



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS ADULTOS
JÓVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMÓN CASTILLA –
CHIMBOTE, 2013.**

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

AUTORA

DELIA FRANCISCA LÓPEZ MORILLO

ASESOR

Mgtr. Enf. FREDY WILSON MOSQUEIRA POEMAPE

CHIMBOTE_ PERU

2015

JURADO EVALUADOR

Mgtr. Enf. . JULIA CANTALICIA AVELINO QUIROZ

PRESIDENTE

Mgtr.Enf. LEDA MARÍA GUILLEN SALAZAR.

SECRETARIO

Dra. Enf. SONIA AVELINA GIRÓN LUCIANO.

MIEMBRO

AGRADECIMIENTO

Delia López

DEDICATORIA

Delia López

RESUMEN

Investigación que se realizó con el objetivo de identificar los determinantes de salud de los adultos jóvenes, del P.J Ramón Castilla, del distrito de Chimbote. Estudio cuantitativo, descriptivo, en una muestra de 196 adultos jóvenes, el

instrumento fue el “Cuestionario sobre los determinantes de la salud de la persona adulta”. Los datos se procesaron en el Software SPSS versión 18.0, se presentan en cuadros y gráficos estadísticos. Se concluyó: en los determinantes biosocioeconómicos; Mas de la mitad son mujeres, su ingreso entre 551 a 999 soles; más de la mitad tiene secundaria completa y son trabajadores obreros; del entorno físico de la vivienda, menos de la mitad es casa propia, la mayoría su piso es cemento, la frecuencia de recojo de basura es todas las semanas pero no diariamente, todos cuentan con servicio de agua, desagüe y luz, la basura se elimina en carro recolecto; en los determinantes de los estilos de vida; más de la mitad no consumen cigarrillo, ni realizan ninguna actividad física, no realiza ejercicios por más de 20 minutos, consume fideos diario y la mayoría consume pan y cereales; en los determinante de las redes sociales y comunitarias, se evidencia un alto porcentaje no reciben ningún apoyo social, todos tienen un seguro de Salud, más de la mitad manifiestan haber recibido una calidad de atención del puesto de salud fue regular.

Palabras clave: Determinantes de la salud en adultos jóvenes.

ABSTRACT

The research was conducted in order to determine the health of young adult, in the district of Chimbote - St. Study of quantitative, descriptive design with a sample of 196 young adults, an instrument for data collection was used: the questionnaire on

the determinants of adult health in Peru. Data were processed with SPSS software version 18.0. They reached the following conclusions: The majority of young adults in the biosocioeconomic determinants are male, have income of 551-999 suns; more than half have completed high school and working conditions workers are workers, the frequency of garbage collection is every week but not daily, and is disposal garbage truck collector. Also in the determinants of lifestyle is evident that more than half did not engage in any physical activity, more than half also performed exercises for 20 minutes, more than half said that daily consume noodles and most bread and cereals consumed every day by the other side in the decisive social and community networks, a high percentage of receiving no social support, less than half have the SIS, more than half have received manifest is evidence quality of the health post staff was so.

Keywords: Determinants of health in young adults

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v

ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	12
2.1 Antecedentes.....	12
2.2. Bases teóricas.....	15
III. METODOLOGÍA.....	23
3.1.Tipo y diseño de investigación.....	23
3.2.Población y Muestra.....	23
3.3. Definición y Operacionalización de variables	24
3.4. Técnicas e Instrumentos de la recolección:.....	36.
3.5. Plan de Análisis de datos:.....	39
3.6. Principios éticos.....	40
IV.RESULTADOS.....	42
4.1.Resultados.....	42
4.2.Análisis de resultados.....	53
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	71
5.1. Conclusiones.....	71
5.2. Recomendaciones.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS.....	86

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1:.....	42

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DEL ADULTO JOVEN DEL PUEBLO JOVEN RÁMON CASTILLA_ CHIMBOTE, _2013.

TABLA 2:.....**44**

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DEL ADULTO JOVEN DEL PUEBLO JOVEN RÁMON CASTILLA _CHIMBOTE, 2013.

TABLA 3:.....**47**

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO JOVEN DEL PUEBLO JOVEN RÁMON CASTILLA _CHIMBOTE, 2013.

TABLA 4, 5, 6:.....**49**

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DEL ADULTO JOVEN DEL PUEBLO JOVEN RÁMON CASTILLA _CHIMBOTE, 2013.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.
GRÁFICO 1:.....**101**

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DEL ADULTO JÓVENES DEL PUEBLO JOVEN RÁMON CASTILLA_CHIMBOTE, 2013.

GRÁFICO 2:.....**104**

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DEL ADULTO JOVEN DEL PUBELO JOVEN RÁMON CASTILLA_CHIMBOTE, 2013.

GRÁFICO 3:.....
.....**109**

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO JOVEN DEL PUEBLO JOVEN RÁMON CASTILLA_CHIMBOTE, 2013.

GRÁFICO 4,5,6:.....**114**

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DEL ADULTO JÓVEN DEL PUEBLO JOVEN RÁMON CASTILLA_CHIMBOTE, 2013

I. - INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación se realizó con el propósito de identificar los determinantes de la salud, en los adultos jóvenes del Pueblo Joven. Ramón Castilla _Chimbote, cuyo propósito es dar a conocer los resultados de la investigación a las autoridades del establecimiento de salud Víctor Raúl Haya de la Torre y comunidad para que puedan intervenir de manera oportuna sobre los determinantes o factores que influyen en la alteración del estado de salud de los adultos jóvenes y realizar estrategias para brindar una buena calidad de vida y bienestar de la salud.

Esta investigación tiene como tema central a los determinantes de la salud, dentro de lo cual podemos mencionar que las condiciones de vida son los modos en que las personas desarrollan su existencia, enmarcadas por particularidades individuales y por el contexto histórico, político, económico y social en el que les toca vivir, se le mide por ciertos indicadores observables entre los cuales cabe mencionar vivienda, trabajo, educación, seguridad, salud, entre otras (1).

Efectivamente los determinantes de la salud son los que determinan la salud de la persona, en los que abarca el tipo de estilo de vida, los factores ambientales, la cultura, el grado de instrucción con lo que contamos las personas que no tenemos los suficientes recursos para mejorar esta problemática, dividido a que hoy en día se ven una serie de inequidad en nuestro país (1)

Asimismo, el contenido de esta investigación está estructurada de la siguiente manera: Introducción, revisión de la literatura, metodología, resultados y finalmente las conclusiones y recomendaciones.

La salud en el Siglo XXI cobra una importancia sin Precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está Tomando una dimensión muy especial en cuanto a seguridad respecta. Como tema de seguridad, la salud ha

ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud la población está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales y sociales que aborda una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente (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 simple ausencia de enfermedad, es un equilibrio armónico entre la dimensión física, mental y social; y está determinada por diversos factores, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud (3). Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico (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 (5).

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 (6).

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (6).

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 fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación

social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo .El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (7).

La salud de la persona ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en él, 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 evolucionar los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales. Este desarrollo de los determinantes de salud es paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y al surgimiento y

desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (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 supone necesariamente un imperativo ético-político. Las desigualdades en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas. Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tales inequidades, carecen de justificación. En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado (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 inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como resultado

natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (12).

Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (12).

Según el instituto nacional de estadística e informática (INEI), el Perú el 6.2% de las viviendas rurales son de ladrillo o bloque de cemento, el 11.9% de las viviendas rurales tienen red pública de desagüe dentro de la vivienda, solo el 15.1% de las personas alcanzan un grado de instrucción superior no universitaria y el 14.9% alcanzan el grado de instrucción superior universitaria. . Por otro lado en Ancash el 33.9% de las viviendas utilizan gas para cocinar, el 93.4% dispone de alumbrado eléctrico por red pública, el 40.5% reporto padecer algún problema de salud crónico, el 62.7% de hombres son afiliados a algún seguro de salud.

En relación a la educación, a nivel nacional las oportunidades educativas de mujeres y hombres se ven afectadas también por el tamaño de localidad de residencia. La brecha de desigualdad, en las áreas rurales con menos de 2,500 habitantes, refleja que el rezago educativo de la población de 15 años y más es crítico: 70.4% de las mujeres y 68.6% de los hombres no cuentan con la educación básica concluida. De cada 100 mujeres, 2 tienen algún grado aprobado en estudios superiores, y de cada 100 hombres 3 están en dicha situación. Por el contrario, 18 de cada centenar de mujeres residentes en las ciudades de 100 000 y más personas cuentan con algún grado de superior, y 22

de cada 100 hombres lograron aprobar al menos un grado del nivel superior (13).

A esta realidad no escapan que los adultos jóvenes del Pueblo Joven Ramón Castilla, que se ubica en la provincia del Santa distrito Chimbote departamento Ancash en la costa norte del Perú que limita por el norte con Barrio fiscal N° 5, por Sur con la Urb. Antúnez de Mayolo, por el oeste con Sider Perú y por el este con el Pueblo Joven la Balanza.

En este pueblo joven habitan aproximadamente 907 habientes dentro de las cuales 196 son adultos jóvenes. Que se dedican hacer ama de casa, comerciantes, obreros, mientras otros si tienen estudios superiores. Por otro lado también los adultos jóvenes no practican deporte y/o ocasionalmente (14).

Esta comunidad cuenta con sus servicios básicos completos, loza deportiva, institución educativa, local comunal, comedor popular y su establecimiento de salud .Tiene una infraestructura de material noble en todas sus viviendas, cuenta con pistas y veredas. (14)

El establecimiento de salud Víctor Raúl Haya de la Torre brinda atención de salud a una parte de sus pobladores ya que el resto cuenta con ESSALUD. Las enfermedades más frecuentes en los adultos jóvenes de esta son, resfríos, infecciones urinarias, diabetes, sobrepeso.

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 (14).

Frente a lo expuesto se consideró pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente enunciado del problema de investigación:

¿Cuáles son los determinantes de la salud en los adultos jóvenes del Pueblo Joven Ramón Castilla_ Chimbote, 2013?

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

Identificar los Determinantes de salud en los adultos jóvenes del Pueblo Joven Ramón Castilla _Chimbote.

Para poder conseguir el objetivo general, nos hemos planteado los Siguietes.

Identificar los determinantes del entorno socioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) de los adultos jóvenes del pueblo joven Ramón Castilla _Chimbote.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad en los adultos jóvenes del pueblo joven Ramón Castilla -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 los adultos jóvenes del pueblo joven Ramón Castilla _Chimbote.

Finalmente, la investigación se justifica, porque es necesaria en el campo de la salud ya que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En 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 adultos jóvenes 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 promoción para su salud, en particular, implica el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

Esta investigación es necesaria para el personal de salud que elabora en el establecimiento de Salud Víctor Raúl Haya de la Torre porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia del programa preventivo promocional de la salud del adulto y reconocer sus determinantes de la salud.

Además es conveniente para: Las autoridades regionales de la Dirección de Salud Ancash y municipales en el campo de la salud, así como para la población de Chimbote; 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

Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

Gonçalves, M. y colab. (15), en su investigación “Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil”. Los resultados obtenidos revelan, que los factores socioeconómicos, medidos por la escolaridad, influyen significativamente la condición de salud de los ancianos. Además, fueron observados diferenciales de género: las mujeres presentaron peores condiciones de salud en relación a los hombres.

Respecto a las enfermedades crónicas este resultado no fue totalmente favorable a los hombres, una vez que en determinadas enfermedades éstos tuvieron un porcentaje superior, en relación a las mujeres.

Tovar, C. y García, C. (16), 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 (17). En su investigación titulada “Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo-Amazonas. Se encontró que los determinantes sociales: analfabetismo en madres (22.5%), en padres (10%), la agricultura como actividad económica predominante de los padres (72.5%), comercio en las madres (20%), limitado acceso al mercado, tecnología y financiamiento económico (45.5%); determinantes del derecho humano: limitado acceso a vida larga y saludable en niños con bajo peso al nacer (20%), limitado acceso al control de gestante (77.5%) e inmunizaciones (60%); en lo determinantes interculturales: usan leña para cocinar (80%) y plantas medicinales para cuidar su salud (65%). Concluyendo que la quinta parte de la población tiene limitado acceso a vida larga y saludable, ya que tuvieron bajo peso al nacer, padres prefieren que hijos trabajen en las vaquerías, repitiendo el año escolar, limitando sus competencias para acceder a un trabajo bien remunerado y a servicios de salud.

Ávila, J. (18), en su investigación titulada “Determinantes de la salud en los adultos del caserío Los Olivos de sector “O” – Huaraz, 2013” de tipo cuantitativo, su muestra estuvo conformada por 185 personas adultos, se aplicó el cuestionario sobre determinantes de la salud, y cuyos resultados encontrados fueron: el 57.8% son adultos jóvenes, el 35.7% tienen un grado de instrucción de secundaria completa e incompleta, el 64.3% tienen un ingreso económico menor de 750 soles, el 50% tienen vivienda propia, el 46% refirieron que duermen en una sola habitación de 2 a 3 personas, el 97% tienen conexión de agua, el 93% tienen conexión de desagüe, 95% tiene energía eléctrica dentro de sus hogares, el 61% si fuma pero no diariamente, el 95% consume alcohol ocasionalmente, el 98% no se realiza ningún chequeo médico y el 90% tienen como tipo de seguro al SIS – MINSA.

Carrillo, G. (19), en su investigación titulada: Determinantes de la salud de los adultos en el sector “BB” piedras azules Huaraz- 2013 estudio de tipo cualitativo de diseño descriptivo, con un cuestionario de determinantes de la salud aplicado a 130 adultos jóvenes, se obtuvieron los siguientes resultados, el 52% son de sexo masculino, el 62% son adultos jóvenes, el 42% tienen grado de instrucción secundaria completa e incompleta, el 80% tienen un ingreso económico de 750 soles mensual, el 28% son sin ocupación, el 58% duermen de 2 a 3 miembros por cada dormitorio, el 52% realiza deporte, el 45% consume frutas de 3 a más veces por semana, el 64 % consume pescados de 1 a 2 veces por semana, 54% consume huevos de 1 a 2 veces por semana, el 38% no recibe apoyo de familiares, el 77% no recibe apoyo social.

A nivel local:

Melgarejo, E y col (20), en su investigación titulada: Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local

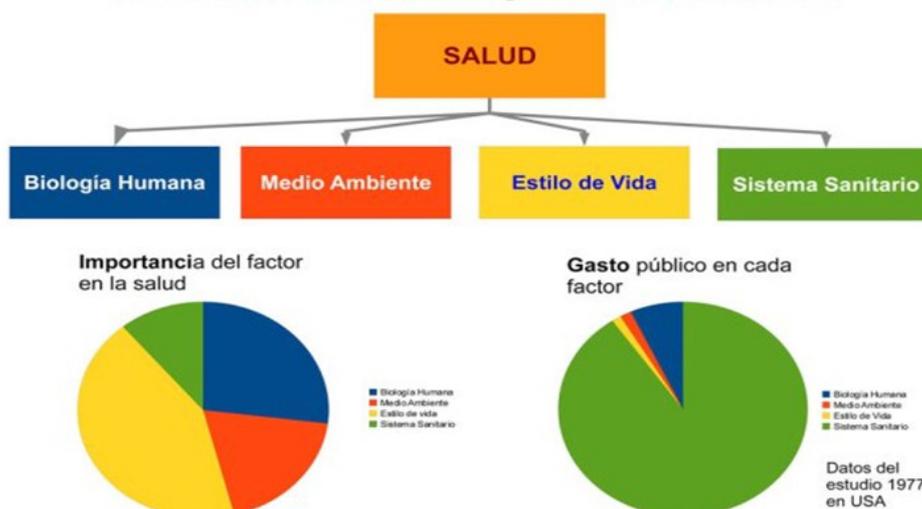
de Chimbote y Nuevo Chimbote. 2008. Concluye que en el contexto de la participación comunitaria de cada 10 comunidades 8 de ellas están en un contexto interdependiente y 2 en autogestión. Los factores personales (edad, sexo, grado instrucción, responsabilidad, antecedente de enfermedad y estado de salud)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

2.2 Bases teóricas

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

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (22).

Determinantes para la salud



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 (23)

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 (23).

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. (23).

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 (23).

Modelo Socioeconómico de Salud



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

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

Los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar a través de su acción sobre los intermediarios. Es decir, estos últimos pueden ser afectados por los estructurales y su vez afectar a la salud y el bienestar(23).

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 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 un gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes(24).

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 hacen 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).

Servicio 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(24).

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(24).

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

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de investigación

Tipo: Cuantitativo, de corte transversal (25,26).

Diseño: Descriptivo de una sola casilla (27,28).

3.2. Población y Muestra.

Población:

La población estuvo conformada por 299 adultos jóvenes de ambos sexos que residen en el pueblo joven Ramón Castilla Chimbote.

Muestra:

La muestra estuvo constituida por 196 adultos jóvenes de ambos sexos que residen en el pueblo joven Ramón Castilla distrito de Chimbote.

Unidad de análisis

Cada Adulto Joven que forma parte de la muestra y reúne los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adultos jóvenes que residen más de 3 años en el pueblo joven Ramón Castilla.
- Adultos jóvenes del pueblo joven Ramón Castilla que aceptan participar en el estudio de investigación.

Criterios de Exclusión:

- Adultos jóvenes del pueblo joven Ramón Castilla
Chimbote, que tenga algún trastorno mental.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

3.3.1. DETERMINANTES DEL ENTORNO SOCIOECONOMICO:

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

Sexo

Definición Conceptual.

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (29).

Definición Operacional

- Escala nominal
- Masculino.
- Femenino.

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (30).

Definición Operacional

- Escala ordinal.
- Analfabeto(a).
- Primaria Completa.

- Primaria Incompleta.
- Secundaria Completa.
- Secundaria Incompleta.
- Superior Completa.
- Superior Incompleta

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 (31).

Definición Operacional

Escala de razón .

- No tiene ingreso .
- Hasta 550 soles.
- De 551 a 999.
- De 1000 a 1499 .
- De 1500 a más.
- No especificado

Ocupación

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (32).

Definición Operacional

Escala Nominal .

- Empleador.
- Trabajador independiente .
- Empleado .

- Obrero.
- Trabajador familiar no remunerado .
- Trabajador del hogar.
- Trabajo estable.
- Vendedores de comercio y mercado.

Condición de empleo

Definición conceptual

Las condiciones de empleo se refieren a las circunstancias en las que el trabajo se realiza, y se refieren para efecto de distinción analítica, a la exposición a los riesgos físicos, químicos, mecánicos, biológicos, Y que son conocidos como factores relacionados con la organización del trabajo (33).

Definición operacional

Escala nominal

- tenencia de trabajo.
- Tenencia de algún empleo fijo o negocio propio .
- Actividad realizada de al menos una hora para generar un ingreso .

3.3.2. 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

- ▢ Residencia .
- ▢ Alquiler.
- ▢ Casa o departamento alquilado.
- ▢ Casa de familiares (Tíos, abuelo, primos) .
- ▢ Casa de sus suegros .
- ▢ Casa de sus padres .
- ▢ Casa propia.

Material del piso:

- ▢ Tierra.
- ▢ Cemento.
- ▢ Cerámica.
- ▢ Madera .
- ▢ Otros .

Material del techo:

- ▢ Concreto armado .
- ▢ Tejas
- ▢ Planchas de calamina, fibras de cemento o Similares .
- ▢ Caña o esteras con torta de barro.
- ▢ Esteras .
- ▢ Pajas, hojas de palmeras.
- ▢ Cartón, hule, tela, llantas .
- ▢ Lámina de cartón .
- ▢ Otro material .

Material de las paredes:

- ▢ cemento, Ladrillo, piedra o madera.
- ▢ Ladrillo de barro.

- Paja y similares .
- Lámina de plástico .
- Hoja de metal.
- Otros.

Numero de dormitorios

- 1 dormitorio
- 2 dormitorios
- 3 dormitorios
- 4 a más dormitorio

Abastecimiento de agua

- Red pública dentro de la vivienda.
- Rio, acequia, manantial o similar .
- Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación .
- Pozo.
- Camión, cisterna u otro similar .
- Pílon de uso público.
- Otro

Eliminación de excretas

- Red pública dentro de la vivienda
- Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación
- Pozo ciego o negro/letrina
- Pozo séptico
- Rio, acequia o canal
- No tiene

Combustible para cocinar

- Gas

- Electricidad
- Querosene
- Carbón
- Madera
- Matojos o Hierbas
- Estiércol animal

Tipo de alumbrado de la vivienda

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

Frecuencia de recojo de la basura

- Diariamente, al menos 5 días por semana
- Todas las semanas pero no diariamente
- Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas
- Con menos frecuencia

En su casa separan la basura

- Si
- No

Lugar de eliminación de basura

- Contenedores de basura
- Punto limpio
- Empresas o tiendas que los vende o talleres
- Servicio especial de recogida
- Contenedor específico de recogida
- Vertido por el fregadero o desagüe.

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares

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

3.3.4. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (35).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

Si () No ()

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

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

Número de horas que duerme

- 06 a 08 horas.
- 08 a 10 horas.
- 10 a 12 horas.

Frecuencia con que se bañan

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

Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud

- Si
- No

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad física que realiza:

Caminar () Deporte () Gimnasia ()

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

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad:

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

Alimentacion

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.

3.3.5. 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).

Definición operacional

Escala ordinal.

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

Apoyo social organizado

Escala ordinal.

- Organizaciones de ayuda al enfermo .
- Seguridad social.

- Empresa para la que trabaja .
- Instituciones de acogida.
- Organizaciones de voluntariado.
- No recibo

Apoyo de organizaciones del estado

- Pensión 65 .
- Comedor popular .
- Vaso de leche.
- No recibió .
- 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).

Definición operacional

Escala ordinal

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

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

Escala nominal

- Si
- No

Institución de salud atendida:

- Hospital .
- Centro de salud.

- Puesto de salud.
- Particular.
- Otros.

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD .
- SIS-MINSA .
- SANIDAD .
- Otros.
- No tiene.

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

Muy mala .

No sabe.

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda:

Si

No

3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

En el presente trabajo de investigación se utilizó el instrumento 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 (ANEXO 03)

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

- Los determinantes del entorno socioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); (5 items)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:

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 Cuestionariosobre determinantes de la salud de la persona adulta en las Regiones del Perú desarrollada por Dra.Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

$$V = (\bar{x} - l) / k$$

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.

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (39-40).

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 se pidió consentimiento de los adultos jóvenes de dicha comunidad, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales
- Se coordinó con los adultos jóvenes 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 fueron marcadas de manera personal y directa.

Análisis y procesamiento de los datos:

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

3.6 Principios éticos

En toda investigación se llevó a cabo, el investigador previamente valoró 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 (41).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario a los adultos jóvenes del pueblo joven Ramon Castilla indicándoles a las personas que la investigación es anónima y que la información obtenida es solo para fines de la investigación.

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de las personas adultas, siendo útil solo para fines de la investigación

Honestidad

Se informo a las personas adultas los fines de la investigación, cuyos resultados se encontraran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con los adultos jóvenes del pueblo Joven Ramón Castilla que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 07)

IV. RESULTADOS.

4.1. Resultados

4.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 1

**DETERMINANTES EN LA SALUD BIOSOCIOECONOMICOS EN LOS
ADULTOS JOVENES DEL P. J. RAMÓN CASTILLA -CHIMBOTE, 2013**

Sexo	N	%
Masculino	80	40,8
Femenino	116	59,2
TOTAL	196	100
Grado de instrucción	N	%
Sin nivel de instrucción	-	-
Inicial/Primaria	-	-
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	122	62,12
Superior no universitaria completa/ Superior no universitaria incompleta	22	11,22
Superior universitaria completa / superior universitaria incompleta	38	19,38
Otros	14	7,14
TOTAL	196	100
Ingreso económico (Soles)	N	%
No tiene ingreso	22	11,22
De 1 a 550 soles	9	4,59
De 551 a 999	99	50,52
De 1000 a 1499	45	22,96
De 1500 a más	16	8,16
No especifica	5	2,55
TOTAL	196	100
Ocupación	N	%
Trabajador independiente	38	19,4
Empleado	17	8,7
Obrero	58	29,6
Trabajador familiar no remunerado	17	8,7
Trabajador del hogar	12	6,1
Trabajo estable	24	12,2
Vendedores de comercio y mercado	7	3,6
No trabaja	23	11,7
TOTAL	196	100

Continúa

Tenencia de trabajo	N	%
Tenencia de trabajo	116	59,18
Tenencia de algún empleo fijo o negocio propio	50	25,52
Actividad realizada de al menos una hora para generar ingreso	-	-
No trabaja	-	-
Otros (Desempleados)	30	15,3
Total	196	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud de la persona, elaborado por Ms. Vilchez A Aplicado a los Adultos Jovenes del Pueblo Joven Ramón Castilla Chimbote, junio_ 2013.

4.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 2

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DEL ADULTO JÓVEN DEL P J RAMON CASTILLA CHIMBOTE, 2013.

Tipo	N	%
Casa propia	88	44,9
Casa o departamento alquilado	17	8,68
Casa de familiares	-	-
Casa de sus suegros	28	14,28
Casa de sus padres	63	32,14
TOTAL	196	100
Material del piso	N	%
Tierra	1	0,52
Cemento	146	74,48
Cerámica	49	25
Madera	-	-
Otros	-	-
TOTAL	196	100
Material del techo	N	%
Concreto armado	192	97,96

Tejas	2	1,02
Planchas de calamina, fibras de cemento o similares	2	1,02
Caña o esteras con torta de barro	-	-
Esteras	-	-
Pajas, hojas de palmeras	-	-
Cartón, hule, tela, llantas	-	-
Lámina de cartón	-	-
Otro material	-	-
TOTAL	196	100
Material de las paredes		
	N	%
Cemento, ladrillo, piedra o madera	196	100
Ladrillo de barro	-	-
Paja y similares	-	-
Lamina de plástico	-	-
Hoja de metal	-	-
Otros	-	-
TOTAL	196	100

Continua

N° de dormitorios	N	%
1 dormitorio	2	1,0
2 dormitorios	10	5,2
3 dormitorios	40	20,4
4 a más dormitorios	144	73,4
TOTAL	196	100
Abastecimiento de agua		
	N	%
Red pública dentro de la vivienda	196	100
Rio, acequia, manantial o similar	-	-
Red pública fuera de la vivienda pero dentro de la edificación	-	-
Pozo	-	-
Camión, cisterna u otro similar	-	-
Otros	-	-
TOTAL	196	100
Eliminación de excretas		
	N	%
Red pública dentro de la vivienda	196	100
Red pública fuera de la vivienda pero dentro de la edificación	-	-
Pozo ciego o negro/letrina	-	-
Pozo séptico	-	-
TOTAL	196	100
Combustible para cocinar		
	N	%
Gas.	196	100
Electricidad	-	-
Kerosene	-	-

Carbón, madera, hierbas, estiércol animal	-	-
Total	196	100
Tipo de alumbrado	N	%
Eléctrico	196	100
Kerosene	-	-
TOTAL	196	100

Continua

Frecuencia de recojo de basura	N	%
Diariamente, al menos 5 días por semana	86	43,88
Todas las semanas pero no diariamente	110	56,12
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	-	-
Con menos frecuencia	-	-
TOTAL	196	100
En su casa separan la basura	N	%
Si	196	100
No	-	-
TOTAL	196	100
Lugar de eliminación de la basura	N	%
Carro recolector	196	100
Empresas o tiendas que los venden a talleres	-	-
Servicios especiales de recogida	-	-
Vertido por el fregadero o desagüe	-	-
Otros	-	-
TOTAL	196	100
Suele eliminar su basura en alguno de los siguiente lugares	N	%
Carro recolector	196	100
Montículo o campo limpio	-	-
Contenedor específico de recogida	-	-
Vertido por el fregadero o desagüe	-	-
TOTAL	196	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud de la persona, elaborado por Ms. Vílchez

A Aplicado a los Adultos Jovenes del Pueblo Joven Ramón Castilla Chimbote junio_ 2013.

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 3
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO
JÓVEN DEL P J RAMON CASTILLA CHIMBOTE, 2013.

Fuma actualmente:	N	%
Si fumo, diariamente	-	-
Si fumo, pero no diariamente	30	15,4
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	46	23,4
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	120	61,2
TOTAL	196	100
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	N	%
Diario	-	-
Dos a tres veces por semana	-	-
Una vez a la semana	-	-
Una vez al mes	26	13,26
Ocasionalmente	67	34,18
No consumo	103	52,56
TOTAL	196	100
Nº de horas que duerme	N	%
(06 a 08)	186	94,8
(08 a 10)	10	5,2
(10 a 12)	-	-
TOTAL	196	100
Frecuencia con que se baña	N	%
Diariamente	190	96,94
4 veces a la semana	6	3,06
No se baña	-	-
TOTAL	196	100
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	N	%
Si	140	71,42
No	56	28,58
TOTAL	196	100
Actividad física que realiza en su tiempo libre	N	%
Caminar	70	35,71
Deporte	17	8,68
Gimnasia	-	-
No realizo	109	55,61
TOTAL	196	100

Continua

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	N	%
Caminar	95	48,46
Gimnasia suave	1	0,52
Juegos con poco esfuerzo	-	-
Correr	-	-
Deporte	-	-
Ninguna	100	51,02
TOTAL	196	100

Alimentos que consume	Diar io	3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total		%	
		n	%	n	%	N	%	n	%	N	%		
Frutas		127	64.80	48	24.48	20	10.20	1	0.52	0	0	196	100
Carne		0	0	59	30.10	124	63.26	13	6.64	0	0	196	100
Huevos		22	11.22	61	31.12	111	56.64	2	1.02	0	0	196	100
Pescado		0	0	119	60.71	72	36.74	5	2.55	0	0	196	100
Fideos		100	51.02	96	48.88	0	0	0	0	0	0	196	100
Pan, cereales		194	98.98	2	1.02	0	0	0	0	0	0	196	100
Verduras, hortalizas		7	3.57	121	61.74	64	32.65	4	2.04	0	0	196	100
Legumbres		0	0	30	15.30	126	62.75	40	20.40	0	0	196	100
Embutidos		0	0	16	8.16	40	20.40	140	71.42	0	0	196	100
Lácteos		60	30.61	90	45.91	40	20.40	6	3.06	0	0	196	100
Dulces		0	0	0	0	0	0	160	81.63	36	18.36	196	100
Refresco con azúcar		0	0	0	0	0	0	6	3.06	190	96.93	196	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud de la persona, elaborado por Ms. Vílchez A Aplicado a los Adultos Jovenes del Pueblo Joven Ramón Castilla Chimbote junio _ 2013.

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 4

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS ADULTOS JÓVENES. PJ RAMON CASTILLA CHIMBOTE, 2013.

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N	%
Hospital	30	15,3
Centro de salud	50	25,5
Puesto de salud	21	10,8
Clínicas particulares	-	-
Otras	-	-
No se atendieron	95	48,4
Total	196	100
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	N	%
Muy cerca de su casa	120	61,22
Regular	76	38,78
Lejos	-	-
Muy lejos de su casa	-	-
No sabe	-	-
No se atendieron	-	-
Total	196	100
Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	100	51,02
SIS – MINSA	72	36,74
SANIDAD	-	-
Otros	-	-
No tiene	24	12,24
TOTAL	196	100
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	N	%
Muy largo	-	-
Largo	6	3
Regular	82	41,8
Corto	13	6,8
Muy corto	-	-
No sabe	-	-
No se atendió	95	48,4
TOTAL	196	100

Continua

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N	%
Muy buena	7	3,58
Buena	94	47,96
Regular	-	-
Mala	-	-
Muy mala	-	-
No sabe	-	-
No se atendió	95	48,46
TOTAL	196	100
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N	%
Si	8	4,08
No	188	95,92
TOTAL	196	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud de la persona, elaborado por Ms. Vilchez A Aplicado a los Adultos Jovenes del Pueblo Joven Ramón Castilla Chimbote junio _ 2013.

TABLA 05

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGUN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO DEL ADULTO JÓVEN DEL P. J RAMON CASTILLA CHIMBOTE, 2013.

Recibe algún apoyo social natural:	N	%
---	----------	----------

Familiares	45	22,96
Amigos	-	-
Vecinos	-	-
Compañeros espirituales	-	-
Compañeros de trabajo	1	0,51
No recibo	150	76,53
Total	196	100

Recibe algún apoyo social organizado:	N	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	-	-
Seguridad social	-	-
Empresa para la que trabaja	-	-
Instituciones de acogida	-	-
Organizaciones de voluntariado	-	-
No recibo	196	100
Total	196	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud de la persona, elaborado por Ms. Vilchez A Aplicado a los Adultos Jóvenes del Pueblo Joven Ramón Castilla Chimbote junio _ 2013.

TABLA 06

Recibe algún apoyo social organizado:	N	%
Pensión 65	-	-
Comedor popular	-	-
Vaso de leche	-	-
No recibió	196	100
TOTAL	196	100

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO DEL ADULTO JÓVEN DEL P J RAMON CASTILLA CHIMBOTE, 2013.

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud de la persona, elaborado por Ms. Vílchez A Aplicado a los Adultos Jóvenes del Pueblo Joven Ramón Castilla Chimbote junio _2013.

4.2. Analisis de resultado:

Tabla 1: En relación a los determinantes de la salud biosocioeconómicos de los adultos jóvenes se observa que el 59.18% (116) de la población adulto joven son de sexo femenino, en relación al grado de instrucción de los adultos jóvenes el 56.12 % (110), de la población tienen nivel secundario completa, en ingreso económico el 50.52% (99) de la población su ingreso es de 551 a 999 n/ soles, en ocupación el 29.59 % (58) son trabajador obreros. Y el 59.18(116) tienen tenencia de trabajo.

Los resultados encontrados en la presente investigación se asemejan a los resultados encontrados por **Rodríguez J.** (42) quienes realizaron una investigación sobre Estilos de vida y factores Biosocio culturales del Adulto Joven A.H. las Quintanas, Piura. Donde se observa

que el mayor porcentaje de las personas adultas un 63 % (52) son del sexo femenino. Con respecto a los factores culturales el 27,7% (23) de los adultos tienen secundaria completa. En lo referente a los factores sociales el 43,4% (36) son amas de casa y un 77,1% (64) tienen un ingreso económico de 100 a 599 nuevos soles.

Este estudio de investigación también se aproximan en los encontrados por **Guimaray F.** (43). Estilos de Vida y Factores Biosocioculturales del Adulto Joven de Yungar-Carhuaz, 2011(2) donde se observa que el 59% (117) son del sexo femenino y el 41% (83) son del sexo masculino. En lo referente a los factores culturales en el 27,5% (55) de los adultos jóvenes tienen secundaria completa; Con respecto a los factores sociales, el 41% (82) son amas de casa y un 76% (152) tienen un ingreso económico de 100 a 599 nuevos soles.

Por otro lado los resultados difieren con los resultados encontrados por Justino K.(44) En su Estudio Estilos de Vida y Factores Biosocioculturales del Adulto Joven en la Comunidad de Paria Huaraz, 2011(44). En su Estudio Estilos de Vida y Factores Biosocioculturales del Adulto Joven en la Comunidad de Paria Huaraz, 2011, encontraron que en el factor biológico se observa que más de la mitad en un 57,1% (128) son del sexo femenino. Con respecto a los factores culturales el 29,9% (67) de los adultos jóvenes tienen primaria completa y el 20,5% (46) tienen secundaria incompleta; En lo referente a los factores sociales, en ocupación el 30,8% (69) son amas de casa y un 67,0% (150) tienen un ingreso económico de 100 a 599 nuevos soles.

En este estudio indica que más de la mitad de los adultos jóvenes son de sexo femenino, lo que se relaciona a lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

El término mujer se usa para indicar ya sea diferencias sexuales y biológicas, distinciones de género en su papel atribuido culturalmente o ambas cosas. Un varón es la manera como se identifica a las personas que pertenecen al género masculino sin importar su edad.

En el grado de instrucción, se observa que más de la mitad (56.12%) de la población cuenta con secundaria completa, esto debido que las personas decidieron aportar en la economía familiar y aplazar o evitar gastos que demanda una educación a cualquier nivel, aun siendo la educación un derecho fundamental estipulado en la carta magna de nuestro país. Otro motivo es que siendo una población marginal, con altos índices de migrantes, no existe interés suficiente en la población de los jóvenes por el aprendizaje formal debido a que los adultos jóvenes optan por casarse o también se da por la falta de apoyo de los padres de familia, falta de sustento económico, paternidad precoz o pérdida de un familiar, etc.

En segundo lugar tenemos El grado de instrucción, el cual se define como un ámbito educativo, puede tratarse de educación formal o informal, impartida en un círculo familiar o en una escuela, colegio o universidad, puede ocurrir en un ambiente laboral o en una situación cotidiana entre dos amigos, puede incluso tener lugar en espacios jerárquicos o simplemente tener lugar de manera improvisada (45).

También podemos decir el grado de instrucción, es un factor que garantiza la salud ya que las características y accesibilidad a la educación, puede ayudar a la gente a encarar mejor el medio en que vive (para aumentar sus ingresos, para protegerse mejor contra los riesgos y para modificar su comportamiento en beneficio de la salud). La educación puede, por tanto, influir en los estilos de vida (45).

En tercer lugar tenemos el aspecto económico, los ingresos con los que cuenta la mayoría de la población son de 551 a 999 soles por lo

cual su ingreso limita a poder adquirir una adecuada y mejor alimentación. El nivel socioeconómico determina la morbimortalidad de un grupo definido tanto directamente como a través de su influencia decisiva sobre algunos factores como disponibilidad de recursos económicos, servicio de atención médica, viviendas, saneamiento básico, etc., cada comunidad tiene sus estructuras económicas y las relaciones que de ellos se establecen determinarán la morbimortalidad de diferentes grupos humanos tener mejores ingresos económicos equivale a tener una mejor alimentación, educación, vivienda, salud.

Tabla 2: Se observa que el 44,90% (88) de la población tiene casa propia, de igual manera el material de piso el 74,48% (146) es de cemento, es similar el resultado del material de techo el 97,96% (192) es de concreto armado, los resultados se aproximan al Material de las paredes el 100% (196) son de ladrillo, en relación al N° de dormitorios el 73,4% (144) tiene 4 dormitorios más, en relación al abastecimiento de agua y eliminación de excretas el 100% (196) cuenta con república dentro de la vivienda, los resultados son iguales en combustible que utilizan para cocinar el 100% (196) utiliza gas, de igual manera los resultados de tipo de alumbrado son iguales debido a que el 100% (196) tiene alumbrado público, el 100% (196) de la población separan su basura, el 100% (196) manifiesta que la frecuencia que pasa el carro recolector de basura es todas las semanas pero no diariamente, también el 100% (196) eliminan su basura en el carro recolector de basura.

Los resultados encontrados en la presente investigación se asemejan a los resultados encontrados por Palomino, H. (46), quien investigó el “Estilo de Vida y Factores Biosocioculturales de la Persona Adulta, en Las Dunas de Surco - Lima, 2009”. Concluyendo que el 45% (92) de las viviendas de los adultos jóvenes son de material concreto las paredes de material de ladrillo, piedra o cemento, así también el material de piso así como también el material de los pisos que predominan los de cemento y tierra. Así mismo, cuentan con agua instalada dentro de la vivienda, tienen baño propio alumbrado con electricidad, cocinan a gas.

Del mismo modo, los resultados son similares a los obtenidos por Beas, B. y Herrera, G. (47), en su investigación sobre “Estilos de Vida y Factores Biosocioculturales de la persona adulta del Distrito de Matahuasi – Concepción- 2009”. Obteniendo como resultados que el 54,7% son

viviendas de material concreto, el 45,6% predominan de techos y paredes de material noble y cuentan con los servicios básicos adecuados.

Además, los resultados son similares en algunos indicadores a los de Estrada, E. (48), en su investigación sobre “Estilo de Vida y Factores Biosocioculturales de la Persona Adulta del P. S. San Francisco en Huancayo, 2010”, ya que concluye que el 57,2% Corresponda a las viviendas de material noble (concreto) el 48,5% cuentan con los servicios básicos dentro de su vivienda.

Las condiciones de la vivienda, se caracterizan por un conjunto de indicadores que influyen de alguna manera en la calidad de vida de los adultos que se ve reflejada a través de su estado de salud física y emocional no saludables, considerando como indicadores que reflejan las condiciones sociales y de salud del habitante y a la vez influyen de alguna manera están ligadas directamente a la calidad de vida y a la salud .

En el estudio de investigación realizado a los adultos maduros del Acentam, Ramon Castilla corresponde a la población adulto joven que si bien es cierto es una zona urbano visible que esta muy cerca a la empresa sider peru, hospital la caleta, el muelle artesanal que puede provocar daños a la salud.

Tabla 3: Con respecto a los estilos de vida el 61,2 % (120) no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, 23,4 % (46) no fuma actualmente pero si ha fumado antes y el 15,4 % (30) si fuma pero no diariamente; 52,56 % (103) no consumen bebidas alcohólicas. Mientras que el 34,18 % (67) consumen ocasionalmente bebidas alcohólicas y el 13,26 % (26) consumen bebidas alcohólicas una vez al mes, el 94,8 % (186) duermen de 6 a 8 horas y el 5,2 % (10) duermen de 8 a 10 horas, el 96,94 % (190) de los encuestados refiere que se bañan diariamente y el 3,06% (6) de ellos se

bañan 4 veces a la semana; 71,42 % (140) se realizan exámenes médicos periódicos y el 28,58 % (56) no; 55,61% (109) no reaslizan actividad física, mientras que el 35.71% (70) caminan, y el 8,68% (17) hacen deporte, 48,46 % (95)) realiza caminatas durante más de 20 minutos y el 51.02 % (100) no realizan ninguna.

De los 196 adultos jóvenes encuestados el 64,80% (127) consumen frutas diarias, el 24,48% (48) consumen frutas solo tres veces por semana, el 10,20 % (20) solo la consume 1 ó 2 veces a la semana. El 30,10 % (59) consumen carnes de 3 a mas veces por la semana, el 63,26 % (124) solo consumen carne de 1 o 2 veces por semana, el 6,64 % (13) solo consumen carnes menos de una vez por semana. El 11,22% (22) consumen huevos a diario, 31,12 % (61) lo consumen tres o más veces por semana, el 56,64% (111) solo la consumen 1 ó 2 veces por semana, 1,02 % (2) consumen menos de una vez por semana. Consumo de pescado, 60,71 % (119) consumen pescado tres o más veces por semana, el 36,74 % (72) consumen 1 ó 2 veces por semana, 2,55% (5) solo consumen menos de una vez por semana, el 51,02 % (100) consumen a diario los fideos y 48,98 % (96) consumen de tres o más veces por semana, el 98,98 % (194) consumen a diario el pan o cereales y el 1.02% (2) lo consumen tres o más veces por semana, el 3,57 % (7) consumen verduras y hortalizas a diario, 61.74 % (121) solo consumen tres o más veces por semana, 32,65 % (64) consumen de 1 ó 2 veces por semana, el 2,04 % (4) consumen menos de una vez por semana.

Los resultados obtenidos, se relacionan con los de Yzaguirre, S (49) en su estudio sobre Estilo de Vida y Factores Biosocio culturales de la mujer adulta Joven y madura de la Zona rural “Santo Domingo” – Chimbote 2011. Donde obtuvo, que el 65,3% de las mujeres adultas

jóvenes y maduras tienen un estilo de vida no saludable y el 34,7% tienen un estilo de vida saludable.

Por otro lado a los resultados obtenidos en la investigación, difiere Palomo G, Icaza N, Mujica E, Núñez F, Leiva M. (50) En su estudio titulado “Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en población adulta” menciona que el grupo de 65-74 años Sólo 2,0% era gran fumador (más de 20 cigarrillos diarios) y 17,1% era ex-fumador.

La investigación es similar al estudio de Cuevas A, Vela O. Carra B. (51) En su investigación titulada Identificación de factores de riesgo en familiares de enfermos diabéticos tipo 2, encontraron que quienes consumen tres bebidas alcohólicas diarias tienen un riesgo de 33% a 56% menos de padecer diabetes (consumo moderado), sin embargo, quienes consumen más de tres bebidas al día tienen 43% más riesgo de enfermarse de diabetes, probablemente debido a la mayor ingesta calórica que propicia obesidad.

Hidalgo C. (52). En su estudio titulado “Medidas de auto cuidado que realizan los pacientes diabéticos que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo”. Encontró que la mayoría de pacientes diabéticos realiza las medidas de auto cuidado, tales como alimentación, ya que consumen diariamente verduras y frutas e interdiariamente carnes y harina. Asimismo que la mayoría realiza el cuidado de sus pies y ejercicios, siendo frecuentes las caminatas; respecto al cuidado de la vista, la mayoría visita al oftalmólogo para diagnosticar precozmente complicaciones.

La etapa del adulto joven se caracteriza por el máximo desarrollo físico, psicológico y cognitivo. A pesar de los cambios que ocurren en su vida y en sus ideas, siguen siendo las mismas personas, acostumbrados a

llevar ciertos rasgos característicos básicos en todas las etapas de la vida, además estos adultos acuden al hospital.

El alcohol puede actuar de manera diferente en las personas mayores que en las personas más jóvenes. Algunas de las personas mayores pueden alcanzar un estado de euforia, sin aumentar la cantidad de alcohol que toman. Ese estado de euforia puede aumentar la probabilidad de que tengan accidentes, inclusive caídas y fracturas y accidentes de automóvil .

Los adultos que están llegando a la adultez mayor han dedicado gran parte de su tiempo libre a la inactividad y el ocio y a recuperar fuerzas para enfrentar sus arduas jornadas de trabajo, para producir ingresos que son destinados principalmente al consumo. Para consolidar el tiempo libre como actividad socialrelevante surge la necesidad de buscar y crear espacios para desarrollar actividades significativas que tengan que ver con lo cognitivo, físico y afectivo, permitiendo al adulto mayor adquirir nuevos roles.

Por otro lado estos jóvenes llevan una vida sedentaria, no realizan actividades física regulares, tienen un manejo deficiente del estrés, no acuden al establecimiento de salud, a pesar de estar dentro de su ámbito, debido a que priorizan la atención a los familiares mujeres y los niños descuidando su propio bienestar, colocándolas en una situación más susceptible para presentar enfermedades crónicas degenerativas como Diabetes, Hipertensión arterial y otras Enfermedades .Así mismo no, consumen alimentos balanceados que contengan proteínas, frutas y verduras, teniendo una alimentación rica en carbohidratos, grasas y comidas chatarras, estos hábitos alimenticios se da por la escasa .

Información acerca de cómo preparar alimentos nutritivos, por otro lado la forma de preparación de los alimentos lo adquirieron de los

integrantes de la familia que con el tiempo son difíciles de cambiar. Estos malos hábitos alimenticios, se inician con. específico para comer, hasta la ignorancia al momento de escoger los alimentos nutritivos necesarios para contar con una buena salud.

Tabla 4, 5, 6: Se observa de las personas adultos jóvenes encuestadas en relación a los determinantes de las redes sociales y comunitarias, el 48,4 % no se atendieron en ninguna institución de salud los últimos 12 meses, el 25,5 % (50) se atendieron en un centro de salud, así mismo el 15,3% (30) fueron atendidos en un hospital y el 10,8 % (21) se atendieron en un puesto de salud. Así mismo el 61,22 % (120) consideran que el lugar está muy cerca de su casa, el 38,78 % (76) opina que el lugar donde se atendieron está regular de sus casas.

Por otro lado el 51,02 % (100) cuenta con un seguro de ESSALUD mientras que el 36,74 cuenta con el SIS- MINSA y el 12,24 % (24) no cuentan con ningún tipo de seguro de salud. Así mismo el 48,4 % (95) no se atendió, el 41,8 % (82) refiere que el tiempo es regular, el 6,8 es corto, el 3.0 refiere que es muy largo. En relación a la calidad de atención el 48.4 no se atendió, el 47,96 % (94) refiere que es buena, el 3,58 refiere muy buena. El 95,92 % considera que no existe cerca de su casa pandillaje o delincuencia;

En relación a los determinantes de redes sociales según apoyo social natural, 76,53 % (150) no recibe algún apoyo social natural, el 22,96 % recibe apoyo de sus familiares y el 0,51% recibe apoyo de sus compañeros de trabajo y en el apoyo organizado no reciben en un 100 % (196). de los adultos jóvenes.

En los resultados encontrados difieren en el estudio realizado por la asociación pro bienestar de la familia colombiana pro familia, con el apoyo del Gobierno de los Estados Unidos, a través de su Agencia para el Desarrollo Internacional USAID, (53), El 54% acuden al hospital o puesto de salud; Así mismo se asemejan el 5% utilizan clínicas privadas para su atención.

Los resultados encontrados por Ramírez T y colab (54), en su estudio sobre Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina – 2011. Según tiempo que demora para conseguir turno se observó que el 94,6% de los encuestados obtuvieron el turno el mismo día en que fue solicitado. El tiempo de demora para recibir la atención fue en el 79,5% de los casos de menos de media hora. El 94% de los usuarios consideró que el tiempo de espera fue aceptable. El 81,1% de los encuestados refirió que se encuentra totalmente satisfecho, en relación a la última consulta. Como así también el 82,7% se encuentra satisfecho con el trato brindado por el profesional y el 80,5% se encuentra totalmente satisfecho con el alivio o curación de su problema.

Los resultados son similares a lo encontrado por García. A. (55), en su estudio determinantes de la salud en el preescolar con anemia. Institución educativa n° 317, urb. El Carmen. Chimbote – 2012, el 100% (60), no recibe algún apoyo social organizado; así mismo difieren 75% (45), no reciben ningún apoyo social natural, el 83.4 % (50), no reciben ningún apoyo social de las organizaciones.

Los resultados encontrados se aproximan La Instituto Nacional de Estadística e Informática, (56). En su estudio del perfil sociodemográfico del Perú, con respecto a la tipo de seguro el 16.3 % tienen el SIS-MINSA, el 15,7 % tiene ESALUD el 57.7% no tiene seguro.

Los resultados encontrados se asimilan al de Vilma, P. (57), Cuya investigación es titulada factores biosocioeconómicos del adolescente pandillero en la urb. San José – Piura, Se aprecia que el 75% adolescentes pandilleros son de sexo masculino pero hay que resaltar que un 25% de ellos son mujeres, lo que indica la presencia de las mujeres en las pandillas juveniles.

Por otro lado los resultados encontrados de su investigación se asemejan a los de Román. R. (58). Titulada: determinantes de la salud en niños menores de 5 años, A.H“bellavista” – Nvo Chimbote, 2012, 81.4% (57), no recibe algún apoyo social natural, así mismo son similares 100% (70), no recibe algún apoyo social organizado.

Así mismo los resultados encontrados de su investigación se asemejan a los de Colchado.A. (59), Titulada: determinantes de la salud adultos maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos. Distrito santa-2012. El 87,5% (80). no recibe ningún apoyo social de las organizaciones.

Teniendo en cuenta en las Analizando sobre las variables se observa que los adultos jóvenes no acuden a realizarse chequeos médicos durante los últimos 12 meses; así mismo más de la mitad cuenta con un seguro de salud ESSALUD., estas conductas que adopta el adulto joven, influye en su salud puesto que puede desembocar diversos factores de enfermedades que perjudiquen su salud y su familia, así mismo el no llevar un estilo de vida saludable lleva adquirir diversas enfermedades como diabetes, obesidad, infarto al corazón estrés.

Por otro las consecuencias que se pueden presentar al no tener acceso a la salud, ,imposibilidad de detectar tempranamente un enfermedad, alejamiento de sesiones educativas por personal de salud En la población entrevista evidenciamos que existes una alta tasa de pandillaje

en la comunidad lo cual puede perjudicar a cada uno de los adultos jóvenes y traer como consecuencia, violencia callejera, prostitución, pérdida de escalas de valores, temor en la población por la acción de las pandillas, pérdida de materiales, consecuencias psicológicas en sus víctimas, genera daños físicos en los individuos, asociarse a bandas delictivas, incrementar la drogadicción y alcoholismo.

El examen médico es la forma de identificar los factores de riesgo que pueden ser modificables y que en muchos casos son la consecuencia de malos estilos de vida. Otros son hereditarios. La importancia del chequeo médico es la prevención y la inversión en salud, lo cual permitirá una mejor calidad de vida. (60).

Solís R, Sixto E, Sánchez M Carrión.(61) en su estudio titulado cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos nos dice que los seguros son instrumentos financieros que nos ayudan a reducir la incertidumbre económica sobre el futuro, ya que firmando un contrato (póliza) con una Compañía de Seguros (ya sea de Vida o Generales) en la cual yo me comprometo a pagar una determinada cantidad de dinero (prima) estoy garantizando cierto pago futuro en la eventualidad que ocurra alguna circunstancia por la cual yo me estoy asegurando.

Las pandillas se originan debido en los vacíos que existen en la vida de un individuo y que no pueden ser llenados por la familia. Estos vacíos se deben a la destrucción del ambiente familiar, social e individual. Además hay diferentes razones para diferentes niños, unos son atraídos por las fiestas, mujeres, y drogas, otros buscan hacer dinero para ayudar en la casa o tener ropa buena y la mayoría tienen problemas en la casa y prefieren mejor la calle. La edad de los miembros de la pandilla puede

variar entre los 7 y los 35 años, pero comúnmente son muchachos adolescentes (62).

En lo q concierne con la tabla concluyo que los adultos jóvenes a futuro pueden desencadenar enfermedades silenciosas (asintomáticas), como las relacionadas con el sistema cardiovascular, la diabetes, hipertensión que sólo con exámenes de "rutina" podrían identificarse tempranamente e intervenir para prevenir la muerte. el pandillaje trae como consecuencias inseguridad, y más pandillaje, la presión del estar rodeado por ellos hace crecer la falta de inseguridad, problemas emocionales y riesgo a problemas sociales.

Al investigar otra tesis podemos observar que todas ellas son estudios buscados en niños y adultos mayores con respecto a la tabla no reciben apoyo social natural ni social organizado aquí evidenciamos que lo niños y adultos mayores reciben el apoyo de dichas instituciones por lo que el gobierno tiene campañas destinadas para el adulto mayor y niño, donde el gobierno trabaja con las zonas rurales o zonas con extrema pobreza. (63)

Al analizar la variable observamos que su totalidad no recibe ninguna apoyo tanto natural como social organizado, esto se puede deber a que a que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, por lo que no contará con un apoyo social natural y será precario o inexistente que además propiciará un mal afrontamiento en su sociedad.

Las redes de apoyo natural, depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. La posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos. (63).

En un sentido amplio, el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.), Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad (63).

Al concluir la tabla podemos observar que los adultos jóvenes no tienen apoyo natural ni social esto puede influir mucho en su estado de salud mental y emocional puesto esta persona se sentirá solo que no cuenta con nadie y trae como consecuencia el aislamiento de sus familias, o vecinos, entorno con el tiempo en un cuadro depresivo, ansiedad o estrés.

Al analizar la variable de apoyo organizado observamos que la gran mayoría no cuenta con apoyo del gobierno; según la literatura nos dice que todos tienen derecho a recibir el apoyo organizado y tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos.

En un sentido amplio, el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.), Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello hablamos de redes de apoyo social (63).

Analizando observamos que los adultos jóvenes no cuentan con ningún apoyo social de las organizaciones este motivo puede ser ya que estas organizaciones se dedican más a los adultos mayores, a los comederos populares, al vaso de leche donde aporta más al niño, a la madre y al adulto mayor, no más al adulto joven es por ello que no reciben apoyo.

Finalmente se concluye que la salud es lo más valioso que posee un ser humano, es por ello, que su cuidado y la prevención de cualquier enfermedad debe ser una prioridad, por ello es importante realizar un control y prevención de nuestra salud, para llevar una vida más saludable.

En cuanto a las pandillas es un tema muy importante por el impacto que tienen en la sociedad, en el gobierno y no precisamente de manera positiva, si no, negativa ya que cambian el carácter de una persona o inducen a la gente de distintas edades a participar en situaciones delictivas como violencia, delincuente, robo, secuestro, drogas y lo peor que a veces no existe alguna alternativa.

Por otro lado se puede decir que si los adultos jóvenes siguen sin recibir apoyo de sus familiares o de alguna institución de apoyo pues en un futuro van a desencadenar una serie de enfermedades como la depresión, la tensión, además va alterar su estado de ánimo debido a que toda persona requiere de ayuda aunque sea de un familiar que le brinde apoyo no solo económico sino también moral o emocional para de esta manera disminuir el riesgo de presentar en un futuro situaciones estresantes en este grupo de personas.

V. CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones

□ Los determinantes del entorno biosocioeconómicos, más de la mitad son de sexo femenino, tienen un grado de instrucción de secundaria completa, tienen un ingreso económico de 551 a 999 soles, menos de la mitad son trabajadores obreros. Así mismo más de la mitad tienen tenencia de trabajo. En relación a la vivienda menos de la mitad tienen casa propia el piso es de cemento las paredes son de ladrillo y material del techo de concreto, la mayoría tienen 4 dormitorios, en su totalidad tienen red pública dentro de sus viviendas. Abastecimiento de agua, eliminación de excretas, baño propio en la vivienda, combustible para cocinar gas, alumbrado eléctrico permanente, el recojo de basura es todas las semanas pero no diariamente y la eliminación es en el carro recolector de basura.

□ En determinantes del estilo de vida la mayoría no fuma ni han fumado nunca de manera habitual, más de la mitad no consume bebidas alcohólicas, duerme de 6 a 8 horas, la mayoría se baña diariamente así mismo realizan un examen médico periódico, más de la mitad no realiza actividad física ni ejercicios por más de 20 minutos, la mayoría consumen frutas diariamente así mismo carne, pescado, pan cereales, verduras hortalizas, de 1 a 2 veces a la semana, más de la mitad consume huevos, fideos y menos de la mitad consume lácteos de 3 a más veces a la semana.

□ En los determinantes de redes sociales y comunitarias menos de la mitad no se atendieron los últimos 12 meses, la mayoría refiere que el lugar de atención está muy cerca de su casa así mismo más de la mitad cuenta con

un seguro de ESSALUD. Mientras que menos de la mitad nos refiere que el tiempo de espera desconocen por no haberse atendido de igual manera la calidad de la atención, por otro lado la gran mayoría refiere que no existe pandillaje y en su totalidad no reciben apoyo social natural ni organizado.

5.2. Recomendaciones

- Difundir los resultados obtenidos en el lugar en la cual se ejecutó y en diferentes Pueblos Jovenes a fin de contribuir en los conocimientos para

mejorar los estilos de vida en los adultos jóvenes en su respectiva jurisdicción.

- ▣ Entregar los resultados obtenidos en la presente investigación al personal de salud y autoridades del Puesto de Salud Víctor Raúl Haya de la Torre con la finalidad de fomentar hábitos saludables en los adultos jóvenes del Pueblo Joven Ramón Castilla _ Chimbote.
- ▣ Se recomienda al personal responsable del Puesto de salud Víctor Raúl, que deberían priorizar e implementar programas de promoción y prevención de la salud dentro de sus estrategias sanitarias en relación a los determinantes de salud identificados, permitiendo de esta manera contar con un personal capacitado para ejecutar dicha intervención, con el fin de incentivar a adoptar cambios actitudinales que influyan en los estilos de vida saludables. De los adultos jóvenes del pueblo joven Ramón Castilla _Chimbote
- ▣ Realizar nuevos trabajos de investigación en base a los resultados del presente estudio que permitan mejorar el estilo de vida de los adultos jóvenes del Pueblo Joven Ramón Castilla _ Chimbote.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Conceptos. Condiciones de vida [Página en internet] [Citado el 2014 Julio 8]. Disponible desde el URL: <http://deconceptos.com/ciencias-sociales/condiciones-de-vida>

2. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev. Cubana. Salud Pública 2004; 30 (3): 13-16

3. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: http://www.psicoweb.com/salud/concepto_salud_03.htm

4. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. Chile. Edición: 2 – 2006

5. 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

6. 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.

7. 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.

8. Gonzalo Valdivia Cabrera. 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

9. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302
10. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.
11. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar , editorial; 2008
12. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
13. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. “Sistema estadístico nacional”. [Serie en Internet] [Citado el 2014 Junio 8]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el [URL: http://www.inei.gob.pe/sistema-estadistico-nacional/](http://www.inei.gob.pe/sistema-estadistico-nacional/)
14. Dirección de promoción de la Salud. Sistema de Vigilancia Comunal (SIVICO).Fichas familiares del Pueblo joven Ramon Castilla. Del Puesto de Salud Victor Raul Haya de la Torre Chimbote. 2012.
15. 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.

22. Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud. OPS.: Washington; 2009.

23. Dalhigren, G. Whitehead, M.. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006.

24. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.

25. 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 páginas]. 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. OPS, OMS Y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca/%20sexualidad%20conceptos.htm>
30. 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
31. 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).: México; 2010. Disponible en: <http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
32. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
33. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf

34. 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./Vivienda#Bibliograf.C3.ADa>.
35. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua.Guatemala, Octubre; 2001
36. Wales J. Discurso en Keynote, Agosto de 2006. Disponible en: URL: <http://es./Alimentaci%C3%B3n>
37. Martos, E. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
38. Sánchez Isla Laura: “satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
39. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
40. 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. Martínez N y colb. Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm
42. Rodríguez J.. Estilos de vida y factores biosocioculturales de la mujer adulta madura .Asentamiento Humano Las Quintanas [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Piura: ULADECH _ Católica; 2011.
43. Guimaray F. Estilos de vida y factores biosocioculturales del Adulto Joven de Yungar-Carhuaz, 2011:Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote , 2009.disponible en <http://erp.uladech.edu.pe/catalogobiblioteca/?ejemplar=00000018673>
44. Justino K . Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta, en la Comunidad de Paria Huaraz, 2011. [tesis para optar el título de enfermería]. Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2010
45. Natera, J. y Hernández, C. Nivel de instrucción formal de la población rural de la provincia de Tucumán. [Documento en internet]. [Citado 2013 Nov. 19]. [19 páginas]. Disponible en URL: http://www.filo.unt.edu.ar/centinti/cehim/jornadas_antrop/nivel%20de%20instruccion%20formal%20de%20la%20poblacion%20rural%20de%20la%20provincia%20de%20tucuman.pdf
46. Palomino,H. “Los Estilos de Vida Saludables: el “Estilo de Vida y Factores Biosocioculturales de laPersona Adulta, en Las Dunas de Surco - Lima, 2009”. Disponible desde el URL: mado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf

47. Beas, B. y Herrera, G. Biosocioculturales de la persona adulta del Distrito de Matahuasi – Concepción- 2009”. del Barrio Municipal de Concepción, Tucumán. Archivo. med. fam. gen. Vol. 4 N° 2. Argentina. 2007
48. Estrada, E. “Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida”. en su investigación sobre “Estilo de Vida y Factores Biosocioculturales de la Persona Adulta del P. S. San Francisco en Huancayo, 2010” URL: mado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf
49. **Yzaguirre. S** .Estilo de Vida y Factores Biosocio culturales de la mujer adulta Joven y madura de la Zona rural “Santo Domingo” – Chimbote 2011 [Documento en internet]. Currículo de educación inicial. [Citado 2013 Nov. 19]. [6 páginas]. Disponible en URL: http://www.madrid.org/iestadis/fijas/informes/descarga/iesparentacap3_2.pdf
50. Palomo G, Icaza N, Mujica E, Núñez F, Leiva M. estudio titulado “Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en población adulta” sobre tabaquismo en una población de Montevideo (Uruguay). Rev Fed Arg Cardiol 2002; 31: 335-339.
51. Cuevas A, Vela O. Carrada B. Metodología de la Investigación 3 ed. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana México 2003. Consulta 26 de noviembre del 2008. Disponible en: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>

52. Hidalgo C. “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo”. [Informe de tesis para optar el título de licenciada en enfermería
53. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana pro familia, con el apoyo del Gobierno de los Estados Unidos, a través de su agencia para el desarrollo Internacional (USAID) Colombia: Editorial Mc Graw Hill; 2003
54. Ramirez T Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención. Rev. méd. Chile. 2011; 112 (11): 980-983
55. García. A. Determinantes de la salud en el preescolar con anemia. institución educativa N° 317, urb. el Carmen// tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Chimbote: Universidad Católica. 2012.
56. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda [Nota informativa en internet]. 2008 [Citado 2012 Abr. 10]. [3 páginas]. Disponible desde el URL: <http://ceirberea.blogdiario.com/1217257320/catolicos-disminuyen-y-evangelicos-van-en-aumento-en-el-peru-informa-jefe-del-inei>
57. Vilma, P. Factores biosocioeconómicos del adolescente pandillero en la urb. San José – Piura, 2010
58. Román. R. Determinantes de la salud en niños menores de 5 años, A.H “Bellavista” // tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Nvo Chimbote: Universidad Católica. 2012.

59. Colchado, A. Determinantes de la salud de adultos maduros con infección respiratoria aguda Vinzos distrito Santa// tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Santa: Universidad Católica. 2012
60. Organización Mundial de la Salud. Riesgos para la salud de los jóvenes. Agosto del 2011. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.
61. Solís R, Sixto E, Sánchez M Carrión. Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú. Rev. perú. med. exp. salud pública. 2009; 26 (2): 7-12 .
62. El pandillaje. [Publicado el martes, 5 de abril de 2011] Disponible en <http://urcia-oscar.blogspot.com/2011/04/que-es-el-pandillaje.html>
63. Gonzales M Redes de apoyo social, [Nota informativa en internet]. Costa Rica 2008 Disponible en http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf

ANEXO N° 01

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula estadística de proporciones de una población finita.

$$n = \frac{z^2 p q N}{z^2 p q + e^2 (N-1)}$$

Dónde:

n = Tamaño de muestra

N = Tamaño de la población = 251 (Datos obtenidos de las fichas familiares del sistema de vigilancia comunal del Puesto de Salud “El Satélite”)

Z = Nivel de confianza al 95% establecido por el investigador = 1.96

p = 0.5 Proporción de individuos de la población que tiene las características que se desean estudiar.

q = 0.5 Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés.

e = 0.05 Margen de error permisible establecido por el investigador = 5%

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (251)}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (251-1)}$$

n = 196 adultos

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA D

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS
ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA

CHIMBOTE_2013.

Elaborado: Por Vílchez 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 e instrucción ()
- Inicial/Primaria ()
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()
- Superior no universitaria completa/Superior no universitaria incompleta()
- Superior universitaria completa/Superior universitario incompleta ()

4. Ingreso económico:

- No tiene ingreso ()

- De 1 a 550 soles ()
- De 551 a 999 ()
- De 1000 a 1499 ()
- De 1500 a más ()
- No especificado ()

5. Ocupación:

- Trabajador independiente ()
- Empleado ()
- Obrero ()
- Trabajador familiar no remunerado ()
- Trabajador del hogar ()
- Trabajo estable ()
- Vendedores de comercio y mercado ()
- No trabaja ()

6. Condición de empleo de trabajo

- Tenencia de trabajo ()
- Tenencia de algún empleo fijo o negocio propio ()
- Actividad realizada de al menos una hora para generar un ingreso ()
- Desempleado ()

7. Vivienda

7.1. Tipo:

- Casa propia ()
- Casa o departamento alquilado ()
- Casa de familiares (Tíos, abuelo, primos) ()
- Casa de sus suegros ()
- Casa de sus padres ()

7.2. Material del piso:

- Tierra ()
- Cemento ()
- Cerámica ()

Madera ()

Otros ()

7.3.Material del techo:

Concreto armado ()

Tejas ()

Planchas de calamina, fibras de cemento o similares ()

Caña o esteras con torta de barro ()

Esteras ()

Pajas, hojas de palmeras, etc. ()

Cartón, hule, tela, llantas ()

Lámina de cartón. ()

Otro material ()

7.4.Material de las paredes:

Cemento, Ladrillo, piedra o madera ()

Ladrillo de barro ()

Paja y similares ()

Lámina de plástico ()

Hoja de metal ()

Otros ()

7.5. Cuantas habitaciones se usan exclusivamente para dormir

N° de habitaciones

8. Abastecimiento de agua:

Red pública dentro de la vivienda ()

Rio, acequia, manantial o similar ()

Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación ()

Pozo ()

Camión, cisterna u otro similar ()

Pilón de uso público ()

Otra fuente ()

9. Desagüe:

Red pública dentro de la vivienda ()

Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación ()

Pozo ciego o negro/letrina ()

Pozo séptico ()

Río, acequia o canal ()

Otro fuente de eliminación ()

10. Combustible para cocinar:

Gas ()

Electricidad ()

Querosene ()

Carbón ()

Madera ()

Matojos o Hierbas ()

Estiércol animal ()

Otros

11. Tipo de alumbrado:

Eléctrico ()

Kerosene ()

Vela ()

Otro ()

12. En su casa separan la basura:

Si () No ()

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

Diariamente, al menos 5 días por semana ()

Todas las semana pero no diariamente ()

Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas ()

Con menos frecuencia ()

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

Carro recolector ()

Empresas o tiendas que los vende o talleres ()

Servicios especial de recogida ()

Contenedor específicos de recogida de basura ()

Vertido por el fregadero o desagüe ()

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

15. ¿Actualmente fuma?

Si fumo, diariamente ()

Si fumo, pero no diariamente ()

No fumo actualmente, pero he fumado antes ()

No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual ()

16. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

Diario ()

Dos a tres veces por semana ()

Una vez a la semana ()

Una vez al mes ()

Ocasionalmente ()

No consumo ()

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

17. Con que frecuencia se baña?

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

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

Si () NO ()

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

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

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

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

19. DIETA:

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

Alimentos:	Diario	3 o más veces a la semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
<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, papas.....					
<input type="checkbox"/> Pan, cereales					
<input type="checkbox"/> Verduras y hortalizas					
<input type="checkbox"/> Legumbres					
<input type="checkbox"/> Embutidos, enlatados					
<input type="checkbox"/> Lácteos					
<input type="checkbox"/> Dulces, gaseosas					
<input type="checkbox"/> Refrescos con azúcar					
<input type="checkbox"/> Frituras					

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

20. ¿Recibe Ud. Algún apoyo social por parte de?:

- Familiares ()
- Amigos ()
- Vecinos ()
- Comunidad ()
- Compañeros de trabajo ()

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

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

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

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

23. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

24. El tiempo que espero para que lo (la) atendieran ¿le pareció?

Muy largo ()

Largo ()

Regular ()

Corto ()

Muy corto ()

No sabe ()

25. En general, ¿la calidad de atención que recibió fue?

Muy buena ()

Buena ()

Regular ()

Mala ()

Muy mala ()

No sabe ()

Muchas gracias, por su colaboración

ANEXO N° 03

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. Vilchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

Dónde:

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

: Es la calificación más baja posible.

: Es el rango de los valores posibles.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

- 1.** Se solicitó la participación de un grupo 10 jueces expertos del área de Salud.
- 2.** Se alcanzó a cada uno de los expertos la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS DE 18 AÑOS A MÁS EN EL PERÚ”.
- 3.** Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
 - esencial?
 - útil pero no esencial?
 - no necesaria?
- 4.** Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas
- 5.** Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla 1)
- 6.** Se evaluó que preguntas cumplieran 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.

N°	V de Aiken	N°	V de Aiken
1	1,000	18	1,000

2	1,000	19	1,000
3	1,000	20	0,950
4	1,000	21	0,950
5	1,000	22	1,000
6.1	1,000	23	1,000
6.2	1,000	24	1,000
6.3	1,000	25	1,000
6.4	1,000	26	1,000
6.5	1,000	27	1,000
6.6	1,000	28	1,000
7	1,000	29	1,000
8	1,000	30	1,000
9	1,000	31	1,000
10	1,000	32	1,000
11	1,000	33	1,000
12	1,000	34	1,000
13	1,000	35	1,000
14	1,000	36	1,000
15	1,000	37	1,000
16	1,000	38	1,000
17	1,000		
Coefficiente V de Aiken total			0,998

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

TABLA 2
REGISTRO DE LAS CALIFICACIONES DE CADA UNO DE LOS EXPERTOS A LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO

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

Página: 4 de 12 Palabras: 1,639 Español (ajrab. internacional) 05:10 a.m. 13/07/2014

ANEXO N°04

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

ANEXO N°05



UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO JOVEN DEL PUEBLO

JOVEN RAMÓN CASTILLA, 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

.....

ANEXOS N° 06

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

GRAFICO 1

SEGÚN SEXO DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA_CHIMBOTE, 2013.

Fuente: Tabla 1

GRAFICO

EDAD DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA_CHIMBOTE, 2013.

Fuente: Tabla 1

GRAFICO 3

GRADO DE INSTRUCCION DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA _CHIMBOTE, 2013.

. Fuente: Tabla 1

GRAFICO 4

**INGRESO ECONOMICO DE LOS ADULTO JOVENES DEL PUEBLO JOVEN
RAMON CASTILLA _ CHIMBOTE, 2013.**

. Fuente: Tabla 1

GRAFICO 5

**OCUPACION DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON
CASTILLA_ CHIMBOTE, 2013.**

. Fuente: Tabla 1

GRAFICO 6

**CONDICION DE TRABAJO DE LOS AFULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN
RAMON CASTILLA _CHIMBOTE,2013.**

Fuente: Tabla 1

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRAFICO 7

**SEGÚN TIPO DE VIVIENDA DE LOS ADULTOS - JOVENES DEL PUEBLO
JOVEN RAMON CARTILLA CHIMBOTE, 2013.**

Fuente: Tabla 2

GRAFICO 8

**MATERIAL DEL PISO DE LOS ADULTOS - JOVENES DEL PUEBLO JOVEN
RAMON CASTILLA CHIMBOTE, 2013.**

Fuente: Tabla 2

GRAFICO 9

**MATERIAL DEL TECHO DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO
JOVEN RAMON CASTILLA_ CHIMBOTE, 2013**

. Fuente: Tabla 2

GRAFICO N 10

**MATERIAL DE PAREDES DE LOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON
CASTILLA_ADULTOS - CHIMBOTE, 2013.**

. Fuente: Tabla 2

GRAFICO 11

**NUMERO DE DORMITORIOS DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO
JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.**

. Fuente: Tabla 2

GRAFICO 12

ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

. Fuente: Tabla 2

GRAFICO 13

SEGÚN ELIMINACION DE EXCRETAS DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

. Fuente: Tabla 2

GRAFICO 14

COMBUSTIBLE PARA COCINAR DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

. Fuente: Tabla 2

GRAFICO 15

TIPO DE ALUMBRADO DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013

. Fuente: Tabla 2

GRAFICO 16

FRECUENCIA DE RECOJO DE BASURA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013

. Fuente: Tabla 2

GRAFICO 17

LUGAR DE ELIMINACION DE BASURA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

. Fuente: Tabla 2

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

GRAFICO 18

FUMA ACTUALMENTE DE LOS ADULTOS - JOVEN RAMON CASTILLA CHIMBOTE, 2013.

Fuente: Tabla 3

GRAFICO 19

FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

Fuente: Tabla 3

GRAFICO 20

SEGÚN DE HORAS QUE DUERME DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013

Fuente: Tabla 3

GRAFICO 21

SEGÚN FRECUENCIA CON QUE SE BAÑAN DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMOPN CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

Fuente: Tabla 3

GRAFICO 22

SEGÚN SE REALIZA ALGÚN EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLLA - CHIMBOTE, 2013.

Fuente: Tabla 3

GRAFICO 23

SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA QUE SE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

Fuente: Tabla 3

GRAFICO 24

SEGÚN EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDADES FÍSICA REALIZÓ DURANTE MAS DE 20 MINUTOS DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

Fuente: Tabla 3

GRAFICO 25

SEGÚN ALIMENTOS QUE CONSUMEN DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

Fuente: Tabla 3

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

GRAFICO 26

SEGÚN INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ EN ESTOS 12 ULTIMOS MESES DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

Fuente: Tabla 4

GRAFICO 27

SEGÚN CONSIDERA USTED QUE EL LUGAR DONDE LO (LA) ATENDIERON ESTÁ DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

Fuente: Tabla 4

GRAFICO 28

SEGÚN TIPO DE SEGURO DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

Fuente: Tabla 4

GRAFICO 29:

SEGÚN EL TIEMPO QUE ESPERÓ PARA QUE LO ATENDIERAN ¿LE PARECIÓ? DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA -CHIMBOTE, 2013.

Fuente: Tabla 4

GRAFICO 30

SEGÚN CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

Fuente: Tabla 4

GRAFICO 31

SEGÚN CONSIDERA QUE EXISTE PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

Fuente: Tabla 4

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO DEL ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

GRAFICO 32

SEGÚN RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL NATURAL DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

Fuente: Tabla 5

GRAFICO 33

SEGÚN RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON - CHIMBOTE, 2013.

Fuente: Tabla 5

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBE APOYO DEL ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

GRAFICO 34

SEGÚN RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO POR EL GOBIERNO DE LOS ADULTOS JOVENES DEL PUEBLO JOVEN RAMON CASTILLA - CHIMBOTE, 2013.

Fuente: Tabla 5

