mencionan que la modificación de los factores de riesgo y la adopción de comportamientos favorables a la salud, como el ejercicio y las dietas saludables, describen también que anteriormente existía también la idea de que las personas adquirirían algunos hábitos nocivos por el mero hecho de llegar la vejez (61).

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

El ejercicio físico cumple un rol fundamental, ya que al practicarlo de manera cotidiana, aumenta la vitalidad en general y reduce la posibilidad de padecer enfermedades como enfermedades cardiovasculares, obesidad , sobrepeso etc.

En la presente investigación realizada en los adultos mayores la mayoría consumen fideos y esto les conlleva a sufrir obesidad y no existe duda que la obesidad es un problema de salud pública a nivel global, y que se

encuentra en incremento en muchos países en desarrollo. A nivel mundial, existen muchos estudios que han cuantificado el problema en la población adulta.

En la tabla 4, 5 y 6: Del 100% (218), de los adultos mayores encuestados sobre determinantes de redes sociales y comunitarias el 66,0%(145) , en la institución de salud en la que se atendieron en estos 12 últimos meses fue en el Puesto de salud, el 82,0%(178), consideran que el lugar donde lo (la) atendieron está Regular el,50 (109),0% el Tipo de seguro que tienen es SIS – MINSA el,50,0%(107) el tiempo que esperaron para que los (las) atendieran les pareció Largo el 54,0% (119) , la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de salud fue buena y además el 66,0%(143) , si hay Pandillaje o delincuencia cerca de sus casas.

Así existen programas de apoyo social es un concepto de sumo interés y utilidad para los dedicados a la salud mental, en tanto pone en primer plano la significación de los factores sociales y psicológicos para la salud y el bienestar. El apoyo social tiene para la vejez beneficiosos efectos para la salud y su bienestar. Este no debe ser visto sólo como transacción de ayuda material, sino también como aceptación, afecto y afirmación. En el contexto social se tiende muchas veces a sobrevalorar la ayuda económica como apoyo real, y subvalorar los aspectos de ayuda afectiva y moral, sin tener en cuenta si las necesidades reales que tiene la persona, en el momento del apoyo, son materiales o psicosociales (63).

Así también en los resultados encontrados en su estudio Rojas, L. (64), el pandillaje, como todos sabemos , es un problema de enfrentamientos entre pandillas y la formación de las mismas llega a tal punto que simplemente, hasta ahora , no se le encuentra una solución la formación de una pandilla se basa en el compañerismo de un grupo de personas del mismo barrio , los cuales están ordenados de manera descendente en función a la” rudeza”(violencia).

El pandillaje es un problema social que siempre ha afectado a nuestra sociedad las principales del pandillaje son :la desintegración familiar, el desempleo, la violencia familiar y el abandono familiar las soluciones posibles que podrían darse es establecer centros de orientación (65).

Estos resultados se relacionan y difieren que lo encontrado por Balcazar , M.(66), en su estudio titulado “pandillas en el siglo XXI “ Según el estudio, 40% de la población de el salvador identifica a la delincuencia como un primer problema, mientras que el 11% ubica a las pandillas y violencia como principal fuente de conflicto, para Guatemala, 30% de personas cree que el principal problema es la delincuencia y 21% consideran que lo son las pandillas y la violencia.

En la presente investigación realizada en los adultos mayores cuentan con seguro integral Essalud es el seguro regular al cual se encuentran afiliados obligatoriamente todos los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o como socios de cooperativas de trabajadores. También son afiliados a este seguro los pensionistas que reciben pensión de jubilación, por incapacidad y de sobrevivencia (67).

El MINSA , tiene la mayor cobertura de servicios de salud a nivel nacional y administra el 84.7% del total de establecimientos entre hospitales, centros de salud y puestos de salud ubicados en zonas urbanas, urbano marginales y rurales dispersas. Atiende a la población predominantemente pobre que no cuenta con seguro social de salud SIS. Por otra parte, ESSALUD atiende a trabajadores del sector formal y a sus familias. Sus establecimientos están ubicados principalmente en áreas urbanas. Finalmente, los servicios de las Fuerzas Armadas y Policiales sólo atienden a sus trabajadores y familiares directos. El sub sector privado, conformado por clínicas, consultorios y

organismos no gubernamentales, otorga sus servicios en las principales ciudades del país.(68).

Es un seguro de salud dirigido a trabajadores independientes (profesionales, técnicos, programadores, artesanos, comerciantes, transportistas, artistas), estudiantes y demás emprendedores; así como a sus dependientes (69).

Se observa que de los adultos mayores encuestados en los comerciantes del mercado Dos de mayo en relación a los determinantes de redes sociales según apoyo social natural y organizado que el, 94,0%/(204) Reciben algún apoyo social natural de sus compañeros de trabajo el,98,0% (214)no reciben algún apoyo social organizado (70).

Los estudios se relacionan y difieren que lo encontrado en Holden, V . (71), una forma habitual de solidaridad intergeneracional es la cohabitación, que reduce el gasto de vivienda por persona, resulta en economía de escala en la compra y preparación de alimentos y facilita el apoyo directo a parientes con necesidades especiales; ahora bien, la coresidencia no siempre implica una socialización de los recursos y los adultos mayores pueden recibir transferencias de familiares que residen fuera del hogar. En el caso de México, Montes de Oca (2001) muestra que el 38.6% de los mayores de 60 años recibe algún apoyo de personas ajenas al hogar, mientras el 28.5% de los residentes en hogares conyugales ampliados no recibe apoyo de sus coresidentes. la mayoría de los países registra una proporción significativa de la población de 60 años y más que no recibe ingresos ni de pensiones ni de trabajo.

Se encontró en el estudio de Guzmán, J. (72), En tales condiciones es fácil comprender por qué la mayoría los países de la región ha sido incapaz de crear condiciones propicias para transferir riquezas que aseguren y consoliden el bienestar de los adultos mayores (Palloni, 2000). El principal reto está entonces en la forma en que los países afrontarán el aumento

continuo de una población de adultos mayores, cuya calidad de vida no ha sido mejorada significativamente, en momentos en que todavía constituyen una pequeña proporción de la población total. En este contexto de envejecimiento demográfico, de alta incidencia de pobreza y desigualdad y de escaso desarrollo institucional, es dable esperar que los sistemas de organización familiar se mantengan como espacios privilegiados en que los adultos mayores convivan junto a sus familiares, se vean protegidos, dispongan de alimentación adecuada y accedan a una atención de salud y convivencia humana mínimas.

Apoyo económico son las formas de ayuda ofrecida por la sociedad y que las personas reciben algún apoyo social natural de sus compañeros de trabajo requieren en sus diferentes etapas de la vida y es una serie de informaciones dirigidas a una persona para que se sienta amada, cuidada, segura, estimada, valiosa e integrada y un porcentaje valioso no reciben algún apoyo social organizado (73).

Se observa que de los adultos mayores encuestados en los comerciantes del mercado dos de mayo en relación a los determinantes de redes sociales según la organización de quien recibe apoyo el 100% (218) no recibe apoyo de algunas organizaciones (74).

Los estudios se relacionan y difieren que lo encontrado en Guzmán, J. (75), la preocupación por estudiar los apoyos sociales de las personas mayores se debe ubicar en dos contextos fundamentales. Por un lado, en los países desarrollados existe preocupación por la incapacidad estatal para financiar políticas y programas dedicadas al mantenimiento físico y material de la población mayor. La histórica organización que asiste a la población y los recursos económicos para mantenerla -en el futuro cercano- se ven amenazados por los cambios en la estructura productiva de las sociedades (McNicoll, 1987). De ahí que sea la familia y las redes sociales -provistas

en la comunidad- las áreas de investigación estratégicamente relevantes al analizar el bienestar de esta población.

Se encontró en el estudio de Ramírez , T. (76), Es más, estos ancianos nunca habrían recibido la ayuda del Estado, es decir los 250 nuevos soles del Programa “Pensión 65”, sin embargo la municipalidad les hace firmar en el Padrón de Beneficiarios del Programa ya casi dos años, pero no les da el beneficio de los 125 nuevos soles mensuales.

Es importante señalar que el rol que cumplen las personas mayores en las redes de apoyo social no siempre es un rol “pasivo” o “dependiente”, al contrario, un segmento importante de esta población contribuye significativamente al bienestar de sus familias, ya sea con recursos económicos, apoyos directos

Es un factor de riesgo para la población ya que sin el apoyo de una institución que les provea ayuda en su salud estará en peligro su mantenimiento de la salud aumentaran las incidencias de morbilidad y la mortalidad. podemos dar por concluido que los comerciantes adultos mayores del mercado 2 de mayo no tienen ningún apoyo institucional actualmente para la población para favorecer su calidad de vida

V. Conclusiones y recomendaciones:

5.1. Conclusiones:

- En los determinantes biosocioeconómicos, la mayoría tiene secundaria completa e incompleta, tienen ingresos económicos menores a 750 soles mensuales y es trabajador estable; más de la mitad es de sexo masculino. En la vivienda casi el total cocinan a gas, utiliza energía eléctrica permanente, tiene red intradomiciliaria de desagüe y elimina su basura en el carro recolector semanalmente pero no diariamente; la mayoría es unifamiliar, propia, piso de loseta, es de paredes de material noble y tiene red intradomiciliaria de agua; más de la mitad es de techo de eternit; menos de la mitad 2 a 3 miembros duermen en una habitación.
- En los determinantes de estilo de vida, casi el total duermen de 6 a 8 horas diarias y la actividad que realizan es caminar; la mayoría de los comerciantes adultos mayores no fuma ni ha fumado nunca, no consume bebidas alcohólicas, se bañan diariamente, se realizan algún examen médico periódico, consumen carnes, fideos, lácteos, pan cereales y embutidos diariamente; más de la mitad consumen refrescos con azúcar y dulces.
- En relación a las redes sociales, casi el total no recibe apoyo social organizado; la mayoría se atendieron en un puesto de salud, refieren que quedan a regular distancia de su casa, refieren que hay pandillaje cerca de sus casa y que no reciben apoyo social natural; la mitad tiene seguro integral de salud del MINSA, refiere que el tiempo de espera para la atención fue largo; más de la mitad refiere que la atención es buena.

5.2. Recomendaciones:

De los resultados obtenidos se permite dar las siguientes recomendaciones:

- Dar a conocer a las autoridades del mercado Dos de Mayo sobre los resultados obtenidos en la presente investigación hecha a los comerciantes adultos mayores del mercado con la finalidad de implementar medidas de autocuidados e actividades de prevención que necesitan estas personas para la adopción de estilos de vida saludables.
- Recomendar a la municipalidad de Chimbote y al establecimiento de salud del puesto de salud Magdalena Nueva y autoridades del Mercado Dos de Mayo para, que realicen campañas de salud para concientizar a los comerciantes adultos mayores del Mercado Dos de Mayo lleven un adecuado y buen estilo de vida.
- El presente estudio de investigación sirva de estímulo y de base para que se continúe realizando investigaciones similares, donde se pueda tener mayor información y visualizar mejor la magnitud del problema y de esta manera promover la esfera de la investigación en el campo de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud .Determinantes Sociales de la Salud. Perú: OPS, 2005
2. Rojas, F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev. Cubana. Salud Pública .2004; 30 (3): 13-16.
3. Secretaria, T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
4. Tarlov, A. Social determinants of Health: the sociobiological transition, BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.
5. LipLicham C; Rocabado, F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud;2005. 84 pp.
6. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile ;1994; 23:18-22
7. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302
8. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007
9. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar , editorial; 2008

- 10 Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
- 11 Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Página en internet]. Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar; © 2011 [citado 15 Abril 2013]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2011/Libro.pdf>
- 12 Dirección de promoción de la Salud. Sistema de Vigilancia Comunal (SIVICO).Censo real del A.H. Belén. Centro de Salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote; 2012
- 13 . Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
- 14 Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010
- 15 Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo que Determinan la calidad vida en la salud de las personas, Perú 2007.
- 16 .Asociación de comerciantes del Mercado 2 de Mayo. Libro de Padrón Chimbote, 2013.
17. Gonçalves. M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre.. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006
18. Tovar L, García G. La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida. Lugar 2003. Nro. 027. 2004

19. Rodríguez M. Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011
20. Valverde L. Determinates de la Salud de los adultos del sector B , Huaraz , 2013.
21. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. de Chimbote y Nuevo Chimbote. 2008. [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.
22. Ávila J. Determinantes de la salud en los adultos del caserío Los Olivos de sector“O” – Huaraz, 2013”. [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
- 23 . Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud.OPS.: Washington; 2009
24. Dalhigren, G. Whitehead, M.. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006
25. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed . Mexico: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
26. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL:
<http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.

27. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:<http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
28. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004
29. Cristoper M. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>
30. Organización panamericana de la salud, organización mundial de la salud y asociación mundial de sexología. Promoción de la salud sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>
31. Eustat. Defición de nivel de instrucción. [Portada en internet]; 2010. [citado 2014 set 10]. Disponible en: http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz3IreHwqN
32. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).: Mexico; 2010.

33. Lama A, En el marco del Fondo de Investigaciones del programa de Mejoramiento de Encuestas y de la Medición de las Condiciones de Vida de los Hogares en el Perú (Programa MECOVI - Perú), Lima, Julio del 2000. Disponible en <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/PRESENTA.htm>
34. Juárez D. [Página internet]. Argentina: Curso en salud social comunitaria. [citado 25 Noviembre 2013]. Disponible desde el URL: <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/cursos/alud-social-comunitaria/1-modulo-cssyc.pdf>
35. Pérez J. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas. CSIC. 2009 disponible en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>
36. Eusko J. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en: http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID.

37. Base de datos on line [Página en internet]. Definición de ocupación 2008. [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
38. Muget S. [Serie en internet]. Belo Horizonte: Serie Nescon de Informes Técnicos N° 2: Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud; 2008 Brasilia. [Citado 2010 Set 09]. Disponible en: http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2485/mod_resource/content/1/curso_2009/Modulo_1/lectura_principal_Mod_I.pdf
39. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. Mexico. 2011. Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf
40. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12] Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
41. Dávila E. Master en salud pública: Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001. [Citado 2011 Set 09].
42. Martínez R. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf
43. Romero, A. y Moruno . Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud/ Health and Work Conditions of Health Care Workers - Brasilia, OPAS, 38 p., 2008. Informe del Taller Ouro Preto, Brasil, Enero 2006. Disponible en: http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CST_Salud.pdf

44. Derecho Urbanístico de Castilla y León, El Consultor de los Ayuntamientos y de los Juzgados, Madrid, 2.000. ISBN 84-7052-249-9. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda#Bibliograf.C3.ADA>
45. Casquero R. Estudio de diagnóstico de niñas, niños y adolescentes que trabajan frente al VIH-sida/its y servicios que se prestan a dicha población con pruebas y muestras., Lima, Abril. 2007.
46. Antonucci T. & Akiyama H. Social Networks in Adult life and preliminary examination of de covoy model. En: Journal of Gerontology.
47. Antonucci T. y Jackson J. Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida. En: Intervención psicológica y social. Gerontología clínica, pp. 129-148. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Serie Universidad,. Ediciones Martínez Roca, S.A., Barcelona, España.
48. Koller, M. Definición de educabilidad. [Portal en internet]. 2011. [citado 2011.jun.25]. [Una pantalla]. Disponible en URL: <http://www.psicopedagogia.com/definicion/educabilidad>.
49. Muget S. [Serie en internet]. Belo Horizonte: Serie Nescon de Informes Técnicos N° 2: Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud; 2008 Brasilia. [Citado 2010 Set 09].
50. OMS y OPS .La vivienda precaria urbana marginal y su relación con la salud de la población en el proceso de sustentabilidad.(Centro Experimental de Vivienda Económica).[internet} <http://www.alapop.org/docs/publicaciones/investigaciones/PoblacionMedioAmbiente02.pdf> .
51. Quispe R. El problema de la vivienda en el Perú, retos y perspectivas. Chile: Red Revista INVI, 2006. p 43
52. Organización Mundial de la salud. Definición de sexo. Washington: OMS; 2007.
53. Núñez R. Condiciones Precarias de Hábitat y Vivienda. (internet) Caracas, octubre de 2006. <http://fegs.msinfo.info/fegs/archivos/pdf/HYV.PDF>
54. Crisóstomo, Y. El problema de la vivienda en la vejez en Cataluña. Architecture, City an Enveronment, 1(1), 80-10
55. Evaluación de la experiencia censal reciente sobre vivienda y hogar, Camilo Arriagada Luco, (LC/L.3312-P), N° de venta: S.11.II.G.30 (US\$ 10.00), 2011

56. Pérez A, José I. Examen médico . Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2002.
57. Organización Mundial de la Salud. [Portal de Información]. España: Sistemas de seguro de salud y acceso a medicamentos. [actualizado 07 Oct 2014; citado 05 Nov 2014]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2958s/3.3.html>
58. Rivera, D. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud – ONU; ©2013 [citado 2013 Nov. 27]. [Alrededor de 8 pantallazos] Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
59. Hunter, M y Bamman. la funcionalidad física y calidad de vida [citado 2012 Nov. 27].
60. Ministerio de Salud. Norma técnica de estándares de calidad para hospitales e institutos especializados 2003. Perú: Ministerio de Salud; 2003.
61. Ortega R, Pujol A. Estilos de vida saludable: actividad física. Programa Roche de actualización en cardiología. Ediciones Ergón, S.A. Madrid; 1997
62. García, C. Un estilo de vida saludable [Citado el 2013 Junio
- 63 MontesV. Relaciones programas de apoyo social.abril 2002 En Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas. México. Consejo Nacional de Población
64. Rojas , L . Seguridad con democracia .org/ administrador_de_carpetas/biblioteca_virtual/pdf/Pandillas_en_el_siglo_XXI_CIES.pdf
65. Estudio de la UNMSM acerca de los factores sociales del pandillerismo (2001)
66. Balcazar M. pandillas en el siglo XXI [citado el 2012:Disponible en: <http://blog.pucp.edu.pe/item/5861/-pandillas> en el siglo XXI.pdf
67. Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud 2012.Perú: Ministerio de Salud; 2012
68. Ministerio de salud. encuesta de satisfacción de usuarios externos de servicios de salud en Lima 2002. Ministerio de salud; 2002.

69. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud .Lima, 2002.
70. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). Apoyo social organizado – Tranquilidad para más peruanos mayo, 2005.
71. Holden ,V. Redes de apoyo social a personas mayores: Marco conceptual. Documento presentado en la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores, CEPAL 9 al 12 de diciembre, Santiago de Chile.
72. Promover el empleo, proteger a las personas. Programa de condiciones de trabajo y empleo derechos reservados. 2012.
73. apoyo económico a personas mayores: Marco conceptual .Documento presentado en la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Económico a las Personas Mayores noviembre, 2013.
74. Gottlieb B. “Social networks and social support: an overview of research, practice, and policy implications”, Health Education Quarterly,vol. 12, N° 1, Nueva York, Sage Publications/Society for Public Health Education; 2013.
75. Guzmán J. la preocupación por estudiar los apoyos sociales de las personas mayores [Citado 2002 en oct.
76. Ramírez ,T. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pública Mex 40:3-12; 1998. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102.pdf>

ANEXOS:

ANEXO 01



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN
LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE
MAYO - CHIMBOTE**

Elaborado por Vélchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona:

Dirección:.....

**I. DETERMINANTES
BIOSOCIOECONOMICO**

1. Sexo: Masculino () Femenino ()

2. Edad:

Adulto Joven (20 a 40 años) ()

Adulto Maduro (40 a 64 años) ()

Adulto Mayor (65 en adelante) ()

3. Grado de instrucción:

Sin nivel

Inicial/Primaria

Secundaria Completa / Secundaria Incompleta

Superior universitaria completa/Superior universitario incompleta

Superior no universitaria completa/Superior no universitaria incompleta

4. Ingreso económico

Menor de 750 soles

De 751 a 1000 soles

De 1001 a 1400

De 1401 a 1800

De 1801 a más

5. Ocupación del jefe de familia:

Trabajo estable

Eventual

Sin ocupación

Jubilado

Estudiante

DETERMINANTES DEL ENTORNO FISICO

6. Vivienda

5.1 Tipo:

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

5.2 Tenencia

- Alquiler
- Cuidador/alaja do
- Plan social

- Alquiler venta
- Propia

5.3 Material del piso:

- Tierra
- En tablado
- Loseta, vinílicos o sin vinílicos
- Láminas asfálticas
- Parquet

5.4 Material del techo:

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

5.5 Material de las paredes:

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

5.6 Personas que duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua:

Acequia

Cisterna

Pozo

Red pública

Conexión domicilia ria

8. Eliminación de excretas

Aire libre

Acequia, canal

Letrina

Baño público

Baño propio

Otros

9. Combustible para cocinar

Gas, electricidad

Leña, carbón

Bosta

Tuza (corona de maíz)

Carca de vaca

10. Energía eléctrica

Sin energía

Lámpara

Grupo electrógeno

Energía eléctrica temporal

Energía eléctrica permanent e

Vela

11. Disposición de basura

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

12. Frecuencia que pasa recogiendo la basura

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

13. Lugar de eliminación de basura

Carro recolector

II.

Montículo o campo limpio

Contenedor específicamente de recogida

Vertedor por el fregadero o desagüe

Otros

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 habitua 1

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

- Diario
- Dos a tres veces por semana
- Una vez a la semana
- Una vez al mes
- Ocasionalmente

16. ¿Cuántas horas duerme?

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

17. ¿Con qué frecuencia se baña?

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

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

- Si
- No

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

- Camina
- Deporte

- Gimnasia
- No realizó

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

20 minutos

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

DETERMINANTES ALIMENTARIOS

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

Alimentos:	Diario	3 o más veces a la semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
<input type="checkbox"/> Fruta					
<input type="checkbox"/> Carne (Pollo, res, cerdo, etc.)					
<input type="checkbox"/> Huevos					

<input type="checkbox"/> Pescado					
<input type="checkbox"/> Fideos, arroz, papa					
<input type="checkbox"/> Pan, cereales					
<input type="checkbox"/> Verduras y hortalizas					
<input type="checkbox"/> Legumbres					
<input type="checkbox"/> Embutidos					
<input type="checkbox"/> Lácteos					
<input type="checkbox"/> Dulces					
<input type="checkbox"/> Refrescos con azúcar					

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibes algún apoyo social natural?

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

23. Recibes algún apoyo social organizado?

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

24. apoyo de algunas organizaciones

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

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

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

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

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

27. ¿Qué tipo de seguro tiene usted?

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

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

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

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

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

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

- Si
- No

Muchas gracias, por su colaboración
ANEXO 02

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

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 Ai en total			0,998

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

TABLA 2

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

Nº	Expertos consultados										Sumatoria	Promedio	n (nº de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9	Experto 10					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

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

P6.5									
Comentario									
P6.6									
Comentario:									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									

Comentario:									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentarios									
P18									
Comentario									
P19									
Comentario									
P20									
Comentario									
P21									
Comentario									
6 DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									

Comentario:								
P25								

Comentario:										
P26										
Comentario:										
P27										
Comentario:										
P28										
Comentario										
P29										
Comentario										
P30										
Comentario										

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

colaboración

Gracias por su

ANEXO 3

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

ANEXO 04



UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS COMERCIANTES ADULTOS
MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO – CHIMBOTE, 2013**

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

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

FIRMA

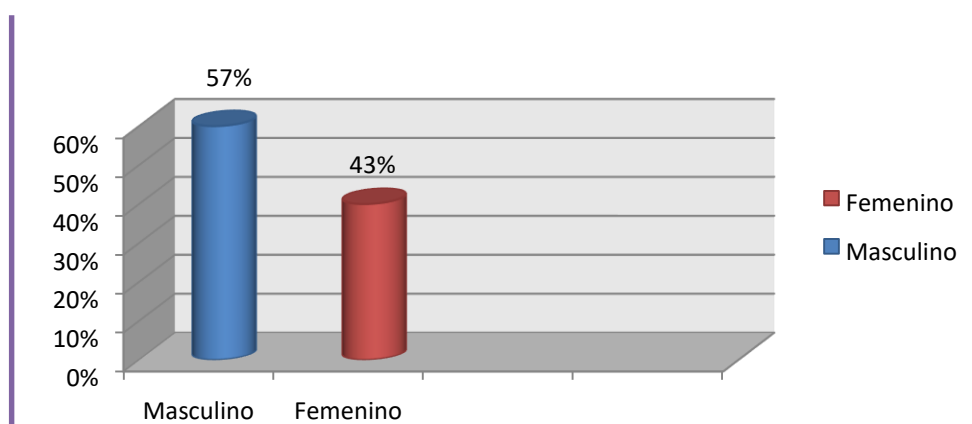
.....

ANEXO 05

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS COMERCIANTE ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.

GRÁFICO 01:

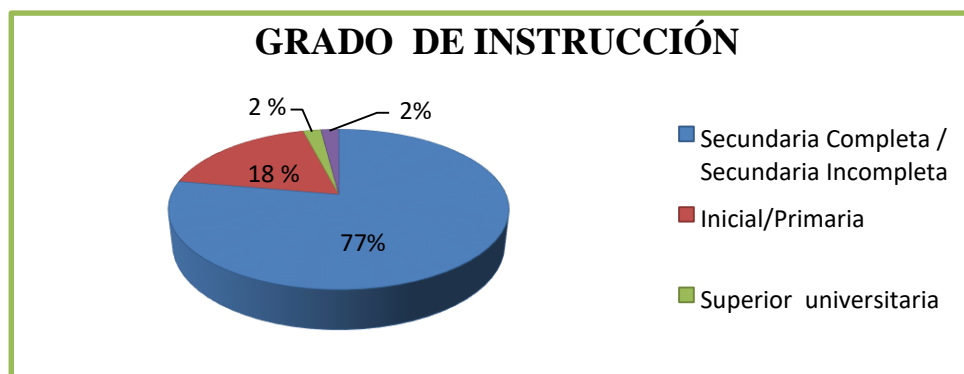
SEGÚN SEXO EN LOS COMERCIANTE ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla 01

GRAFICO 02

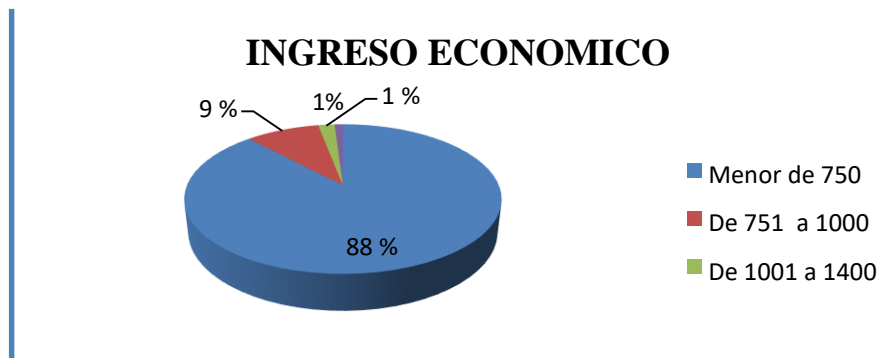
SEGÚN INGRESO EN LOS COMERCIANTE ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla 01

GRAFICO 03

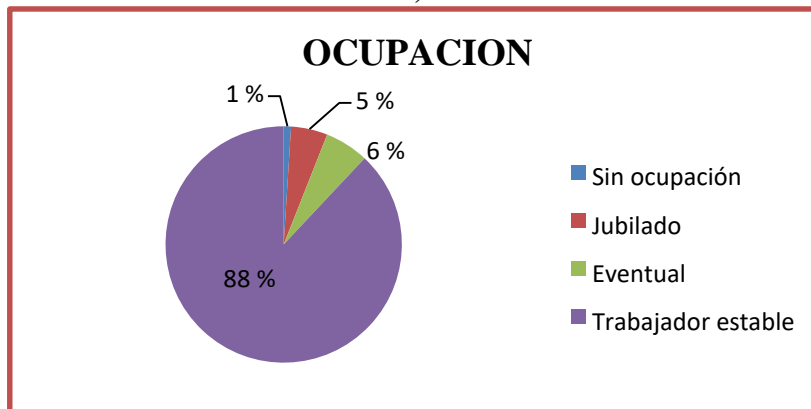
**SEGÚN OCUPACIÓN EN LOS COMERCIANTES ADULTOS
MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.**



Fuente: Tabla 01

GRAFICO 04

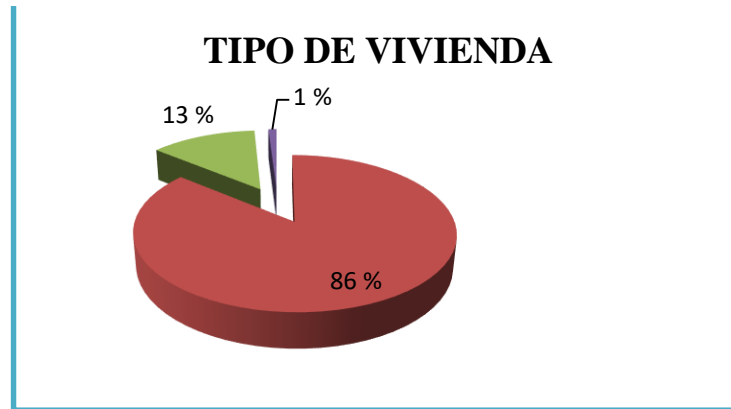
**SEGÚN TENENCIA DE TRABAJO EN LOS COMERCIANTES
ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _
CHIMBOTE, 2013.**



Fuente: Tabla 01

GRAFICO 05

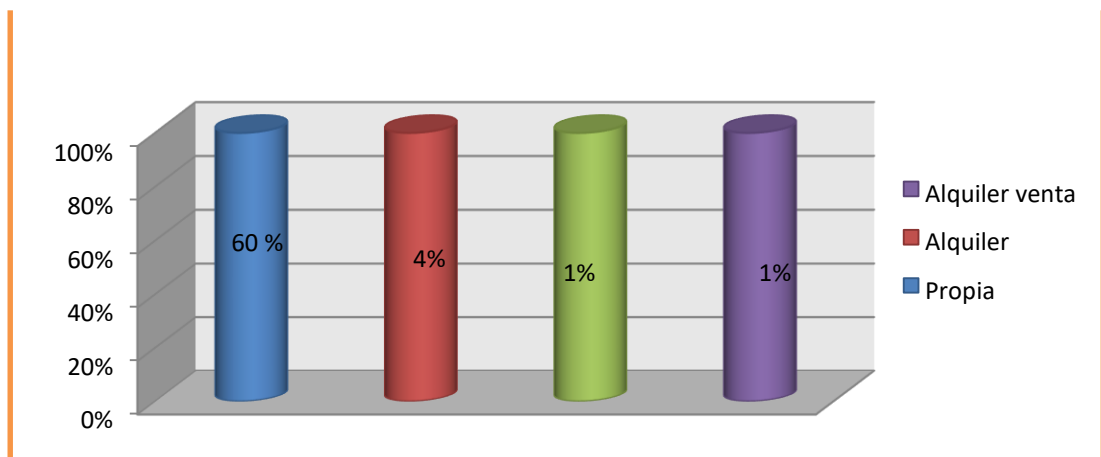
**SEGÚN TIPO EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES
DEL MERCADO DOS DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.**



Fuente: Tabla 02

GRAFICO 06

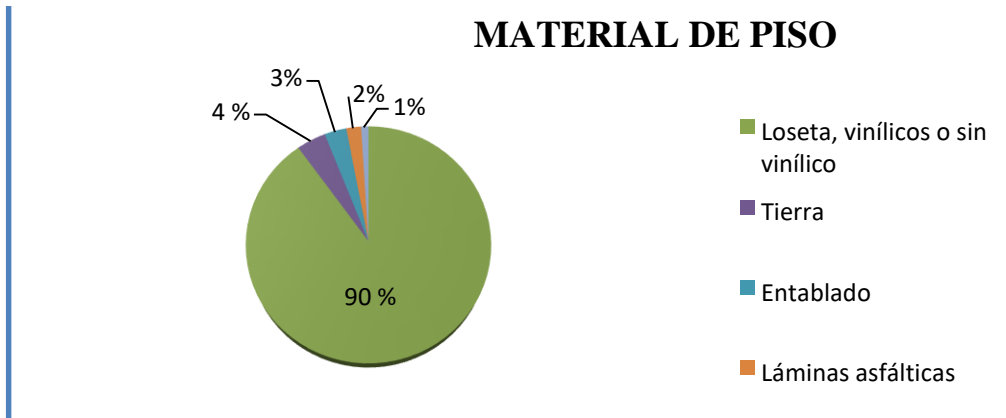
SEGÚN TENENCIA EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla 02

GRAFICO 07

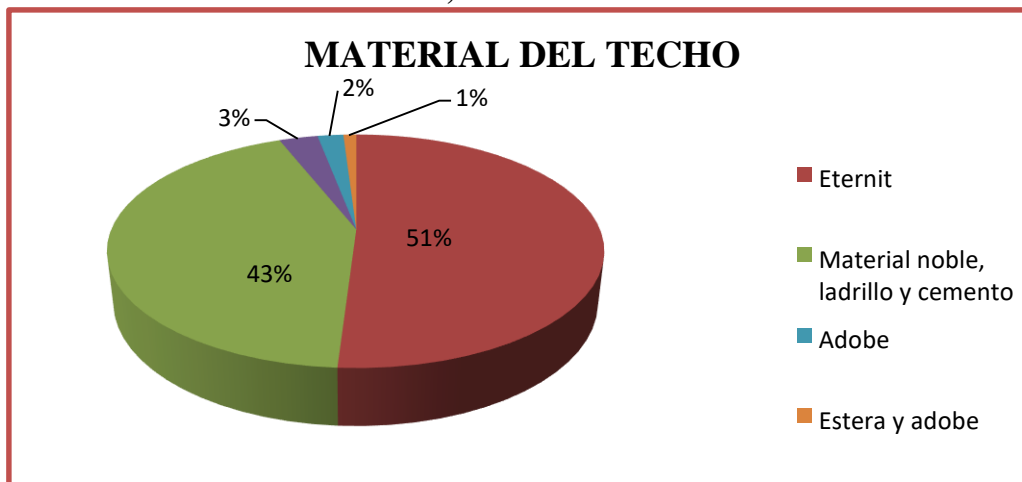
SEGÚN MATERIAL DEL PISO EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla 02

GRAFICO 08

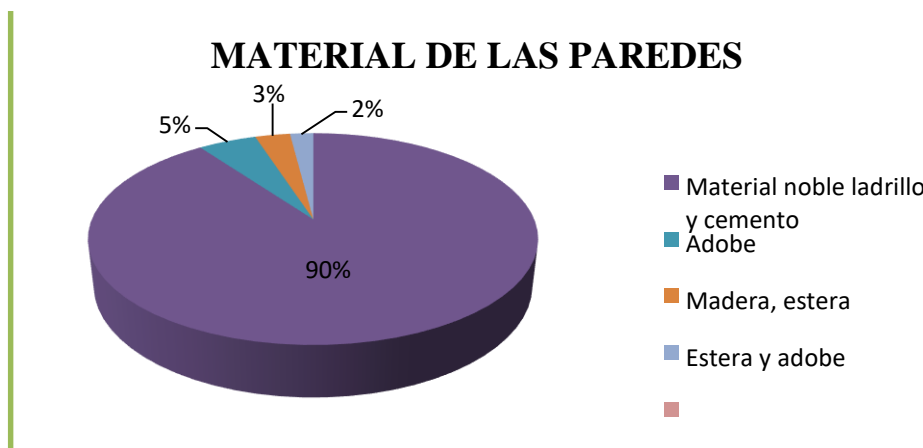
**SEGÚN MATERIAL DEL TECHO EN LOS COMERCIANTES ADULTOS
MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _
CHIMBOTE, 2013.**



Fuente: Tabla 02

GRAFICO 09

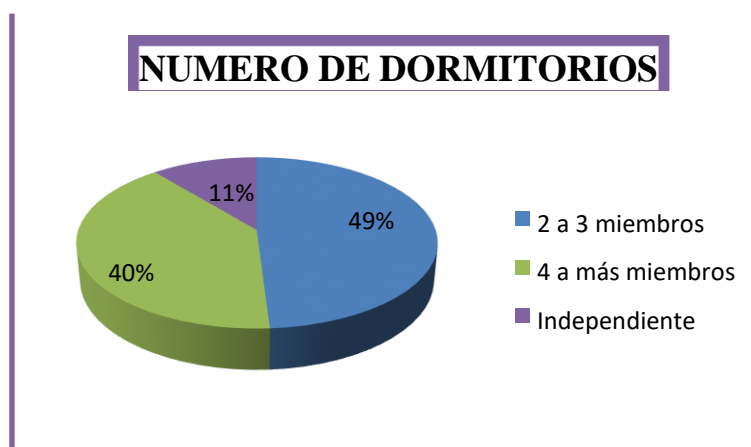
**SEGÚN MATERIAL DE PAREDES EN LOS COMERCIANTES ADULTOS
MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.**



Fuente: Tabla 02

GRAFICO 10

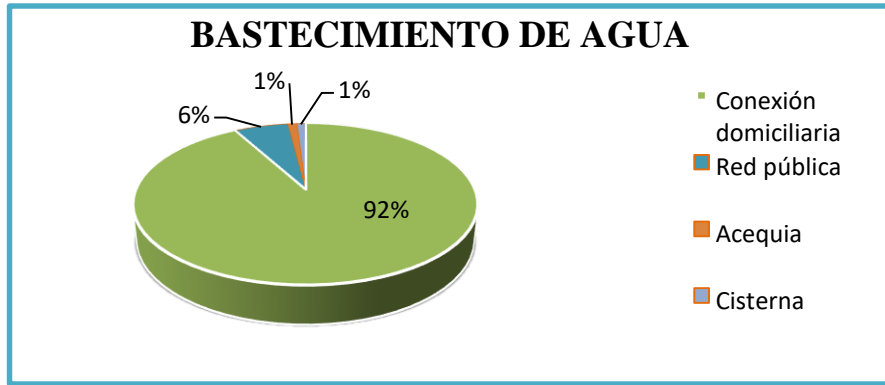
**SEGÚN NUMERO DE DORMITORIOS EN LOS COMERCIANTES
ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO
_ CHIMBOTE, 2013.**



Fuente: Tabla 02

GRAFICO 11

**SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LOS COMERCIANTES
ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO
_ CHIMBOTE, 2013.**



Fuente: Tabla 02

GRAFICO 12

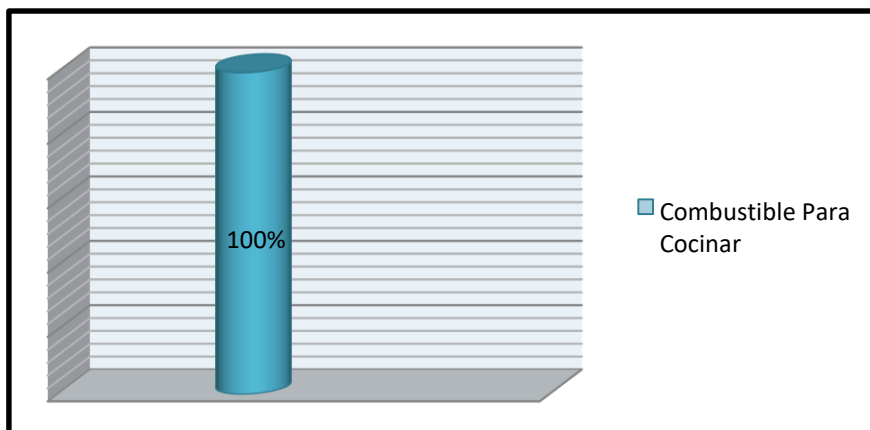
**SEGÚN ELIMINACION DE EXCRETAS EN LOS COMERCIANTES
ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _
CHIMBOTE, 2013.**



Fuente: Tabla 02.

GRAFICO 13

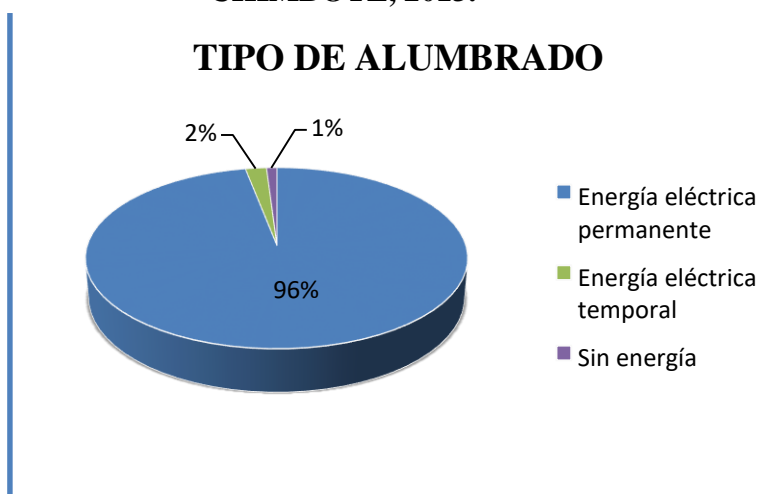
**SEGÚN COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LOS COMERCIANTES ADULTOS
MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO
_ CHIMBOTE, 2013.**



Fuente: Tabla 02

GRAFICO 14

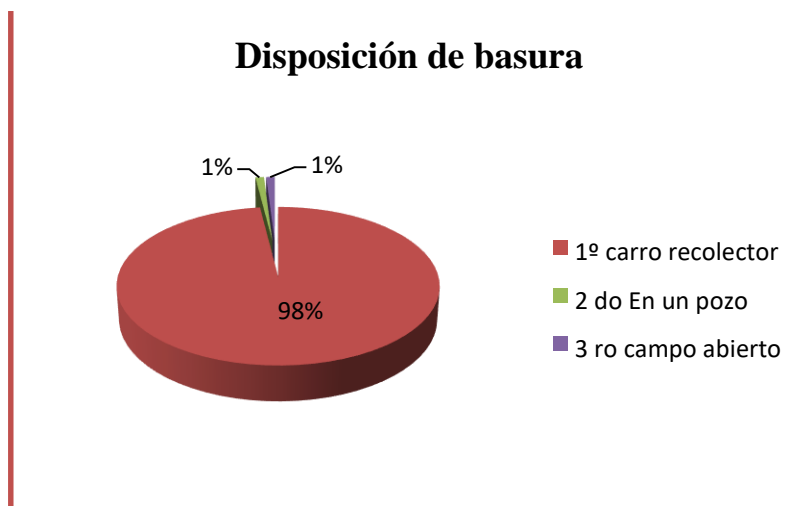
SEGÚN TIPO DE ALUMBRADO EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla 02

GRAFICO 15

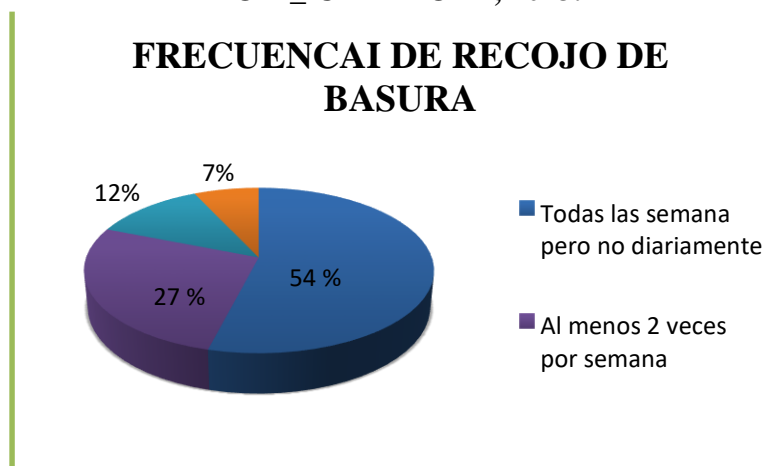
DISPOSICION DE BASURA EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.



. Fuente: Tabla 02

GRAFICO 16

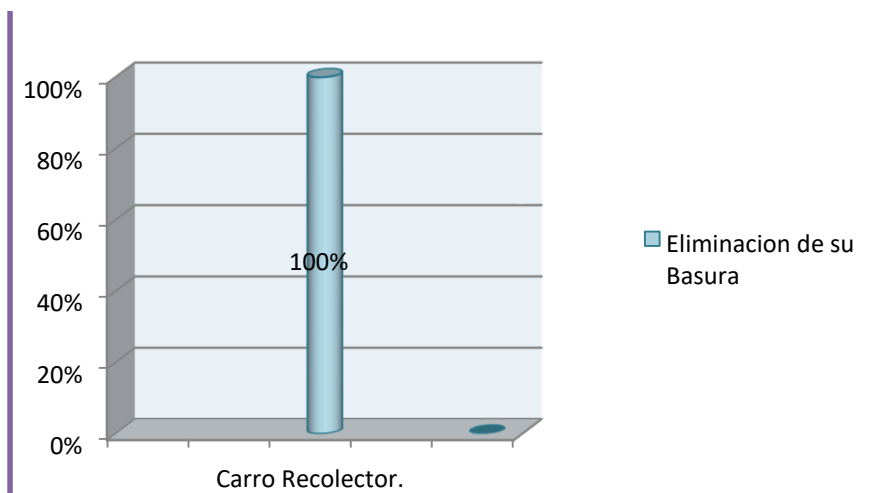
**SEGÚN FRECUENCIA DE RECOJO DE BASURA EN LOS
COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE
MAYO _ CHIMBOTE, 2013.**



Fuente: Tabla 02

GRAFICO 17

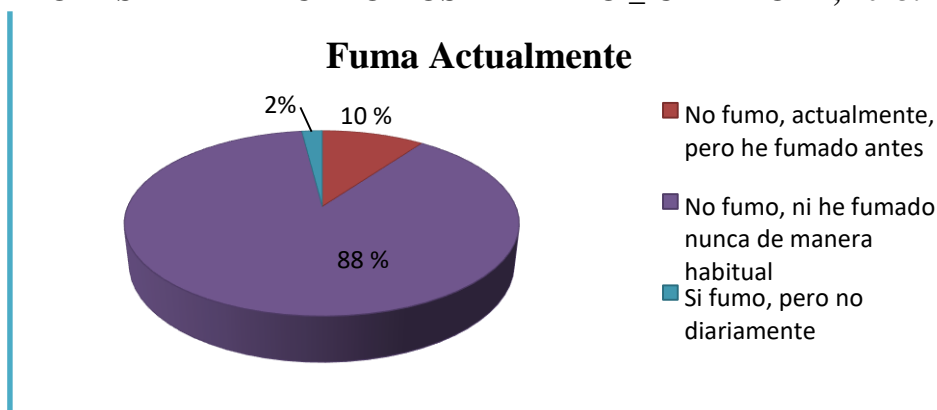
**SUELE ALIMINAR SU BASURA EN LOS COMERCIANTES ADULTOS
MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.**



Fuente: Tabla 02

GRAFICO 18

SEGÚN FUMA ACTUALMENTE EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.

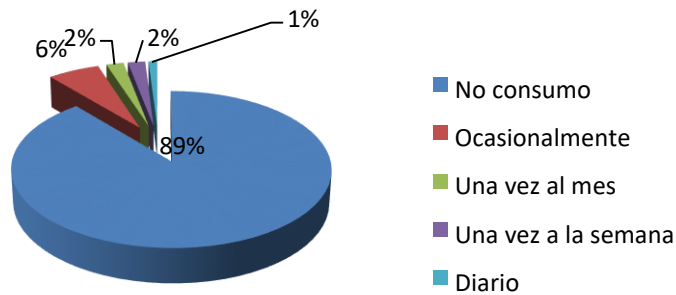


Fuente: Tabla 03

GRAFICO 19

SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.

consumo de bebidas alcohólicas

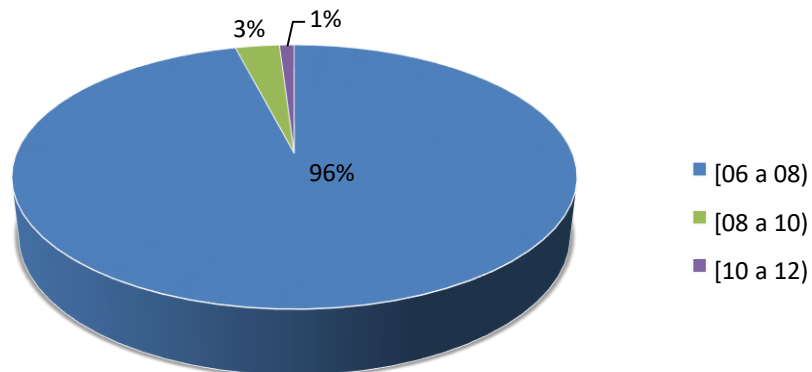


Fuente: Tabla 03

GRAFICO 20

SEGÚN DE HORAS QUE DUERME EN LOS COMERCIANTES
ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO
CHIMBOTE, 2013.

HORAS DE DESCANSO

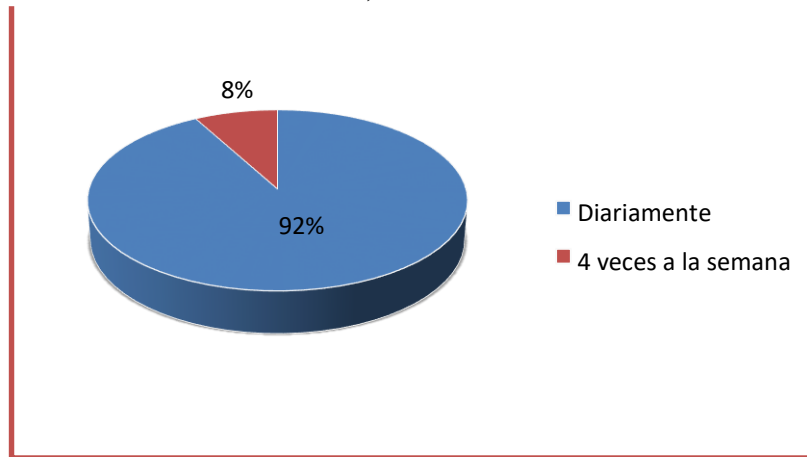


Fuente: Tabla 03

GRAFICO 21

SEGÚN FRECUENCIA CON QUE SE BAÑAN EN LOS COMERCIANTES

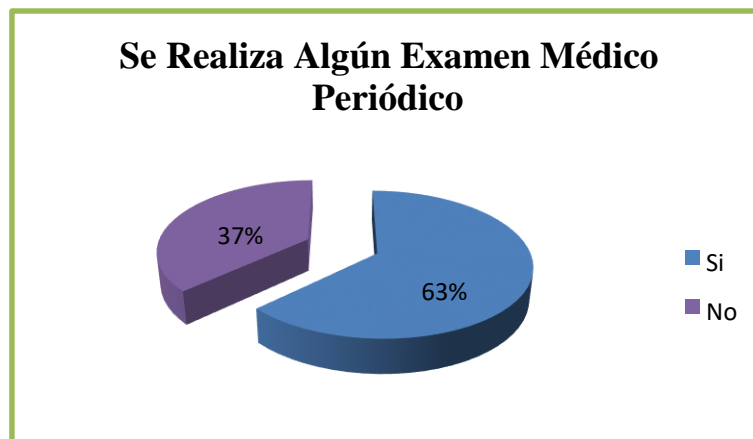
**ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO
_ CHIMBOTE, 2013.**



Fuente: Tabla 03

GRAFICO 22

SEGÚN SE REALIZA ALGÚN EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.

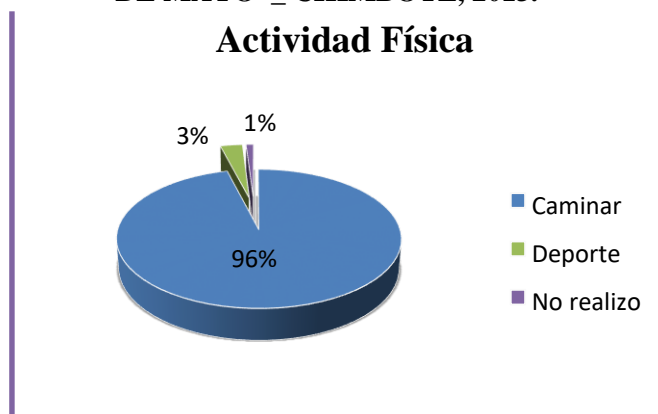


Fuente: Tabla 03

GRAFICO 23

**SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA QUE SE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE
EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS**

DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.

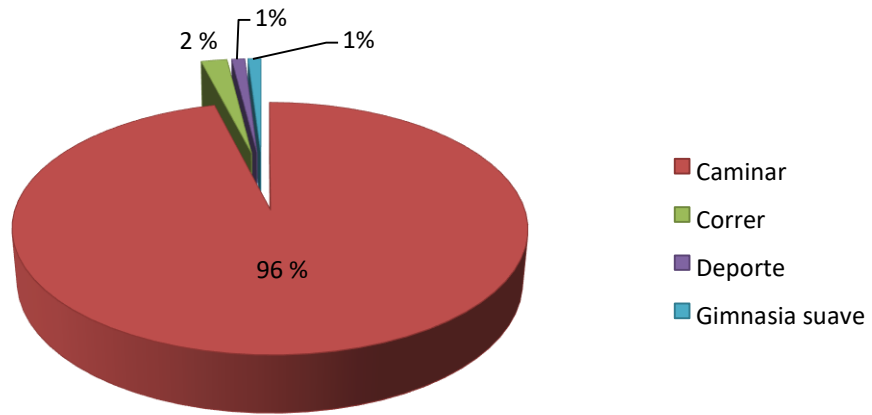


Fuente: Tabla 03

GRAFICO 24

**SEGÚN EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDADES
FÍSICA REALIZÓ DURANTE MAS DE 20 MINUTOS EN LOS
COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS
DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.**

En Las Dos Últimas Semanas Que Actividad Física Realizó Durante Más De 20 Minutos



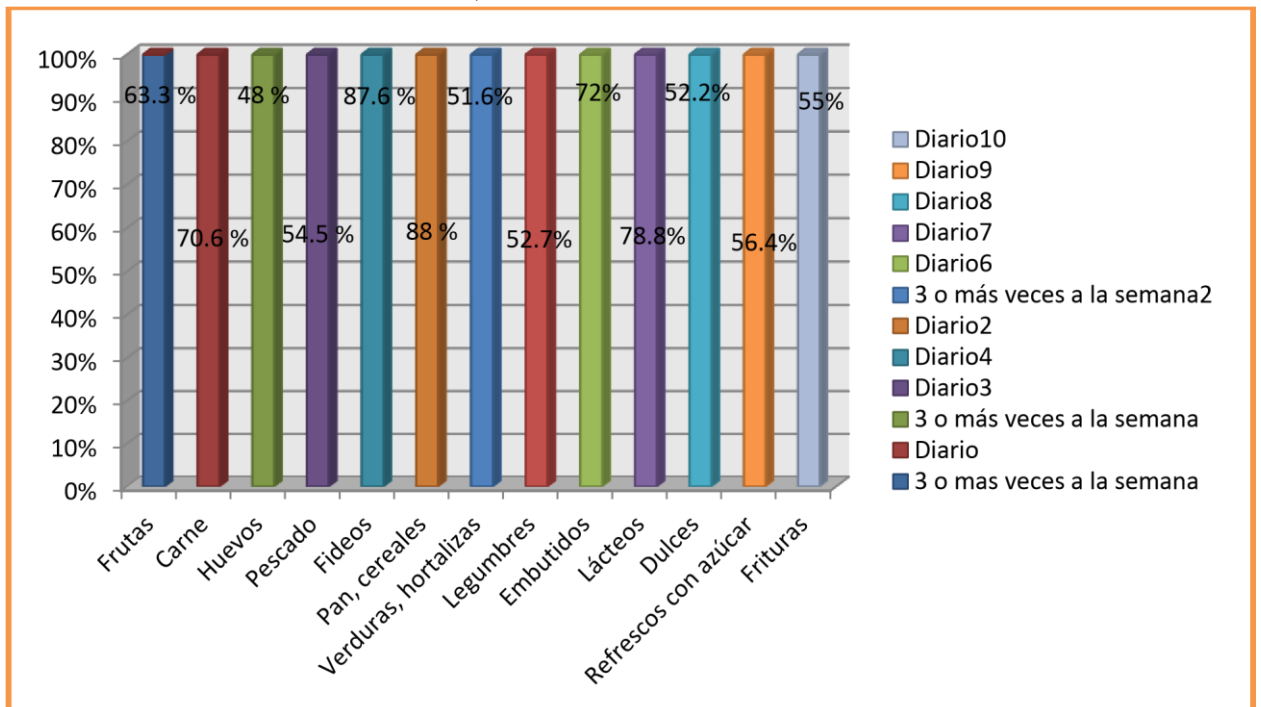
Fuente: Tabla 03

GRAFICO 25

SEGÚN ALIMENTOS QUE CONSUMEN EN LOS COMERCIANTES

ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO

_ CHIMBOTE, 2013.

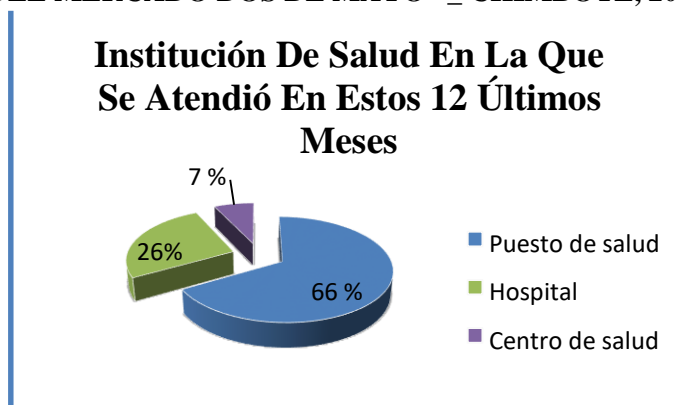


Fuente: Tabla 03

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS
COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE
MAYO - CHIMBOTE, 2013.**

GRAFICO 26

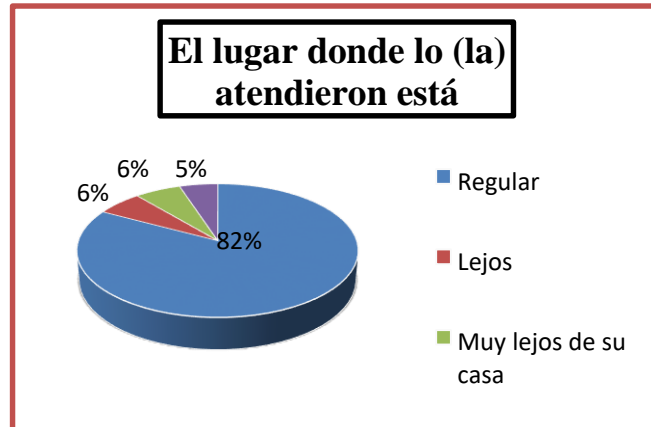
**SEGÚN INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ EN
ESTOS
12 ÚLTIMOS MESES EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES
DEL MERCADO DOS DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.**



Fuente: Tabla 04

GRAFICO 27

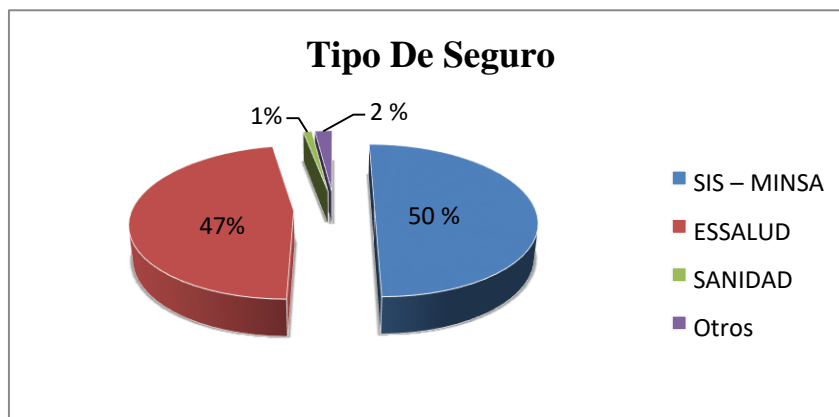
**SEGÚN CONSIDERA USTED QUE EL LUGAR DONDE LO (LA)
ATENDIERON
EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE
MAYO _ CHIMBOTE, 2013.**



Fuente: Tabla 04

GRAFICO 28

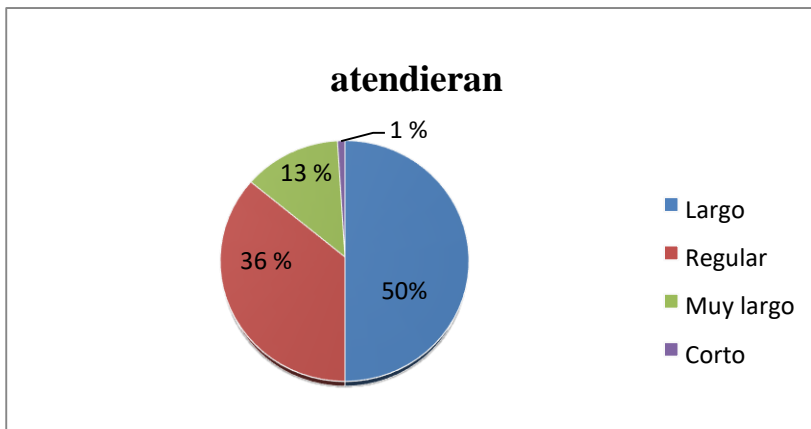
SEGÚN TIPO DE SEGURO EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla 04

GRAFICO 29

SEGÚN EL TIEMPO QUE ESPERÓ PARA QUE LO ATENDIERAN ¿LE PARECIÓ? EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.



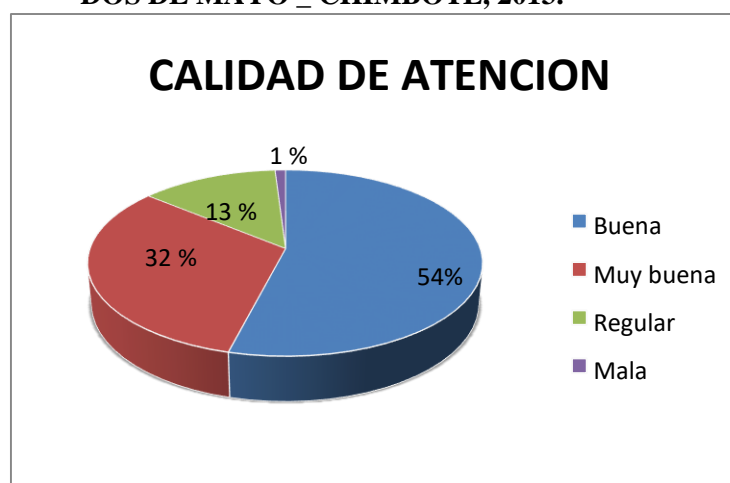
Fuente: Tabla 04

El tiempo que

esperó para que lo(la)

GRAFICO 30

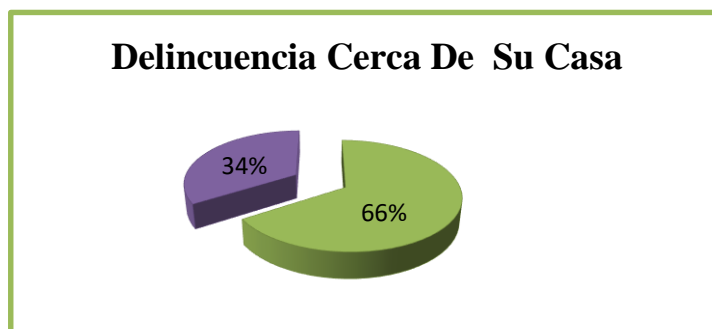
SEGÚN CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla 04

GRAFICO 31

SEGÚN CONSIDERA QUE EXISTE PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO _ CHIMBOTE, 2013.

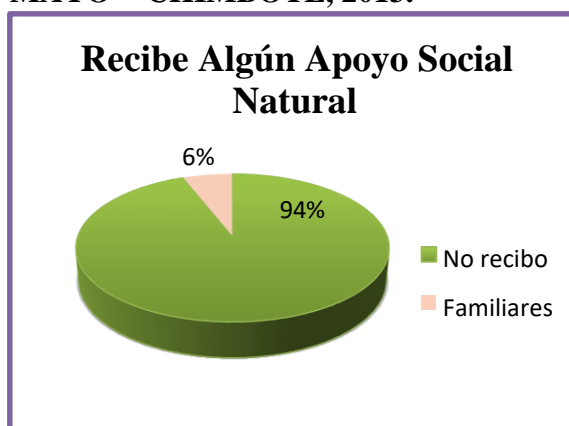


Fuente: Tabla 04

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO - CHIMBOTE, 2013.

GRAFICO 32

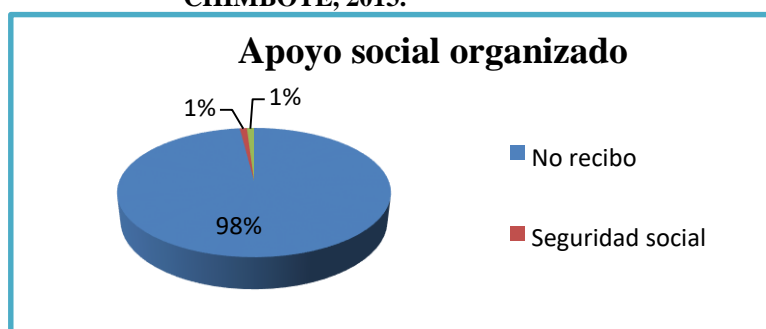
SEGÚN RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL NATURAL EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO - CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla 05

GRAFICO 33

**SEGÚN RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO EN LOS COMERCIANTES
ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO –
CHIMBOTE, 2013.**



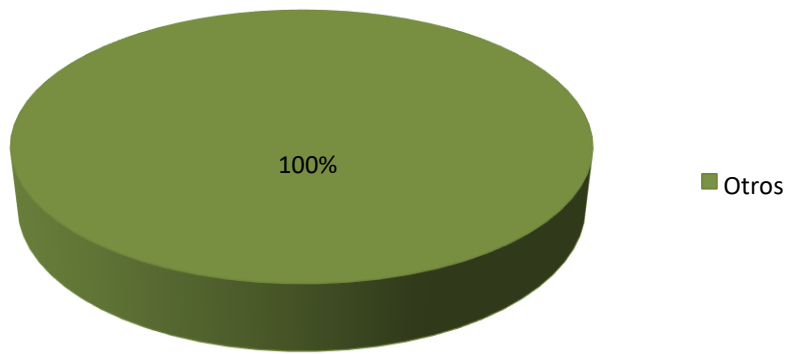
Fuente: Tabla 05

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBE APOYO EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO - CHIMBOTE, 2013.

GRAFICO 34

SEGÚN RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO POR EL GOBIERNO EN LOS COMERCIANTES ADULTOS MAYORES DEL MERCADO DOS DE MAYO - CHIMBOTE, 2013.

Apoyo Social de las Organizaciones



Fuente: Tabla N° 06

