



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO
MADURO. ASENTAMIENTO HUMANO 25 DE MAYO
CHIMBOTE, 2013**

**INFORME DE TESIS PARA OPTAR EL
TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

AUTORA:

DIANA EMPERATRIZ ESPINOLA ORTEGA

ASESORA:

DRA. ENF. MARÍA ADRIANA VÍLCHEZ REYES.

CHIMBOTE-PERU

2015

MIEMBROS DEL JURADO

Mgrt. Julia Cantalicia Avelino Quiroz

PRESIDENTA

Mgrt. Leda María Guillén Salazar

SECRETARÍA

Dra. Sonia Avelino Girón Luciano

MIEMBRO

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por haberme dado la vida y fortaleza para terminar este informe de investigación.

A mis padres y hermanos porque siempre están a mi lado cuando más los necesito, dándome su cariño.

A la Dra. Enf. Adriana Vílchez, por bríndanos sus conocimientos necesarios para lograr culminar nuestra tesis.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por cuidarme y guiarme para salir adelante y sobre todo por darme la vida.

En segundo lugar, agradecer a mis padres, porque siempre me están cuidándome y corrigiéndome como amigo y como padres los errores que pueda cometer durante mi vida y la fortaleza que me dan para para terminar mi carrera enfrentando los retos que se presenten a lo largo de la vida.

Finalmente agradecer a la docente del curso a la Dra. Enf. Adriana Vílchez, por brindarnos sus conocimientos y su enseñanza que da en cada clase valioso y es valioso para nuestra vida profesional.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tiene como objetivo general Identificar los determinantes de salud en el adulto maduro del asentamiento humano 25 de Mayo. La muestra estuvo constituida de 110 adultos maduros del asentamiento humano 25 de Mayo, a quienes se aplicó un instrumento: cuestionario sobre los determinantes de la salud utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software PASW Statistics versión 18.0, para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos. Concluyendo que: En los determinantes de biosocioeconomico la totalidad de los adultos maduros tiene las paredes de estera, disposición de su basura lo entierran, quema, carro recolector, casi la totalidad tiene vivienda propia, material del piso predominan la tierra, tienen techo construido de estera, cocinan gas, eliminan su basura en el carro recolector. La mayoría son de sexo femenino, con ingreso de menor de 750.00 soles mensuales, trabajo eventual, vivienda unifamiliar, baño propio, energía eléctrica permanente. En los determinantes de estilos de vida casi la totalidad de adulto maduro se bañan diariamente, consumen diario alimentos como pan y cereales. En los determinantes de redes sociales y comunitarias casi la totalidad existe pandillaje o delincuencia cerca de casa, no reciben ningún apoyo social organizado.

Palabras clave: Adultos maduros, Determinantes, Salud.

ABSTRACT

This quantitative research, descriptive design with one box. Its overall objective Identify the determinants of health in the mature adult human settlement May 25. The sample consisted of 110 mature adults of human settlement on May 25, who applied an instrument: questionnaire on health determinants using the interview technique and observation. Data were processed in a database of Microsoft Excel and then be exported to a database in SPSS version 18.0 for their respective processing software. For analysis of data distribution tables absolute and relative percentage frequencies were constructed. And their respective statistical graphics. Concluding that the determinants of biosocioeconomic In all mature adults have the mat walls, their garbage disposal bury, burn, collector car, almost all have their own housing, flooring material dominate the land, they have built roof mat, cooking gas, remove your trash in the collector car. Most are female, with income of less than 750.00 soles a month, temporary work, detached house, own bathroom, permanent electricity. On the determinants of lifestyle almost all mature adult bathe daily, daily consume foods like bread and cereals. On the determinants of social and community networks there almost all crime gangs or near home, they receive no organized social support.

Keywords: Mature Adults, Determinants, Health.

ÍNDICE DE CONTENIDO	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCION	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	10
2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación.....	12
III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y diseño de la Investigación.....	19
3.2 Población y muestra.....	19
3.3 Definición y Operacionalización de las variables.....	20
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	31
3.5 Plan de análisis.....	34
3.6 Principios éticos.....	35
IV. RESULTADOS	
4.1 Resultados.....	36
4.2 Análisis de resultados.....	46
V. CONCLUSIONES	
5.1 Conclusiones.....	68
5.2 Recomendaciones.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	83

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1	36
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN EL ADULTO MADURO. ASENTAMIENTO HUMANO 25 DE MAYO-CHIMBOTE, 2013	
TABLA 2	37
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN EL ADULTO MADURO. ASENTAMIENTO HUMANO 25 DE MAYO-CHIMBOTE, 2013	
TABLA 3	40
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN EL ADULTO MADUROS.ASENTAMIENTO HUMANO 25 DE MAYO- CHIMBOTE, 2013.	
TABLA 4, 5, 6	43
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS APOYO COMUNITARIO EN EL ADULTO MADURO. ASENTAMIENTO HUMANO 25 DE MAYO-CHIMBOTE, 2013	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

GRÁFICO 1	83
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN EL ADULTO MADURO. ASENTAMIENTO HUMANO 25 DE MAYO- CHIMBOTE, 2013	
GRÁFICO 2	85
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN EL ADULTO MADURO. ASENTAMIENTO HUMANO 25 DE MAYO- CHIMBOTE, 2013	
GRÁFICO 3	91
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN EL ADULTO MADUROS.ASENTAMIENTO HUMANO 25 DE MAYO- CHIMBOTE, 2013.	
GRÁFICO 4, 5, 6	95
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS APOYO COMUNITARIO EN EL ADULTO MADURO. ASENTAMIENTO HUMANO 25 DE MAYO- CHIMBOTE, 2013.	

I. INTRODUCCIÓN

La salud en el Siglo XXI cobra una importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está tomando una dimensión muy especial en cuanto a seguridad respecta. Como tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud de la población está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales y sociales que aborda una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente (1).

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 (2).

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

tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico (2).

Cuando hablamos de nivel de salud de una población, en realidad se está hablando de distintos factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones y la mitad de los factores que influyen sobre cuán saludable es una población tienen que ver con factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los factores ambientales un 10% y los asociados a atención de salud en un 25%. Por lo tanto, la mitad de los efectos en salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud (3).

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

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

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más

efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (5).

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

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

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

Equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas e

evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente.” (8).

Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres, no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles (8)

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

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

El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, sino que supone necesariamente un imperativo ético-político. Las desigualdades en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas. Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tales inequidades, carecen de justificación. En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado (11).

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

Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes

poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (11).

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 (12).

A esta realidad no escapan los adultos maduros del Asentamiento Humano “25 de Mayo”, en el cual limita con el A.H San Miguel, 7 de Febrero, Corazón de Jesús, Ramal Playa y Ciudad de la Paz; la cantidad de la población es de 380 que son 110 familias, la población se dedica a la agricultura, pesca, comercio. El 25 de Mayo se fundó en el 2001, cuentan que un 25 de Mayo eso de las 7 de la noche se juntaron la población a aquellas que no tenían casa y allí decidieron invadir la zona, el cual el día 26 de Mayo tan solo habría 3 lotes y un día viernes se dieron cuenta que ya había 7 manzanas más, el día 28 ya 25 de Mayo ya estaba repleto. En Marzo del 2002 decidieron tener un comedor infantil y ya hace 3 años lo cambiaron por el comedor popular, Luego un vaso de leche. La actual secretaria del Asentamiento Humano 25 de Mayo es la Sra. Camacho Serna en la cual la secretaria lo puso como nombre 25 de Mayo por lo que ese día fue cuando comenzaron a invadir. (13)

Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación es el siguiente:

¿Cuáles son los determinantes de la salud en el adulto maduro del A.H 25 de Mayo, Chimbote-2013?

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

Describir los determinantes de salud en el adulto maduro del asentamiento humano 25 de Mayo, Chimbote-2013

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

Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico y ambientales en el adulto maduro: (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, condición de trabajo), entorno físico; (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).

Identificar los determinantes de estilos de vida en el adulto maduro: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad.

Identificar los determinantes de redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, autopercepción del estado de salud en el adulto maduro.

Finalmente, la investigación se justifica en el campo de la salud de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote ya que permite generar

conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población adulto maduro del asentamiento humano 25 de Mayo y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación que se realizará es una función que todo sistema de salud requiere cumplir puesto que ello contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios. Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de la población adultos maduros del asentamiento humano 25 de Mayo y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

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

Esta investigación es necesaria para el puesto de salud “Santa Ana” porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia del Programa preventivo promocional de la salud en todos los ciclos de vida y reducir los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de

los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Además es conveniente para: Las autoridades regionales de la direcciones de salud Ancash y municipios en el campo de la salud, así como para los usuarios del asentamiento humano 25 de Mayo y la población a nivel nacional; 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 de la investigación:

2.1.1 Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

Gonçalves M y col (14), 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 (15), en su investigación titulada “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”, concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con

las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.

A nivel Nacional:

Rodríguez Q (16), 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.

A nivel local:

Melgarejo E y col (17), en su investigación titulada: Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local de Chimbote y Nuevo Chimbote. 2008. Concluye que en el contexto de la participación comunitaria de cada 10 comunidades 8

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

2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación

El presente informe de investigación se fundamenta en bases conceptuales de determinantes de salud de 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 (18). En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (19).

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. 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 (19).

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con

menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales.

Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida.

De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (19).



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 (20).

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

a) Determinantes estructurales

Según el modelo, los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, se entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubican también las relaciones de género y de etnia. Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios (20).

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 (20).

c) Determinantes proximales

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones (20).

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 (20).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (20).

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

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

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

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

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

Territorio (ciudad): Este ámbito agrupa las condiciones de habitabilidad del entorno, la calidad de la vivienda y acceso a servicios sanitarios básicos y su impacto en la salud.

Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (20).

3. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Cuantitativo, descriptivo (21,22). Diseño de una sola casilla (23,24).

3.2. Universo muestral

El universo muestral estuvo constituido por 110 adultos maduros del asentamiento humano 25 de Mayo, Chimbote.

3.2.1. Unidad de análisis

Los adultos maduros del asentamiento humano 25 de Mayo, que forma parte del Universo muestral y responde a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adulto maduro que vivió más de 3 años en el asentamiento humano 25 de Mayo Chimbote, Ancash.
- Adulto maduro del asentamiento humano 25 de Mayo, que acepto participar en el estudio.
- Adulto maduro del asentamiento humano 25 de Mayo, que tuvo la disponibilidad de participar en el cuestionario como informantes sin importar sexo, condición socio-económica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Adulto maduro del asentamiento humano 25 de Mayo, que presento algún trastorno mental.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONOMICO

- **Sexo**

Definición Conceptual.

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

Definición Operacional

Escala nominal

Femenino

Masculino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

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

Definición Operacional

Escala Ordinal

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

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (28)

Escala de razón

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

Ocupación

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (29)

Definición Operacional

Escala Nominal

- Trabajador estable
- Eventual

- Sin ocupación
- Jubilado
- Estudiante

Vivienda

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (30).

Definición operacional

Escala nominal

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

Tenencia

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

Material del piso:

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

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

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

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

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

Energía Eléctrica

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

Disposición de basura

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

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

Eliminación de basura

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (31).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

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

Número de horas que duermen

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

Frecuencia en que se bañan

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

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

Caminar () Deporte () Gimnasia () otros ()

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

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad:

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

Deporte () otros ()

Alimentación

Definición Conceptual

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

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

III.DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad. (33).

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala ordinal

- Familia
- Amigo
- Vecino
- 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
- 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) (35).

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

Escala nominal

Institución de salud atendida:

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

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

Si () No ()

3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

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

Instrumento No 01

El instrumento se elaboró en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en las personas del Perú. Elaborado por la investigadora del presente estudio y estuvo constituido por 29 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (Anexo 01)

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

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

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

categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en 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).

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador. (36,37). (Anexo 03)

3.5 Plan de análisis

3.5.1 Procedimientos de recolección de datos:

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

- Se informó y se pidió el consentimiento a los adultos maduros del asentamiento humano 25 de Mayo, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con los adultos maduros sobre su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada adulto maduro.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos en los adultos maduros.
- El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa a los adultos maduros.

3.5.2. Análisis y Procesamiento de los datos:

Los datos fueron ingresados a una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software PASW Statistics versión 18.0, para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de

frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos

3.6 Principios éticos

Se valoró previamente los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (38).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándole al adulto maduro que la investigación será 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 en el adulto maduro, siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó a los adultos maduros los fines de la investigación, cuyos resultados serán plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con el adulto maduro que aceptó voluntariamente e participar en el presente trabajo (Anexo 04)

IV.-RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA N° 1.

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN EL ADULTO MADURO. ASENTAMIENTO HUMANO 25 DE MAYO - CHIMBOTE, 2013

Sexo	n	%
Masculino	38	35,0
Femenino	72	65,0
Total	110	100,0

Grado de instrucción	n	%
Sin nivel e instrucción	1	1,0
Inicial/Primaria	39	35,0
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	65	59,0
Superior incompleto/ completo	5	5,0
Total	110	100,0

Ingreso económico (Soles)	n	%
Menor de 750	99	90,0
De 751 a 1000	11	10,0
De 1001 a 1400	0	0,0
De 1401 a 1800	0	0,0
De 1801 a más	0	0,0
Total	110	100,0

Ocupación	n	%
Trabajador estable	41	37,0
Eventual	67	61,0
Sin ocupación	1	1,0
Jubilado	1	1,0
Estudiante	0	0,0
Total	110	100,0

FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en el adulto maduro. Asentamiento humano 25 de Mayo-Chimbote, 2013.Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

4.1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA N° 2

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN EL ADULTO MADURO. ASENTAMIENTO HUMANO 25 DE MAYO - CHIMBOTE, 2013.

Tipo	n	%
Vivienda unifamiliar	91	83,0
Vivienda multifamiliar	19	17,0
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	110	100,0
Tenencia	n	%
Alquiler	0	0,0
Cuidador/alojado	3	3,0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0
Alquiler venta	0	0,0
Propia	107	97,0
Total	110	100,0
Material del piso	n	%
Tierra	106	96,0
Entablado	0	0,0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	6	4,0
Láminas asfálticas	0	0,0
Parquet	0	0,0
Total	110	100,0
Material del techo	n	%
Madera, estera	106	96,0
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	0	0,0
Material noble, ladrillo y cemento	0	0,0
Eternit	4	4,0
Total	110	100,0
Material de las paredes	n	%
Madera, estera	110	100,0
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	0	0,0
Material noble ladrillo y cemento	0	0,0
Total	110	100,0
N° de personas que duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	5	5,0
2 a 3 miembros	48	44,0
Independiente	57	51,0
Total	110	100,0

Continúa....

TABLA 02. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN EL ADULTO MADURO. ASENTAMIENTO HUMANO 25 DE MAYO - CHIMBOTE, 2013

Abastecimiento de agua	n	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	54	49,0
Pozo	1	1,0
Red pública	18	16,0
Conexión domiciliaria	37	34,0
Total	110	100,0
Eliminación de excretas	n	%
Aire libre	0	0,0
Acequia, canal	1	1,0
Letrina	9	8,0
Baño público	3	3,0
Baño propio	97	88,0
Otros	0	0,0
Total	110	100,0
Combustible para cocinar	n	%
Gas, Electricidad	106	96,0
Leña, carbón	4	4,0
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	110	100,0
Energía eléctrica	n	%
Sin energía	1	1,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	37	34,0
Energía eléctrica permanente	72	65,0
Vela	0	0,0
Total	110	100,0

Disposición de basura	n	%
A campo abierto	0	0,0
Al río	0	0,0
En un pozo	0	0,0
Se entierra, quema, carro recolector	110	100,0
Total	110	100,0
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	n	%
Diariamente	0	0,0
Todas las semana pero no diariamente	2	2,0
Al menos 2 veces por semana	96	87,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	12	11,0
Total	110	100,0
Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	n	%
Carro recolector	102	92,0
Montículo o campo limpio	2	2,0
Contenedor específico de recogida	4	4,0
Vertido por el fregadero o desagüe	2	2,0
Otros	0	0,0
Total	110	100,0

FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en el adulto maduro. Asentamiento humano 25 de Mayo - Chimbote, 2013 .Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA N° 03

*DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN EL ADULTO MADURO.
ASENTAMIENTO HUMANO DEL 25 DE MAYO – CHIMBOTE, 2013.*

Fuma actualmente:	n	%
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	6	5,0
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	26	24,0
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	78	71,0
Total	110	100,0

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n	%
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	1	1,0
Una vez a la semana	3	3,0
Una vez al mes	16	14,0
Ocasionalmente	56	51,0
No consumo	34	31,0
Total	110	100,0

N° de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	75	68,0
[08 a 10)	35	32,0
[10 a 12)	0	0,0
Total	110	100,0

Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	100	91,0
4 veces a la semana	10	9,0
No se baña	0	0,0
Total	110	100,0

Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	n	%
Si	63	57,0
No	47	43,0
Total	110	100,0

Actividad física que realiza en su tiempo libre	n	%
Caminar	57	52,0
Deporte	18	16,0
Gimnasia	3	3,0
No realizo	32	29,0
Total	110	100,0

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	n	%
Caminar	57	52,0
Gimnasia suave	5	5,0
Juegos con poco esfuerzo	1	1,0
Correr	8	7,0
Deporte	28	25,0
Ninguna	11	10,0
Total	110	100,0

Continúa.....

TABLA 03. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN EL ADULTO MADURO. ASENTAMIENTO HUMANO 25 DE MAYO – CHIMBOTE, 2013.

Conclusión

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Frutas	91	82,0	14	13,0	4	4,0	1	1,0	0	0,0	110
Carne	56	51,0	39	35,0	15	14,0	0	0,0	0	0,0	110
Huevos	24	22,0	78	71,0	8	7,0	0	0,0	0	0,0	110
Pescado	10	9,0	70	64,0	24	22,0	6	5,0	0	0,0	110
Fideos	101	92,0	8	7,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	110
Pan, cereales	107	97,0	3	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	110
Verduras, hortalizas	56	51,0	51	46,0	3	3,0	0	0,0	0	0,0	110
Otras	29	26,0	61	56,0	20	18,0	0	0,0	0	0,0	110

FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en el adulto maduro. Asentamiento humano 25 de Mayo – Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

4.1.4 DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA N° 04

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN EL ADULTO MADURO. ASENTAMIENTO HUMANO 25 DE MAYO – CHIMBOTE, 2013

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	14	12,0
Centro de salud	13	12,0
Puesto de salud	80	73,0
Clínicas particulares	1	1,0
Otras	2	2,0
Total	110	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n	%
Muy cerca de su casa	70	64,0
Regular	21	19,0
Lejos	12	11,0
Muy lejos de su casa	6	5,0
No sabe	1	1,0
Total	110	100,0
Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	13	12,0
SIS - MINSA	95	86,0
SANIDAD	0	0,0
Otros	2	2,0
Total	110	100,0
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	5	4,0
Largo	13	12,0
Regular	74	67,0
Corto	12	11,0
Muy corto	2	2,0
No sabe	4	4,0
Total	110	100,0
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	n	%
Muy buena	2	2,0
Buena	64	58,0
Regular	40	36,0
Mala	2	2,0
Muy mala	0	0,0
No sabe	2	2,0
Total	110	100,0

Continúa.....

TABLA 4. DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN EL ADULTO MADURO. ASENTAMIENTO HUMANO 25 DE MAYO - CHIMBOTE, 2013

		Conclusión.
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	n	%
Si	107	97,0
No	3	3,0
Total	110	100,0

FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en el adulto maduro. Asentamiento humano 25 de Mayo, Chimbote- 2013.Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

TABLA N° 5

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN EL ADULTO MADURO. ASENTAMIENTO HUMANO 25 DE MAYO - CHIMBOTE, 2013

Recibe algún apoyo social natural:	n	%
Familiares	19	17,0
Amigos	2	2,0
Vecinos	1	1,0
Compañeros espirituales	2	2,0
Compañeros de trabajo	1	1,0
No recibo	85	77,0
Total	110	100,0
Recibe algún apoyo social organizado:	n	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	0	0,0
Empresa para la que trabaja	1	1,0
Instituciones de acogida	1	1,0
Organizaciones de voluntariado	7	6,0
No recibo	101	92,0
Total	110	100,0

FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en el adulto maduro. Asentamiento humano 25 de Mayo – Chimbote, 2013.Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

TABLA N° 6

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN EL ADULTO MADURO. ASENTAMIENTO HUMANO 25 DE MAYO – CHIMBOTE, 2013

Recibe algún apoyo social organizado:	SI		NO	
	n	%	n	%
Pensión 65	0	0,0	110	33,0
Comedor popular	29	28,0	81	24,0
Vaso de leche	75	72,0	35	34,0
Total	104	100,0	226	91

FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en el adulto maduro. Asentamiento humano 25 de Mayo – Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, directora de la línea de investigación.

4.2 Análisis de resultado:

EN LA TABLA 1: De los 110 adultos maduros del A.H. 25 de Mayo, el 65% (72) son del sexo femenino; el 59% (65) secundaria completa/secundaria incompleta; el 90 % (99) tiene un ingreso económico menor de 750 soles y el 61%(67) tiene trabaja eventual.

En la siguiente investigación se encontró que la mayoría son de sexo femenino, poco más de la mitad tienen secundaria completa/secundaria incompleta, la mayoría tiene ingreso económico familiar de 750.00 soles, la mayoría tiene trabajo eventual.

Se encontraron investigaciones similares tales como: Corbalán J. (39), en su estudio titulado “La cuestión de la educación rural” puede tratarse al menos desde dos puntos de vista. El primero toma como eje la noción de especificidad de la cultura rural, mientras que el segundo está relacionado con la inequidad y la falta de oportunidades para la población rural, en comparación con la población urbana. La primera aproximación es, consecuentemente, un enfoque de corte fundamentalmente cultural, y tendría su expresión paradigmática en la educación y las políticas públicas dirigidas a la población indígena. Por otro lado, debemos explicitar que el trasfondo de nuestra investigación es la relación que tiene el nivel de instrucción con la posibilidad de insertarse, o permanecer, en el mercado laboral, por las relaciones que esta cuestión tiene con la pobreza.

La educación es un factor esencial que impacta en la calidad de vida de las personas y en su nivel de salud, y es uno de los pilares sobre los cuales se sostiene el desarrollo humano. Entre las evidencias científicas están aquellas que dan cuenta de cómo a medida que aumenta la educación mejora la autoevaluación del estado de salud, disminuyen las limitaciones de las actividades y se reducen los días laborales perdidos. La educación contribuye a la salud y prosperidad en la medida que promueve a las personas con conocimientos y aptitudes para solucionar problemas, otorgándoles un sentido de control y dominio sobre las circunstancias de sus vidas, aumentando las oportunidades de seguridad e material laboral y de ingresos, además de la satisfacción en el trabajo, (40).

En la presente investigación la mayoría de los adultos maduros del Asentamiento humano 25 de Mayo , tiene un ingreso económico menor de 750 soles por lo que la situación en que no es posible satisfacer necesidades básicas de la familia por ello, la pobreza definida como un insuficiente ingreso económico, generalmente tomando como referencia una cifra absoluta o relativa a la capacidad adquisitiva que otorgaba y que ha sido la perspectiva tradicional para examinar la pobreza es de utilidad limitada para el análisis y la acción en salud de la población. En los últimos años, Amartya Sen ha desarrollado una nueva perspectiva de la pobreza que es más potente para el trabajo en salud de la población. Se define la pobreza como «la privación de capacidades básicas», privación de la cual reconoce que la falta de renta es una de las principales causas, más no la única, (41).

Se encontró estudios similares como: Torrado, S.(42), en su estudio titulada: “La Pobreza y su Importancia para los Profesionales de la Salud”, nos dice el altísimo desempleo, la disminución del salario real y la regresividad en la distribución del ingreso indujeron niveles nunca antes conocidos de pobreza crítica: el número de personas por debajo de la línea de la pobreza (población cuyos ingresos no alcanzan a comprar una canasta de bienes y servicios básicos de costo mínimo) paso del 21,5 % en 1991, al 28,9 % en 2000; el volumen de indigentes (aquellos cuyos ingresos no alcanzan siquiera a cubrir los gastos de alimentación) salto de 3% a 7,7 % en igual lapso. Al comenzar el modelo aperturista, a mediados de la década del '70, el volumen de pobres apenas superaba el 5 % de la población.

Según la OMS, La salud también es afectada por las exigencias del trabajo. En general, más allá de los riesgos, accidentes y enfermedades ocupacionales propias de cada ocupación y lugar de trabajo, se ha demostrado que las enfermedades cardiovasculares ocurren con más frecuencia entre aquellos con numerosas exigencias de su trabajo, bajos niveles de control en los mismos y bajos niveles de apoyo social en el trabajo, (43).

Según investigaciones se encontró como: Hanushek y Wobmann (44), en su estudio titulado: "El papel de Educación Calidad en el Crecimiento Económico" (2007), este define como umbral los 400 puntos en las pruebas internacionales PISA el que corresponde al nivel de desempeño más básico o mínimo aceptable para los países de la OECD. Los autores llegan a la conclusión que, para un grupo muy importante de países en desarrollo, más

del 40% de su población puede considerarse como “analfabeta”. En América Latina se incluye a países como Argentina, Brasil, Colombia y México.

Esta investigación realizado por la Planpam no dice que la situación económica es un factor delimitante para satisfacer las necesidades de la familia, asimismo, las condiciones económicas de la población adulto están caracterizadas por las dificultades para encontrar empleo en el sector formal de la economía, así como por descensos en sus niveles de productividad e ingreso. Esta situación, es particularmente compleja pues una importante proporción de personas adultas mayores no disponen de ingresos de pensiones o jubilaciones, o son absolutamente insuficientes, ni tampoco cuentan con un empleo remunerado, sobre todo en las zonas rurales del país, lo que agrava su vulnerabilidad económica y social, (45).

La estructura existente para garantizar la atención en salud al adulto maduro presenta insuficiencias en lo relativo a recursos humanos, materiales y en la satisfacción de los usuarios, lo cual influye negativamente en la calidad del proceso de atención a la población de 60 años y más, (46).

En conclusión podemos decir que en la presente tabla el adulto maduro del sentamiento humano 25 de Mayo, se evidencia que según grado de instrucción que tienen es secundaria incompleta e completa, la cual también un bajo ingreso económico, la mayoría son amas de casa, moto taxistas y comerciantes, es por ello que este grupo de personas están expuestos a accidentes ya sea en casa o laboral, además los adultos maduros tiene un trabajo eventual , por ello es necesario identificar los determinantes

de salud biosocioeconómico para mejorar las conductas saludable y la calidad de vida en el adulto maduro.

TABLA 2: Del 100% (110) de adultos maduros, el 83 % (91) cuentan con una vivienda unifamiliar; 97 % (107) e tiene casa propia; el 96 % (106) material de piso es de tierra; el 96 % (106) tiene un techo construido de estera; el 100 % (100) tiene paredes de estera; el 51 % (57) duermen independientemente; el 49 % (54) tiene cisterna; el 88% (97) con baño propio; el 96% (106) cocina a gas; el 65% (72) tiene energía eléctrica permanente ; el 100% (110) lo entierra, quema, carro recolector; el 87% (96) refiere que pasan recogiendo la basura por su casa al menos 2 veces por semana; el 92 % (102) elimina su basura a través del carro recolector.

Se observa que en la presente investigación la totalidad es adulto maduro tienen paredes de estera, disposición de la basura lo entierra, quema, carro recolector, casi la totalidad tiene casa propia, piso de tierra, techo de madera y estera, cocina a gas, suelen eliminar su basura en el carro recolector, la mayoría cuentan con vivienda unifamiliares, tiene baño propio, energía eléctrica permanente, pasa recogiendo la basura por su casa al menos 2 veces por semana, un poco más de la mitad duerme en una habitación independiente, menos de la mitad tiene cisterna.

Estudios similares ENDES. En su estudio titulado: “Vivienda y servicios básicos”. 2002. (47), concluye que la una mayoría en cuanto a la relación número de viviendas /población, el mayor crecimiento en el número de viviendas se ha dado en aquellas que no reúnen condiciones adecuadas de habitabilidad, esto es, son viviendas improvisadas (construidas

provisionalmente con materiales ligeros (estera, caña chancada) o materiales de desecho (cartón, latas, etc.) o con ladrillos superpuestos. Más aún, la deficiencia no sólo está en el material y diseño de las viviendas, sino también en los servicios de saneamiento rural básico. Por ejemplo, el caso del acceso al agua potable y otros servicios y su relación con la salud.

Así mismo Hernán. G; Ramos. M; Fernández. A (48); en su investigación Titulada: “Sobre La Promoción De La Salud En Maduros Españoles 2006”. Concluyo que la educación sanitaria ha pasado a ocupar un lugar central en la estrategia de la salud pública y que los comportamientos insanos. Las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad han de aplicarse en todas las etapas de la vida. En la actualidad, dentro de la promoción de la salud, se hace hincapié en la educación sanitaria y a la contaminación al ambiente, el estímulo de los hábitos y estilos de vida saludables y en las actividades preventivas que globalmente conducirán hacia un envejecimiento saludable.

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

desenvolvimiento de la vida del niño; promover el desarrollo equilibrado de la vida familiar, (49).

Han existido numerosas investigaciones que han intentado descubrir la influencia de las condiciones de vivienda en la salud, aunque la evidencia de que ciertas características de las viviendas tienen un efecto directo sobre la salud ha sido todavía limitada, (50).

En su estudio realizado Gould. E (51), La población de la ciudad de México tiene la mayor generación de residuos per cápita del país, debido a su condición urbana y a también tener el mayor PIB per cápita; cada individuo produce 1.5 kg /día, lo que implica 12 mil toneladas diarias. La recolección de basura la llevan a cargo las autoridades locales (delegaciones) pero el manejo final se realiza de manera centralizada.

La vivienda constituida tradicionalmente en centros de atracción de inmigrantes de las zonas rurales desasistidas con problemas sociales, asociados con las condiciones precarias de hábitat y vivienda. Destacan la alta incidencia de la pobreza urbana, la existencia y producción de viviendas inadecuadas, el déficit de servicios públicos básicos (acceso al agua potable, canalización de aguas servidas, suministro de energía eléctrica, accesibilidad, entre otros). Como consecuencia de esta situación, hoy día un tercio de los habitantes de asentamientos urbanos viven en condiciones que ponen en peligro su salud y sus vidas, (52).

La vivienda es una edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndoles de las inclemencias climáticas y de otras amenazas, (53).

A pesar de que el volumen de desperdicios sólidos generados por los grupos de bajos ingresos es menor que el generado por los grupos de altos ingresos, la presencia de desechos sin coleccionar es más grande en las áreas periurbanas que en las comunidades urbanas formales. Además de las malas condiciones sanitarias, los malos olores y los desechos sólidos sin cubrir son frecuentes en estos asentamientos. Esta situación es agravada por la expansión del sector de negocios informales, (54).

Aún persiste en el colectivo popular el recuerdo del terremoto de agosto del 2007 que dejó aproximadamente 600 muertos. Gran parte de las estructuras se vinieron abajo por deficiencias la construcción y por lo precario de sus materiales. Ahora la situación parece no haber cambiado mucho en los últimos 7 años .Un reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) señala que 14 millones 441 mil 6peruanos, casi el 50% de la población nacional habitan en viviendas cuyas paredes están hechas adobe, quincho y esteras. Todos estos materiales vulnerables ante un movimiento sísmico, (55).

En lo concierne con la tabla concluyó que los determinantes de la vivienda en el adulto maduro tienen una vivienda poco saludable debido a que tienen su vivienda unifamiliar, propia, en cuanto a los materiales de la vivienda es un poco saludable ya que pueden contraer enfermedades como: problemas respiratorios, etc.

TABLA 3: Del 100% (110) de adultos maduros, el 71 % (78) el no fumo, ni a fumado ni he fumado nunca de manera habitual, el 51 % (56) consume Ocasionalmente bebidas alcohólicas; el 68 % (75) el N° de horas que duerme de (06 a 08) horas ; el 91 % (100) se baña diario; el 57 % (63) si se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud; el 52 % (57) si realiza actividad física que es caminar durante las dos últimas semanas, el 52%(57) si ha realizado actividad física durante 20 minutos que es caminar ; el 82 %(91) consumen diario frutas , el 51 %(56) consume carne diario, 71%(78) consume huevos de 3 a más veces a la semana, el 64 %(70) consume pescado de 3 a más veces a la semana; el 92 %(101) consume fideo diario ; el 97%(107) consume pan y cereales a diario; el 51%(56) consume verduras y hortalizas a diario, el 56 %(61) consume legumbres a diario y otros.

En la presente investigación casi la totalidad del adulto maduro se baña diariamente, consumen diario pan, cereales y fideos, la mayoría de personas no fuman ni ha fumado nunca de manera habitual, duerme de 6 a 8 horas, consumen huevos, consume pescado 3 más veces a la semana, más de la mitad si realizan examen médico periódico en un establecimiento de salud , un poco más de la mitad ocasionalmente ingiere bebidas alcohólicas, si realizan actividad física en su tiempo libre como caminar, si realiza actividad física durante las 2 últimas semanas como caminar, menos de la mitad consume otros alimentos.

Se sabe el tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Mata a casi 6 millones de personas al año, de las cuales más de 6 millones son consumidores directos y más de 600 000 son no fumadores expuestos al humo ajeno. Cada seis segundos, aproximadamente, muere una persona a causa del tabaco, lo que representa una de cada 10 defunciones de adultos. En última instancia, hasta la mitad de los consumidores actuales podrían morir por una enfermedad relacionada con el tabaco. Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco, (56).

Así mismo estudios similares Neri, M. (57), en su estudio titulado “Autoeficacia y actividad física en el adulto”, realizó un estudio descriptivo entre actividad física y auto eficacia en 105 adultos de tres instituciones en el municipio de Montemorelos, Mide el nivel de actividad física y la auto eficacia percibida., uso el cuestionario de actividad física para adultos. Reporta una actividad física media de 3, 96 (DE = 2.41) y práctica de ejercicio en el 42,9% de los sujetos, quienes practican la caminata. En actividades del tiempo libre se encontraron diferencias entre los hombres y las mujeres; las mujeres realizan actividades como tejer o coser (65,8%), en tanto los hombres arreglan el jardín y visitan amigos 22%. los estudios señalan y concluyen que el adulto mayor tiene una baja actividad física.

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

de su dieta. A partir de las encuestas dietéticas realizadas en Estados Unidos se calcula que, en términos generales, de cuatro a seis por ciento de la energía total de la dieta de la población de ese país proviene de las bebidas alcohólicas, aunque en los bebedores crónicos o en los alcohólicos pueden aportar hasta 50 por ciento, (58).

Otra investigación semejante de La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en su proyecto “ MUÉVETE”, establecen la necesidad de efectuar una evaluación previa a quienes se pretende inducir a la práctica de la actividad física programada, sin incluir las actividades laborales que lleva a cabo, con el propósito de conocer el tipo y grado de actividad física que realizan y su disposición a modificar el estilo de vida sedentario o incrementar su nivel de ejecución, (59).

De acuerdo con los datos presentados en el Informe sobre la salud en el mundo 2002, la ingesta insuficiente de frutas y verduras es uno de los 10 factores de riesgo principales que contribuyen a la mortalidad atribuible. Cada año podrían salvarse hasta 1,7 millones de vidas si hubiera un consumo mundial suficiente de frutas y verduras. La integración de las frutas y verduras en la dieta diaria podría ayudar a prevenir importantes enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares y algunos cánceres. El consumo de frutas y verduras variadas garantiza un consumo suficiente de la mayoría de los micronutrientes, de fibra dietética y de una serie de sustancias no nutrientes esenciales. Además, el aumento del consumo de frutas y verduras puede ayudar a desplazar los alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares o sal, (60).

Según la investigación de Jacoby, E., Bull, F. y Neiman, A, (61), en su estudio titulado: “Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas”. Concluye que en la región de las Américas, aproximadamente más de la mitad de la población no observa la recomendación de un mínimo de 20 minutos diarios de actividad moderadamente intensa por lo menos cinco días a la semana. En América Latina, según los datos de estudios realizados en Brasil, Chile, México y Perú, más de dos terceras partes de la población no practica los niveles recomendados de actividad física. Un hallazgo importante es que algunos factores sociodemográficos específicos se asocian con la participación en deportes y ejercicios.

Según la investigación de Muntaner, M, (62), en su estudio titulado: “El ámbito de la Salud Pública y los Determinantes Sociales de la Salud”. Concluyendo que han señalado que, por ejemplo, en el caso del consumo de tabaco entre adultos maduro es la legislación que tolera el tabaco y lo promueve la verdadera “responsable” de la adicción a la nicotina. La sociología ha mostrado que el acceso al tabaco en tiendas, el número de tiendas que lo ofrecen, los carteles y publicidad audiovisual, y la legislación son los factores que cuentan a la hora de establecer el tabaquismo en grupos sociales. La psicología social también ha definido el rol de las normas sociales y la presión del grupo social inmediato como determinante del hábito de fumar, en particular entre los adultos maduros.

Así mismo esta investiga de Palomino H. (63), en su estudio de investigación sobre” Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto

de Las Dunas de Surco en Lima”, reporta que el 60, 5% de las personas adultas tienen estilos de vida no saludable mientras que el 39, 65% saludable.

El uso nocivo de alcohol, además, está vinculado a lesiones intencionales (suicidio y violencia) y no intencionales (accidentes de tráfico, caídas, traumatismos, envenenamientos, entre otros), a serios problemas sociales y de desarrollo, que incluyen violencia familiar, abuso de menores, ausentismo laboral y deserción escolar, (64).

Según investigación Sánchez Y., Tarazona L. (65), en su estudio titulado” Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta joven y maduro del A.A. H.H. Villa Hermosa – Casma”, 2009, encontraron que, del 100% de adultos maduros el 90, 9 % presentan estilo de vida no saludable y el 9, 1 % presenta estilo de vida saludable.

Sin embargo, una reciente revisión bibliográfica realizada por la OMS, hay pruebas de que el consumo de pequeñas cantidades de alcohol hasta un vaso de vino tinto al día puede proporcionar cierto grado de protección contra la cardiopatía coronaria en las personas que superan los 45 años de edad, (66).

Comparando con otras investigaciones según Restrepo M., Lucia M, Rosa M. (67) realizaron un estudio sobre “Los hábitos alimentarios en el adulto maduro y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud”, cuyo objetivo fue indagar sobre los aspectos protectores y deteriorantes relacionados con la alimentación y nutrición del adulto mayor.

Se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas para la recolección de información. En el componente cuantitativo se realizó un muestreo multietápico, estratificado y en el componente cualitativo un muestreo intencional.

Según investigación de la Organización Mundial de Salud (OMS) dice que junto con el uso de tabaco y una dieta poco saludable, la inactividad física es un factor de riesgo significativo, común y previsible, de enfermedades no transmisibles, las cuales dan cuenta de casi el 60 por ciento de las muertes en el mundo, y fueron responsables del 46 por ciento de la carga mundial de enfermedades en el 2001. Según estudios similares se dice que existe evidencia de que una vida sedentaria es uno de los riesgos de salud modificables más altos para muchas condiciones crónicas que afectan a las personas adultas mayores, tales como la hipertensión, las enfermedades del corazón, el accidente cerebro vascular, la diabetes, el cáncer y la artritis. Aumentar la actividad física después de los 60 años tiene un impacto positivo notable sobre estas condiciones y sobre el bienestar general, (68).

Uno de los problemas, que se presenta con mayor daño estructural es la hipertensión arterial, la cual se asocia a la presencia de otras enfermedades cardiovasculares. Añadido a ello, existe el debate de si el tratamiento puede ser dañino en este grupo etario, debido a que la mayoría de los estudios sobre este tema coloca límites de edad para la participación en los mismos, o en todo caso no presentan resultados específicos para esta edad. A pesar de todo, un metaanálisis de ensayos clínicos aleatorios controlados de

valoración cardiovascular y cerebrovascular en mayores de 75 años, revela que el tratamiento en este grupo reduce el riesgo de accidentes cerebrovasculares no fatales, la morbilidad y mortalidad cardiovascular y la incidencia de insuficiencia cardíaca, aunque no cambia la mortalidad total, (69).

La edad avanzada también se asocia con mayor riesgo de algunas formas de enfermedad pulmonar intersticial y de fibrosis pulmonar idiopática en las PAM. / La prevalencia de diabetes es actualmente de un 10,0% a 20,0% en personas mayores de 70 años de edad, y se espera un aumento considerable en las siguientes décadas. Aun cuando se le atribuye a la obesidad y al sedentarismo, puede deberse al envejecimiento por sí solo, siendo frecuente en las PAM. Varios estudios han hecho hincapié en la diabetes como un factor de riesgo para muchos síndromes geriátricos; sin embargo, ha sido poco estudiado, (70).

En conclusión podemos decir los determinantes de estilo de vida de los adultos maduros del asentamiento humano 25 de mayo, tiene un hábito de consumo de alimentos poco saludables, el consumo de alcohol y tabaco es moderado , si se realizan chequeo médico y en la realización ejercicios si realizan pero lo que es caminar en si no realizan un deporte para ejercitarse en la cual esto puede afectar su salud ocasionándoles enfermedades como la obesidad, sedentarismo, hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares entre otras.

TABLA 4, 5, 6: Del 100% (110) de adultos maduros, el 73%(80) de adultos maduros se atendió en un puesto de salud en los últimos 12 meses; el 64%(70) considera que el lugar donde se atendió está muy cerca de su casa, el 86%(95) tiene Seguro integral de Salud – Ministerio de Salud (SIS-MINSA); el 67%(74) le pareció regular el tiempo que espero para que lo atiendan; el 58 %(64) consideró que fue buena la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de salud; el 97%(107) hay pandillaje y la delincuencia cerca de su casa; el 77%(85) no reciben ningún apoyo social natural; el 92 %(101) no recibe apoyo social organizado, el 72%(75) recibió apoyo social organizado de vaso de leche.

En la presente investigación casi la totalidad existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa, el adulto maduro mayoría en los últimos 12 meses se atendieron en un puesto de salud, lugar donde le atendieron está muy cerca de su casa, cuentan con Seguro Integral de salud (SIS), tiempo que espero que le atendieron es regular, no reciben ningún apoyo social natural, no reciben apoyo social organizado, si reciben apoyo de las organizaciones como el vaso de leche, más de la mitad la calidad de atención que recibió fue buena.

Según esta investigación de Etienne Carissa F (71), es su estudio titulado: “Los determinantes Sociales de la Salud en las Américas”, concluye que la cobertura universal de salud es un componente fundamental del desarrollo sostenible, la seguridad humana y la reducción de la pobreza y un elemento clave de todo esfuerzo para reducir las inequidades sociales. A medida que nos acercamos a la era posterior a 2015, estoy segura de que,

con el compromiso de los Estados Miembros y nuestros asociados tanto dentro como fuera del sector de la salud, podremos lograr que todas las personas, aun las más vulnerables, tengan acceso a los servicios necesarios (prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos) de calidad suficiente para ser eficaces sin exponer a la gente a penurias económicas.

Encontramos investigaciones similares tales como: OPS / MINSA, existe en Perú un alto porcentaje de personas que reportan estar enfermas y que no consultan a un servicio de salud, esto es, no se convierten en demanda efectiva para las instituciones de salud. En 1985, sólo el 40,3% de los que reportaron estar enfermos efectuó una consulta, habiéndose incrementado a 54,0% en 1997 y a 55,9% en el año 2000. El crecimiento de la utilización es, principalmente, explicado por la expansión del aparato prestador del Ministerio de Salud en el primer nivel de atención que se llevó a cabo entre 1994-2000 mediante el Programa de Salud Básica para Todos, inicialmente, y después con el Programa de Acuerdos de Gestión. (72)

En la presente investigación Según Carvalho I; Marchiori B., (73), en su investigación titulada: “Determinantes Sociales De La Salud, La Enfermedad E Intervenciones; Políticas e Sistema de Saúde no Brasil” (2008), concluye que la distribución de la riqueza, hay grandes sectores de población viviendo en condiciones de pobreza que no les permiten tener acceso a las mínimas condiciones y bienes esenciales para la salud. Además de que la renta de los 20% más ricos es 26 veces mayor que la renta de los 20% más pobres, 24% de la población económicamente). Se entiende que la

pobreza no es solamente la falta de acceso a los bienes materiales, sino que también es la falta de oportunidades y de posibilidades de opción entre diferentes alternativas.

Por otro lado en la investigación realizada por el Comisión Nacional, en cuanto a las redes sociales y de la comunidad, se identificó que la ubicación territorial de las comunidades vinculadas a las unidades ESF carece de espacios para el ocio estructurado. Estas redes de apoyo social pueden representar una potenciación de la reducción de los trastornos mentales, aunque también relacionado con la edad, la educación y la participación en el mercado laboral, promueve la interrelación, la producción de auto-confianza y el poder para hacer frente a problemas de la vida diaria , (74).

Según investigaciones similares se dice que En el Perú, la Política de Estado para las personas adultos mayores tiene como referente el Plan Nacional para las Personas Adultos maduros 2002 - 2006, que recoge el mandato de las Naciones Unidas de proporcionar "un marco de referencia para la protección y promoción de los derechos de las personas de edad". El Ministerio de Salud, aprobó en junio del 2003 el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud" para el período 2002 - 2012, a efecto de priorizar y consolidar acciones de atención integral de salud, especialmente de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados, (75).

Según investigación nos dice que Salazar.E, (76) En su estudio titulado: "Adolescencia y delincuencia" 2008, concluye que el pandillaje es un

problema social complejo, pero entre sus causas comunes figuran elevados niveles de desempleo y pocas oportunidades de formación para los jóvenes, sistemas de administración de justicia inadecuados, la fácil obtención de armas de fuego, la disfuncionalidad familiar y niveles elevados de violencia doméstica, así como la presencia de zonas urbanas con una elevada marginación. La proporción actual de jóvenes en la población exacerba este problema.

Según investigaciones por su parte el INEI, citado por Villegas (2004) estima que el 26, 3% de las personas agredidas en la ciudad de Lima fueron hechas por pandillas, el 75, 7% considera a las pandillas como responsables de actos vandálicos; el 23, 3% considera que las peleas de pandillas es el problema que más afecta al barrio o centro poblado. Como vemos este fenómeno social se ha convertido ya en un problema que afecta a la sociedad en conjunto. Hay un fuerte nivel de desempleo que afrontan los jóvenes, más aun los que no poseen estudios superiores. El 17, 1% de jóvenes es desempleado. “Del restante 83% que trabaja un 33, 7% lo hace como empleado, 29,6% como obrero, 17,2% como independiente, el 9,7% realiza un trabajo familiar no remunerado, y un 7.9% como trabajador(a) del hogar”. El grupo de desempleados concentra gran cantidad de jóvenes propensos a unirse a una pandilla puesto que cuentan con tiempo de sobra.

Por otro lado “el 97% trabaja sin reconocimiento formal, sin contrato, ni beneficios, en los siguientes sectores: comercio 21, 6% manufactura 15,1%, transporte y comunicaciones 9.1%, agricultura, pesca, minería 8.6%, hotel, restaurant 7, 3%; construcción 5%”. Existe una gran cantidad de

jóvenes que aún trabaja de manera informal en consecuencia de esto reciben un salario bajo, lo cual contribuye a aumentar su grado de pobreza, (77).

Sin embargo esta investigación nos dice que La Encuesta Nacional de Hogares-ENAHO (2012). Concluyo que el 31,3% de la población está asegurado solo al Seguro Integral de Salud (SIS), estos provienen en su mayoría de zonas rurales y urbanas marginales. El SIS beneficia también a mujeres no gestantes y varones mayores de 17 años que viven en extrema pobreza y pobreza en caso no tengan cobertura de ESSALUD u otros tipo de seguridad social. Han sido incorporados en el SIS: líderes de comedores populares, madres de menores beneficiarios del Programa de Alimentación Suplementaria (“Vaso de leche”), madres que trabajan en guarderías infantiles públicas (Wawa wasi), mujeres miembros de Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) y limpiabotas, (78).

Así mismo se dice que las pandillas en el Perú comienzan a aparecer a inicios de los 90’ s, pero es a mediados de esta década, cuando el terrorismo había sido controlado, que los medios de comunicación le dan cabida y la opinión publica les presta atención. En el departamento de Ayacucho, específicamente en la ciudad donde Huamanga, existen aproximadamente cien pandillas formadas por adolescentes de entre 13 a 26 años y en total agrupan a cuatro mil jóvenes. Investigaciones al respecto indican como factores generadores de las pandillas o manchas juveniles a las secuelas del terrorismo, la necesidad de protección y compañía de los jóvenes

campesinos desplazados frente a violencia, los problemas económicos, y discriminación hacia la cultura de la población campesina, (79).

Sin embargo se dice que los Puestos de Salud son los servicios públicos que tienen el primer y más cercano contacto con la comunidad, a pesar de esto son los más débiles en capacidad y calidad de respuesta, son los menos implementados en recursos, además son los que se ubican en zonas de difícil acceso o en zonas de limitado desarrollo, zonas de grandes necesidades o con riesgo alto, por estas razones es importante priorizar el apoyo a estos servicios, (80).

La frecuencia de afiliación a algún tipo de seguro de salud ha venido incrementándose entre los adultos mayores, pasando de 38,3% el año 2006 a un 67,4% el año 2010, con frecuencias similares entre los grupos de 60 a 79 años y de 80 años a más. Este incremento en la frecuencia de afiliación se debe principalmente a una mayor cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS) del MINSA. Entre los adultos mayores de 60 a 79 años, el año 2006 solamente el 0,3% estaba afiliado al SIS, pasando a estar bajo este seguro el 32,2% el año 2010. Situación similar se ha dado entre los adultos mayores de 80 años y más, quienes contaban con una afiliación al SIS en el 0,5% el año 2006, llegando a una frecuencia de 35,9% el año 2010. Hacia el año 2010, las coberturas por el SIS han llegado a ser similares a las de EsSalud, entidad que era la principal aseguradora de los adultos mayores el año 2006, (81).

En estudios estadísticos que hemos encontrado que en los últimos años, hay aproximadamente 420 grupos adolescentes, de los cuales la mayoría son pertenecientes a las conocidas barras bravas de distintos equipos de fútbol a nivel nacional. Se dice que hay 11 mil pandilleros como menores de edad y entre los 18 y 24 años más de 9 mil.

El principal factor es el descuido que tienen los niños en familias desestructuradas. Estas personas crecen en un ambiente agresivo y descuidado debido a los bajos recursos que tienen, además viven la experiencia del maltrato hacia la mujer. En su mayoría, el maltrato a la mujer se da en las familias de nivel socioeconómico bajo, ya sea “C”, “D”, o “E”. Estos maltratos generan la separación de los cónyuges y es así como indirectamente los jóvenes buscan un “segundo hogar”. El cuál son las pandillas que los atraen fácilmente ofreciéndoles distintas cosas que veremos más adelante. Además, una familia mal constituida puede influir en la conducta de estos jóvenes, ya que no han tenido una imagen paterna o materna que les haga saber lo que está bien o está mal; por lo que no van a tener un freno para sus acciones sin delimitar lo bueno de lo malo,(82).

En conclusión se pudo identificar en las tablas manifestados por lo adultos maduros la mayoría no reciben apoyo natural ni social, en donde se atendió en estos últimos 12 meses fue en un Puesto de Salud, se encuentra cerca de casa ,el seguro que tienen es el SIS ,la atención del puesto de salud es regular , en cuanto a la calidad de atención es buena, en la cual también se evidenció que casi la totalidad existe la presencia de pandillaje o delincuencia cerca de casa, por ende las autoridades no toman medidas drásticas para solucionar el problema que presenta la comunidad.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- En los determinantes de biosocioeconomico la totalidad del adulto maduro tiene sus paredes de estera, disposición de su basura en carro recolector, casi la totalidad tiene vivienda propia, material del piso es de tierra, tienen techo construido de estera, cocinan gas, eliminan su basura en el carro recolector. La mayoría son de sexo femenino, con ingreso de menor de 750.00 soles mensuales, trabajo eventual, vivienda unifamiliar, baño propio, energía eléctrica permanente, recogen su basura al menos 2 veces por semana, más de la mitad tiene secundaria completa/incompleta, un poco más de la mitad tiene habitaciones independientes y menos de la mitad tiene cisterna.
- En los determinantes de estilos de vida casi la totalidad del adulto maduro se bañan diariamente, consumen diario alimentos como pan y cereales. La mayoría no fuma, ni a fumado nunca de manera habitual, duermen de 6 a 8 horas, de 3 o veces a la semana consumen huevos, más de la mitad si se realizaron examen médico periódicamente en un establecimiento de salud, un poco más de la mitad ha consumido ocasionalmente bebidas alcohólicas, si realiza actividad física en su tiempo libre como caminar, en las dos últimas semana si ha realiza actividad física más de 20 minutos como caminar, menos de la mitad consumen de 1 o 2 veces a la semana pescado.

- En los determinantes de redes sociales y comunitarias casi la totalidad existe pandillaje o delincuencia cerca de casa, no reciben ningún apoyo social organizado. La mayoría del adulto maduro mayoría en los últimos 12 meses se atendieron en un puesto de salud, lugar donde le atendieron está muy cerca de su casa, cuentan con Seguro Integral de salud (SIS), tiempo que espero que le atendieron es regular, no reciben ningún apoyo social natural, si reciben apoyo de las organizaciones como el vaso de leche, más de la mitad la calidad de atención que recibió fue buena.

5.2 Recomendaciones

- Sensibilizar y concientizar a las autoridades comunales por medio de los resultados mostrados para que pueda contribuir para el cambio y el bienestar en el adulto maduro del asentamiento humano 25 de Mayo en Chimbote con la finalidad de implementar actividades de prevención y promoción de la salud y el bienestar en los adultos maduros.
- Se recomienda a las autoridades del Puesto de Salud “Santa Ana” para que el Personal de Salud salga hacer campañas de estilos de vida saludable de promoción y prevención para que los adultos maduros tomen conciencia del problema de salud.
- Así mismo mediante este estudio de investigación sobre los adultos maduros, que sirva de base para que se continúe realizando investigaciones similares, donde se pueda tener mayor información y visualizar mejor la magnitud del problema que los aqueja, y de esta manera promover la investigación en el campo de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista. Cubana. Salud Pública .2004; 30 (3): 13-16.
2. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
3. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
4. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
5. Tarlov A, Social determinants of Health: the sociobiological transition, Blane D, Brunner E, Wilkinson D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.
6. LipLicham, C; Rocabado, F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.
7. 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

8. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302.
9. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.
10. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar , editorial; 2008
11. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
12. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
13. María C. Secretaria General de la Junta Directiva. Reseña histórica del A.H. 25 de Mayo, Chimbote 2013.
14. 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
15. Tovar L, García G. “La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”. Colombia. Agosto 2006. Nro. 027. 2004.
16. Rodríguez Q. Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.
17. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. 2008. Universidad Nacional del Santa. Chimbote, Artículo científico.

18. Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial.
19. 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.
20. Dalhigren, G. Whitehead, M.. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006
21. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
22. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed . Mexico: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
23. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
24. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:<http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
25. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.

26. Pérez Díaz Julio. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas. CSIC. 2009 disponible en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>
27. 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>
28. Eusko Jaurlaritza. 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.
29. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM). Mexico; 2010. Disponible en: <http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
30. 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/>
31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. Mexico. 2011. Disponible en

http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf

32. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001
33. Rafael Martínez Morán. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf
34. Martos Carrión Esther. Analisis 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>
35. 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>
36. 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>
37. 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>.

38. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm
39. Corbalán, Javier (2004): "Síntesis y análisis global de resultados por países", en Educación para la población rural en Brasil, Chile, Colombia, Honduras, México, Paraguay y Perú. Proyecto Fao-Unesco-Dgcs/Italiacide-Reduc
40. Lip, C. y F. Rocabado (2005), "Determinantes sociales de la salud en Perú", Ministerio de Salud - Universidad Norbert Wiener - Organización Panamericana de la Salud, Lima.
41. SEN, A. (2000). Pobreza y salud. Ed. Planeta. 1ra. Edición, quinta reimpresión, febrero 2003.
42. Torrado, S _La Pobreza y su Importancia para los Profesionales de la Salud_ Revista Electrónica de Psicología Política_ Diciembre 2004 _ Disponible en:http://www.psicopol.unsl.edu.ar/dic04_notas.htm#1
43. Organización Mundial de la Salud. (2000). Programa Especial de Análisis de Salud. Iniciativa de Datos Básicos en Salud y Perfiles de País. Documento de trabajo. Washington
44. Hanushek E. y L. Wobmann, " The Role of Education Quality in Economic Growth", Documento de Trabajo de Investigación de Políticas 4122, Banco Mundial, 2007. También publicado como: "Calidad de la Educación y crecimiento económico". Documento N° 39, PREAL, noviembre

- 2007.Disponible en:
http://www.oei.es/pdf2/impacto_social_economico_analfabetismo.pdf
45. Planpam 2013-2017 _ promoviendo el envejecimiento activo y saludable _
 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables _Octubre 2013 Lima-Perú
 Disponible en:
http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf.
46. Amauri M; Lázaro H; Aida C; Calidad de la atención en salud al adulto mayor
 Revista Cubana de Medicina General Integral_ Ciudad de La Habana
 _vol.25 n.3.Septiembre 2009_Disponible en :
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252009000300003&script=sci_arttext
47. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. (ENDES) 2000. Determinantes
 Sociales de la salud en el Perú. Vivienda y servicios básicos.
48. Hernán García M, Ramos Monserrat M, Fernández Ajuria A. Revisión de los
 trabajos publicados sobre la promoción de la salud en maduros españoles. Rev
 Esp Salud Pública. 2001; 75: 491-504.
49. Carmen R. La vivienda precaria urbana marginal y su relación con la salud de
 la población en el proceso de sustentabilidad. (Centro Experimental de
 Vivienda Económica). [internet] Disponible
 en:<http://www.alapop.org/docs/publicaciones/investigaciones/PoblacionMedioAmbiente02.pdf>

50. Instituto de Salud Pública. Estudio sobre condiciones de vivienda y salud. Madrid: Instituto de Salud Pública; 2001. Disponible en: <http://Www.Cop.Org.Pe/Bib/Tesis/Natalieluzgabrielahadadarrascue.pdf>
51. Gould Schmith, E., "Investigación de operaciones en la ciencia ecológica Prentice Hall.
52. Rafael N. Condiciones Precarias de Hábitat y Vivienda. (internet) Caracas, octubre de 2006. <http://fegs.msinfo.info/fegs/archivos/pdf/HYV.PDF>
53. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. D i s p o n i b l e e n : revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/.../171.
54. Huertas R; S. Diagnóstico Sobre Salud En La Vivienda En El Perú; Red Peruana de Vivienda, Ambiente y Salud - 19/04/2010, disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsasv/e/diagnostico/peru.pdf>
55. Renato A, La Republica_ (Actualizado el 02 de junio del 2014)_Disponible en: <http://larepublica.pe/02-06-2014/casi-50-de-la-poblacion-vive-en-casas-de-esteras-madera-adobe-y-quincha>
56. (OMS) Organización Mundial de la Salud _Tabaco _ Junio de 2015 _Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
57. Neri, M. (2002). Autoeficacia y actividad física en el adulto. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
58. Hernán García M, Ramos Monserrat M, Fernández Ajuria A. Revisión de los trabajos publicados sobre la promoción de la salud en maduros españoles. Rev Esp Salud Pública. 2001; 75: 491-504.

59. Proyecto Muévete. Manual del Personal de Salud. Evaluación y Orientación Médicas Referentes a la Actividad Física. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en:<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7516.pdf>
60. Organización Mundial de la Salud _Fomento del consumo mundial de frutas y verduras_2002.Disponible en:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/index1.html>
61. Jacoby, E., Bull, F. y Neiman, A. (2003). Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 14(4), 2003
62. Muntaner. M., “Economic and social determinants of disease”. Bull World Health Organ, 2005, tomo 79, volumen 10, p. 988-989.
63. Palomino H. Estilo de vida y factores biosocioculturales del persona adulta, las dunas de surco –Lima [tesis para optar el título de enfermería]. Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2010.
64. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y Salud Pública en las Américas, un caso para la acción. Washington: PAHO, 2007.Disponible en:http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/abuso_de_bebidas.pdf
65. Sánchez Y, Tarazona L. Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto joven y maduro en el asentamiento humano. Villa Hermosa. Casma [tesis para optar el título de enfermería]. Chimbote, Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2009

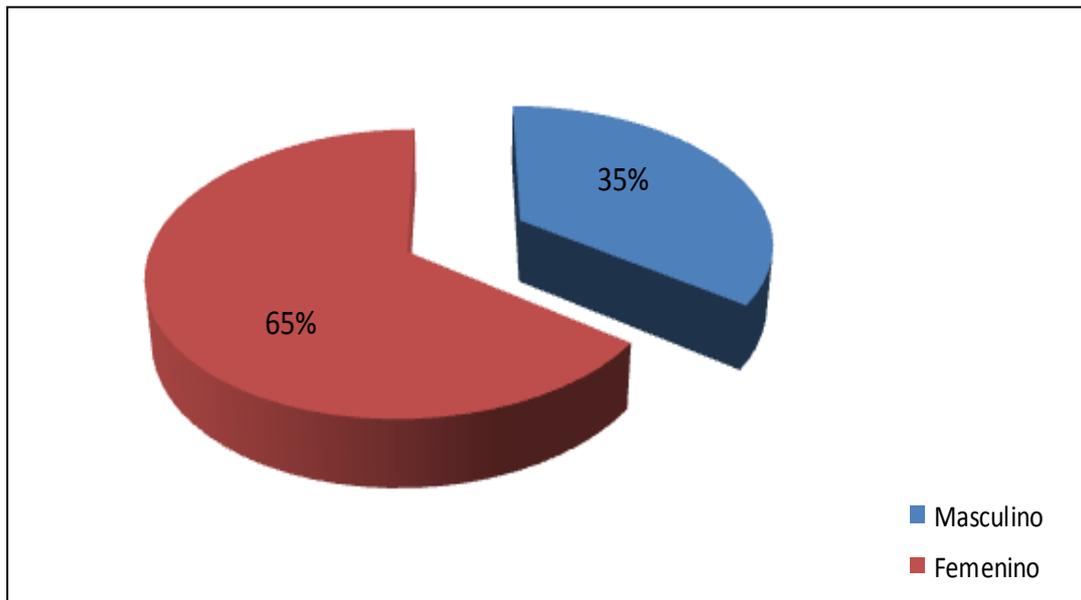
66. Leighton F., Urquiaga I. (2000) Poli fenoles del vino y salud humana. Publicado en Antioxidantes y calidad de vida. Órgano de Difusión del South American Gropu for free Radical Research ; 7 : 5-13.
67. Restrepo M. Sandra M., Rosa M. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. [Pagina en internet]. Colombia; 2006 [Citado 2013 junio. 18]. [10 páginas]. Disponible en URL: 65 http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006.
68. Promover un estilo de vida para las personas adultas maduras_ Guía Regional para la promoción de la actividad física_washingtin_2002.Disponible en: www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/act-fisica-adulto-mayor.pdf
69. MINSA. Política Nacional de Calidad en Salud._ RM 727-2009/ Dirección General de las Personas. Dirección de Calidad en Salud. MINSA
70. MINSA: Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2005. Disponible en: www.caritas.org.pe/documentos/adulto_mayor.pdf
71. Etienne C. F. Los determinantes Sociales de la Salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica [serie en Internet]. 2013 diciembre [citado el 29 de noviembre 2014]; 34 (6): 377-378. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020
72. Organización Mundial de la Salud / Ministerio de Salud. (2003). Análisis y Tendencias en la Utilización de Servicios de Salud. Perú 1985 – 2002. Lima.

73. Carvalho I A; Marchiori B P Determinantes Sociales De La Salud, La Enfermedad E Intervenciones; Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p.141-166.
74. Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe Final de la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. Río de Janeiro; 2008 [citado 2008 Diciembre 06]. Disponible en: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf> . [Links]
75. Vera M. Significado de Calidad de Vida del Adulto maduro para sí mismo y para su familia. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 68(3) 2007
76. Salazar, E, JG, Adolescencia y delincuencia "Aspectos teóricos y su valoración Psicosocial", Universidad de Guadalajara, México. vol.17_ Junio 2008.Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-74252011000200005&script=sci_arttext
77. Marco Teórico sobre Pandillaje Juvenil_ Pandillaje juvenil en Lima-Perú_ Maracaibo, Venezuela_ vol. 14_ 30 de septiembre de 2012.Disponible en: <http://pandillajejuvenillima.blogspot.com/>
78. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares. Lima 2012.
79. Ministerio de Seguridad de Honduras _Alianza para la Prevención del Delito de Guatemala_ Febrero del 2003. Disponible en sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/villegas_af/cap2.pd
80. MINSA _Modelo de Atención en Salud _ 2001. Disponible en [:www.minsa.gob.pe/publicaciones/aprisabac/31.pdf](http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/aprisabac/31.pdf)

81. Dávila M, Perú: Estudio de demanda de Servicios de Salud. Bethesda, MD: Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc. Mayo 2002.
82. Delincuencia Juvenil_ Cuestiones Sociales_ (Publicado el junio 8, 2013)(citado el 02 de octubre de 2015) por ds10udep_ Disponible en: <https://cuestionessociales.wordpress.com/2013/06/08/delincuencia-juvenil/>

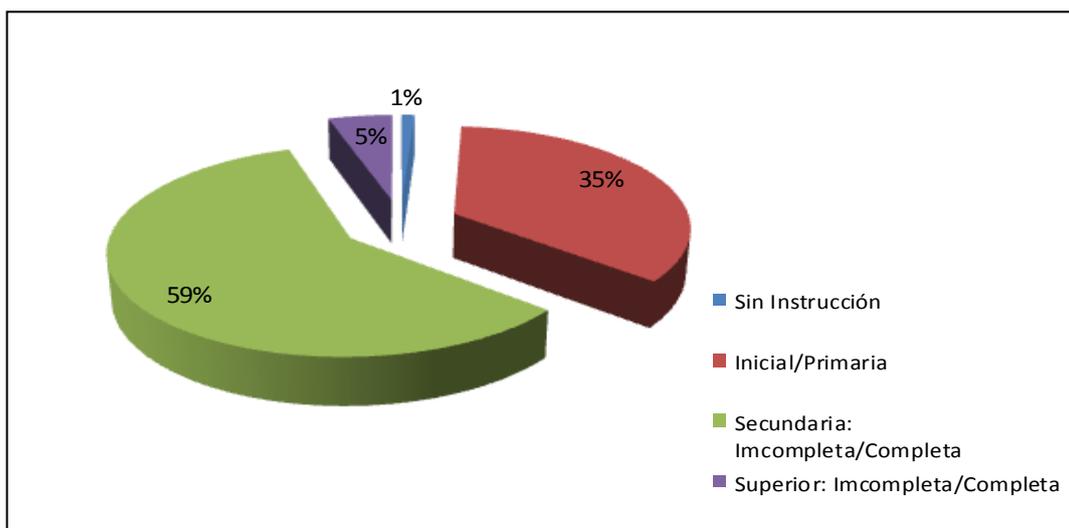
ANEXO
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

GRÁFICO 1: SEGÚN SEXO



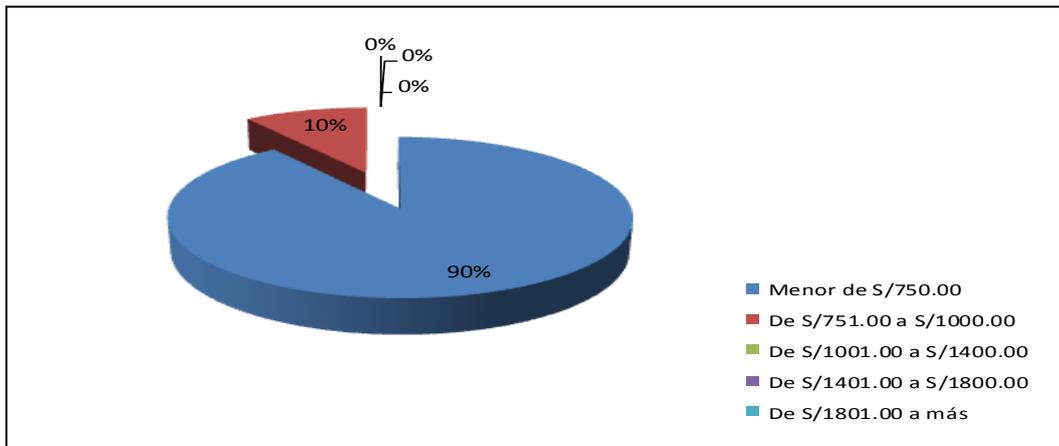
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo - Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

GRÁFICO 2: GRADO DE INSTRUCCIÓN



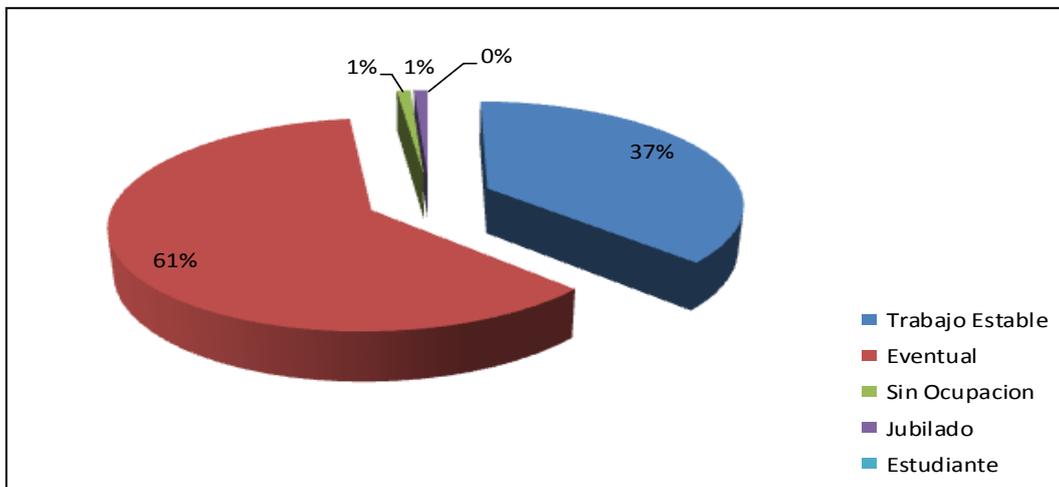
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo - Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 3: INGRESO ECONOMICO



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo - Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

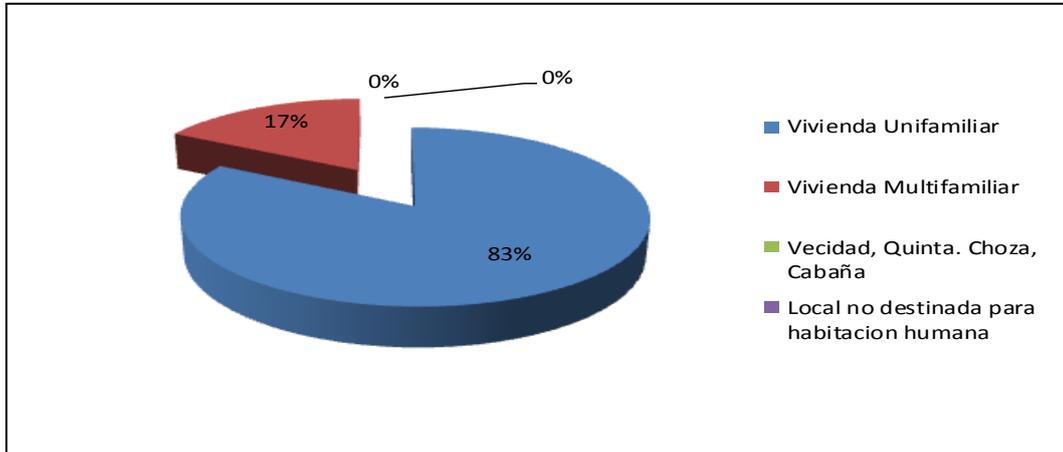
GRÁFICO 4: OCUPACION



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduros en el A.H 25 de Mayo - Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

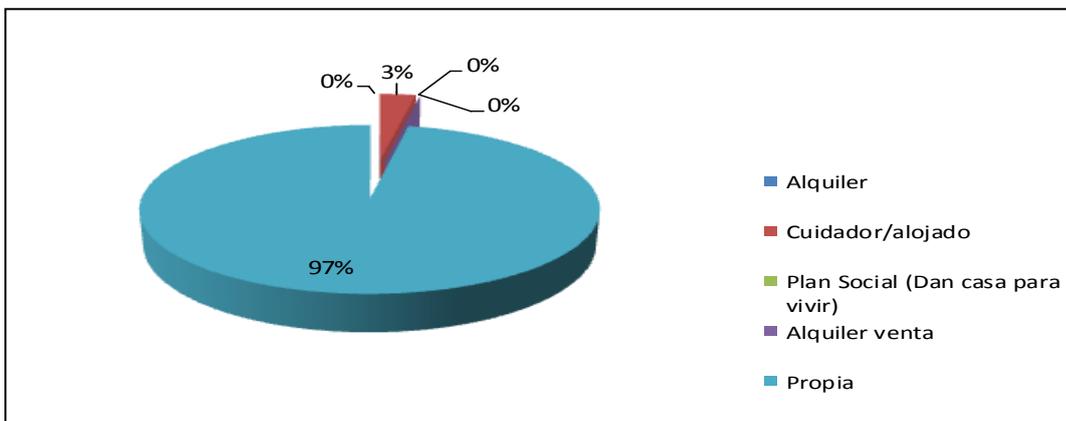
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRÁFICO 5: TIPO DE VIVIENDA



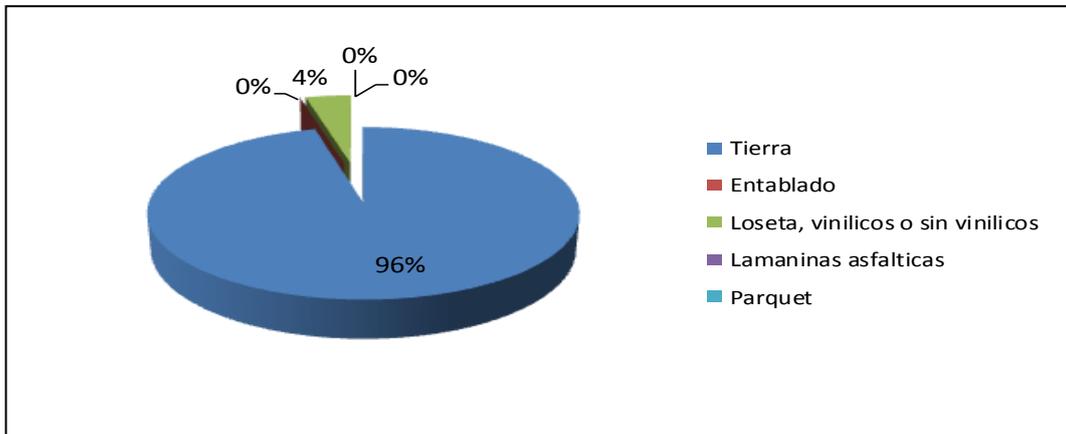
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo - Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 6: TENDENCIA



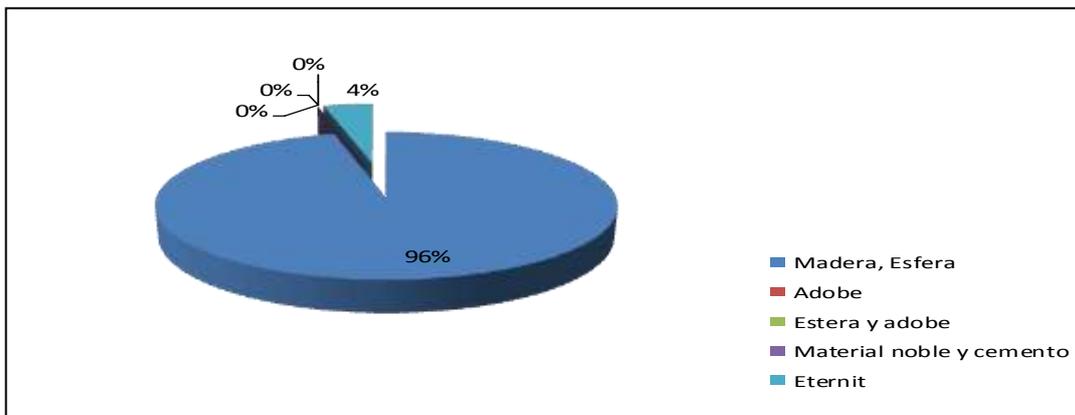
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo - Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 7: MATERIAL DE PISO



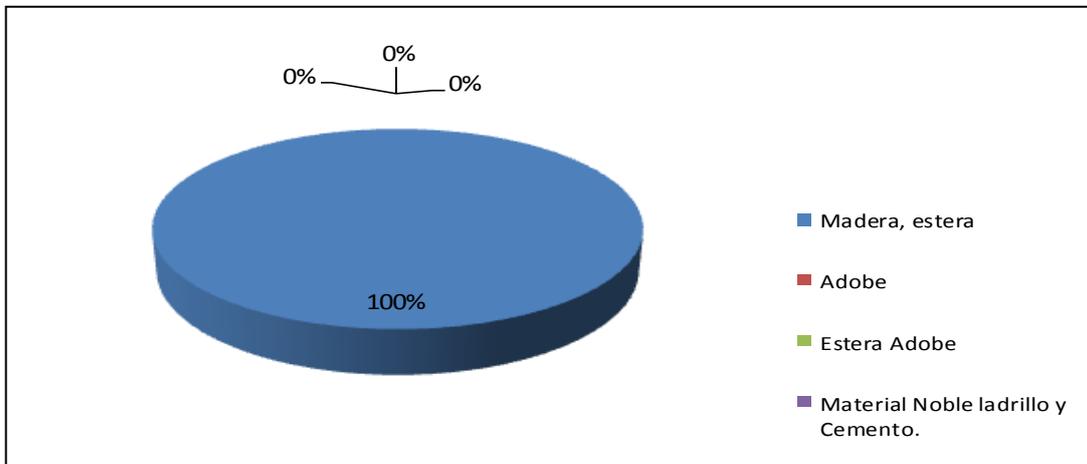
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo - Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

GRÁFICO 8: MATERIAL DE TECHO



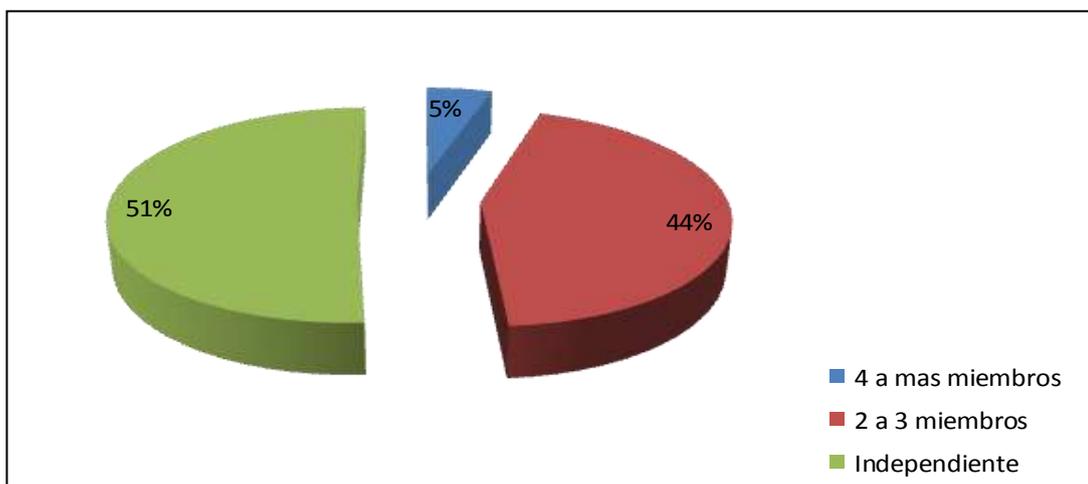
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo - Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 9: MATERIAL DE LAS PAREDES



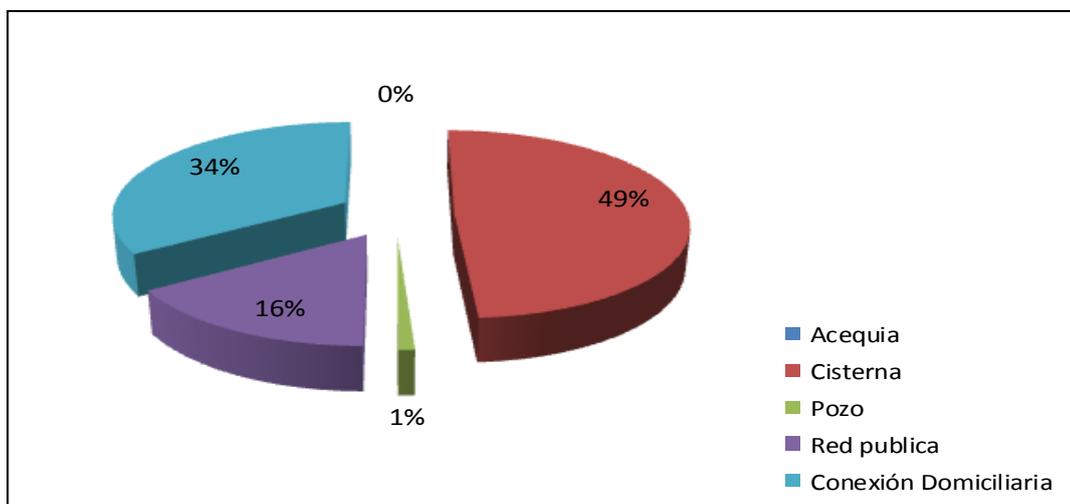
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo - Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 10: NUMERO DE PERSONAS QUE DUERME EN UNA HABITACION



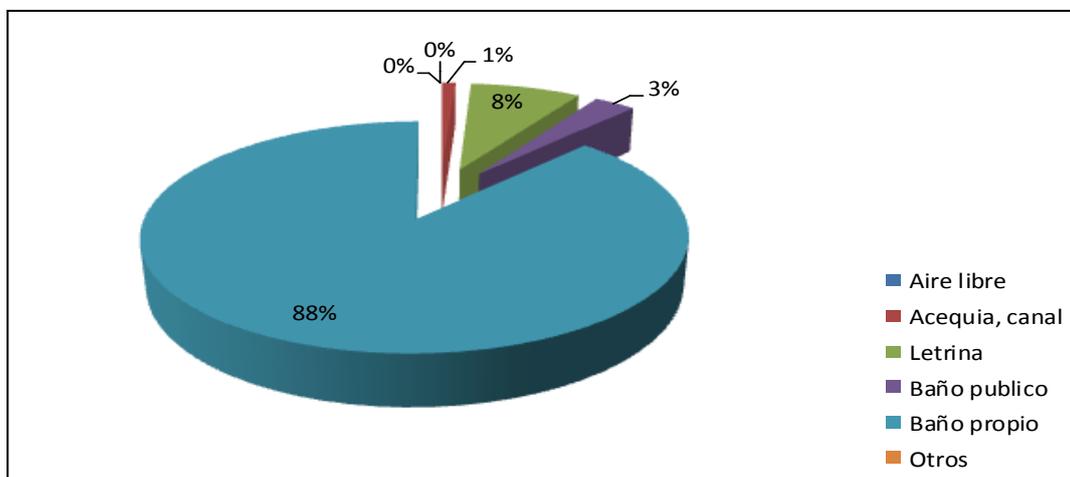
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo - Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 11: ABASTECIMIENTO DE AGUA



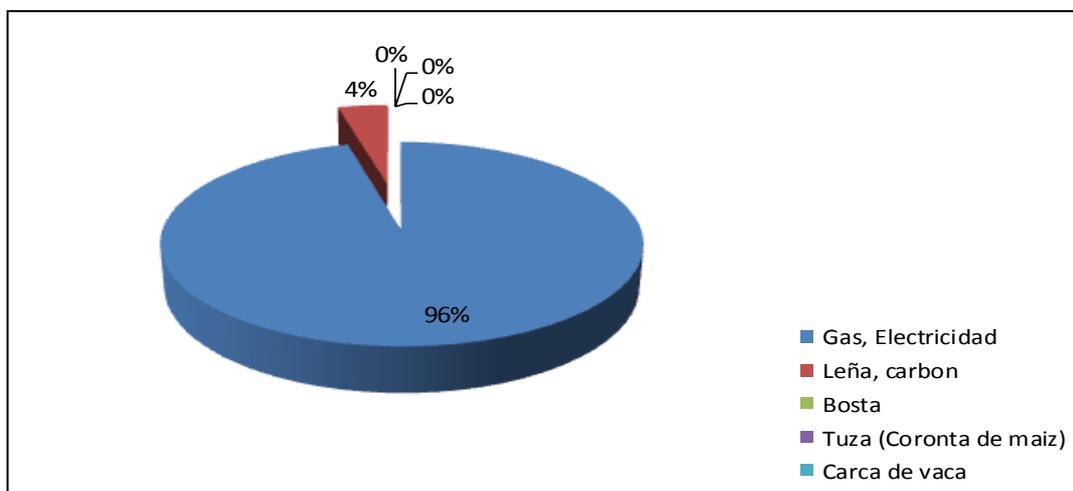
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo - Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 12: GRAFICO SEGÚN ELIMINACION DE EXCRETAS



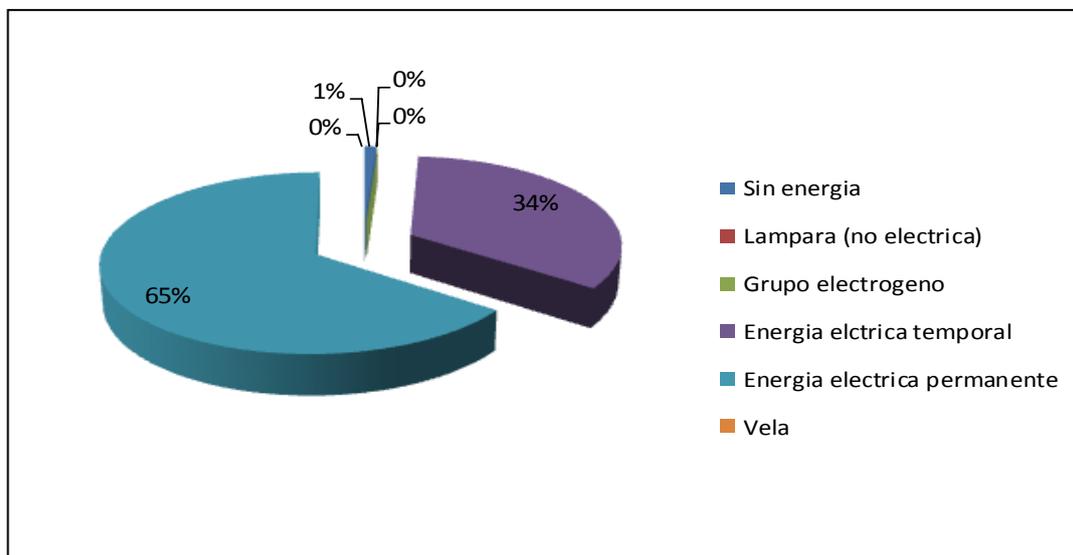
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo – Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 13: COMBUSTIBLE PARA COCINAR



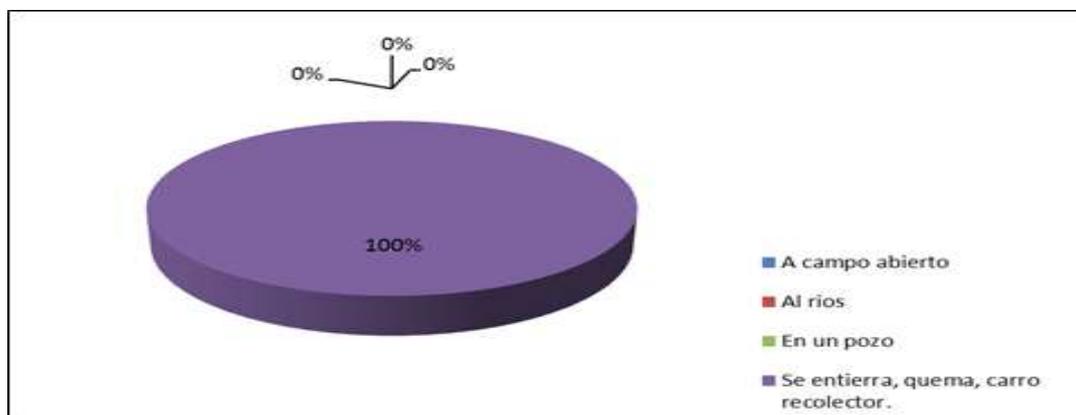
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 14: ENERGIA ELECTRICA



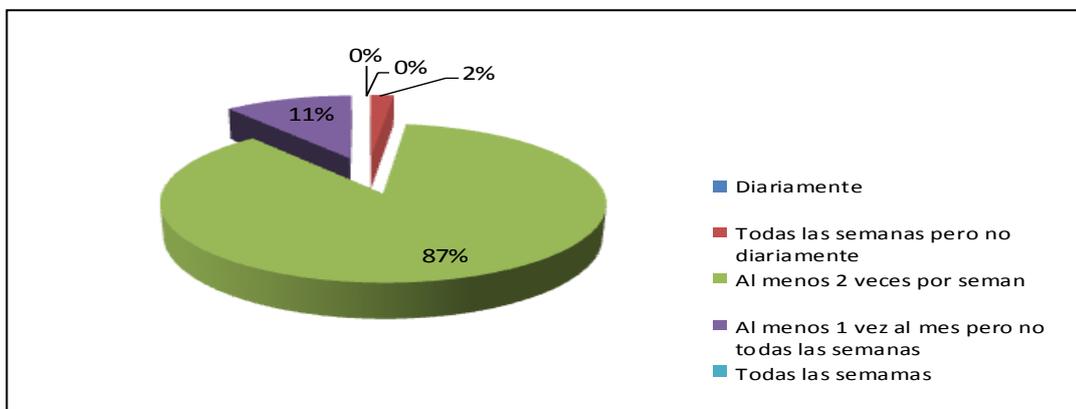
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 15: DISPOSICION DE BASURA



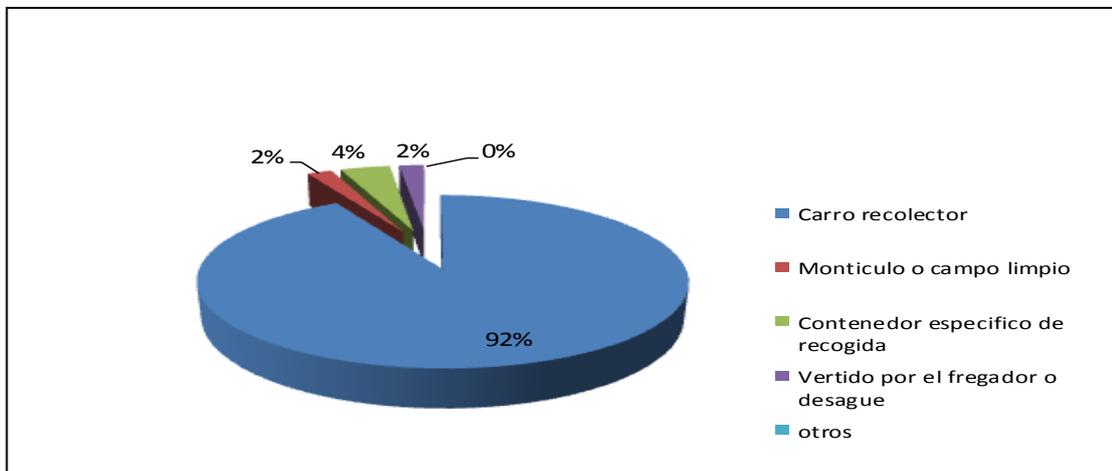
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

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



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

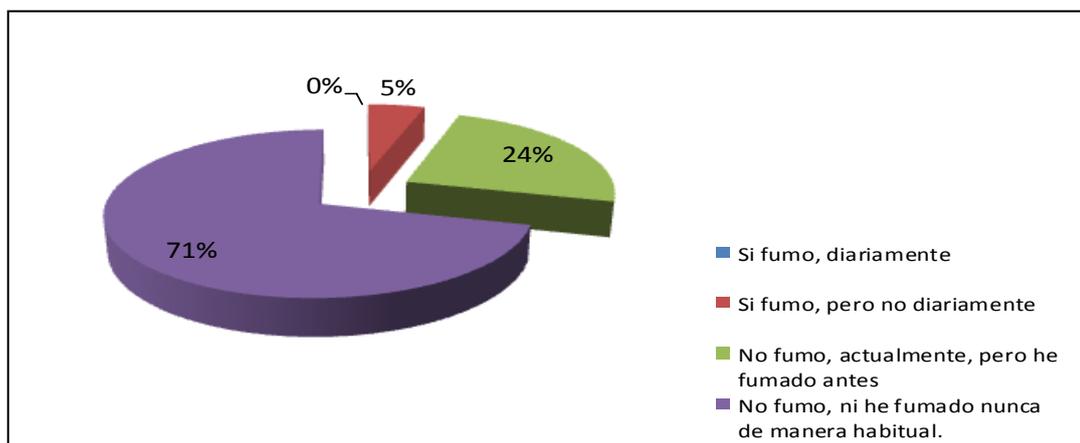
GRÁFICO 17: DONDE SUELEN ELIMINAR SU BASURA EN LOS SIGUIENTES LUGARES



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

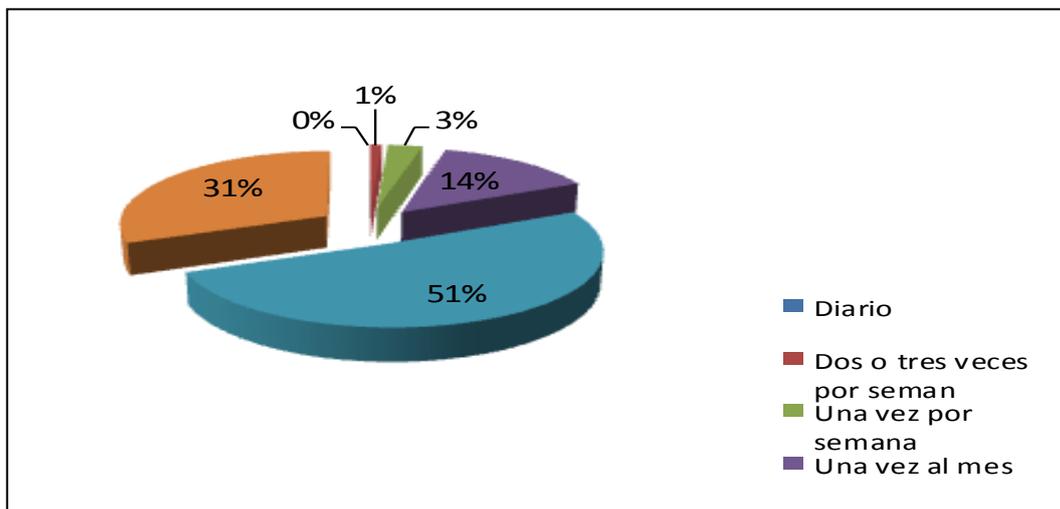
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRÁFICO 18: COMO FUMAN ACTUALMENTE



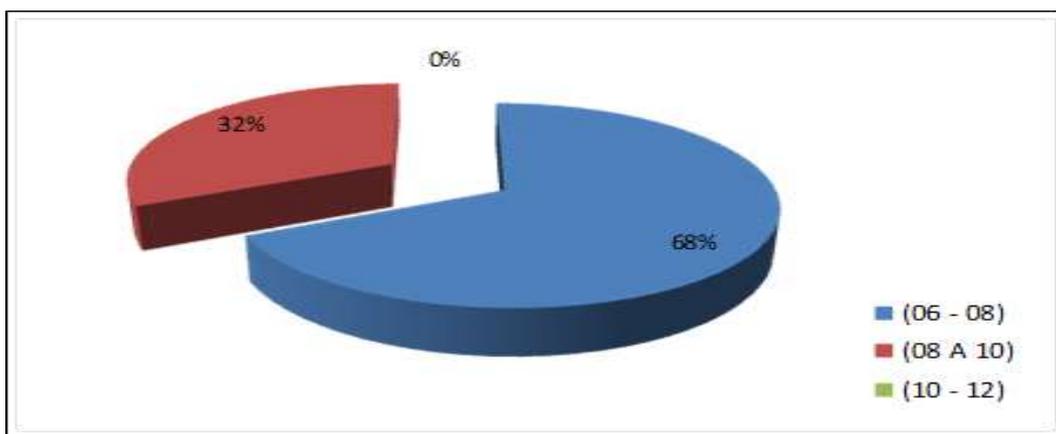
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 19: LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOHOLICAS



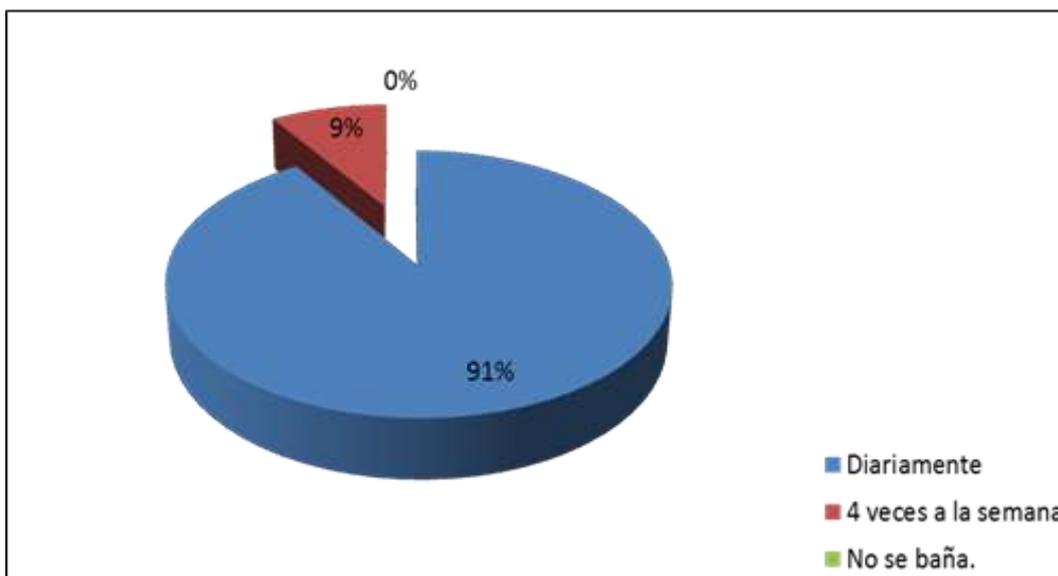
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 20: NUMERO DE HORAS QUE DUERMEN



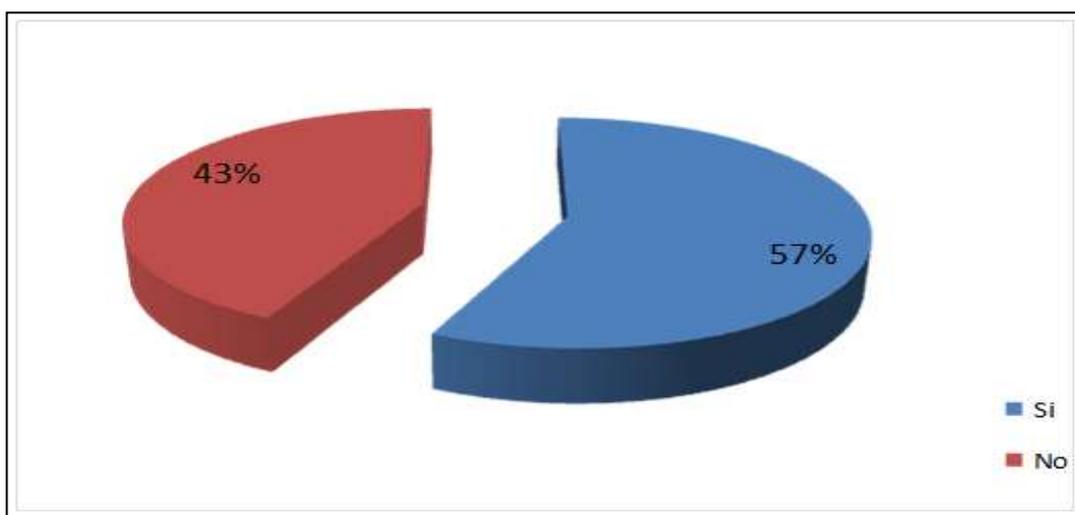
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduros en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 21: LA FRECUENCIA CON QUE SE BAÑA



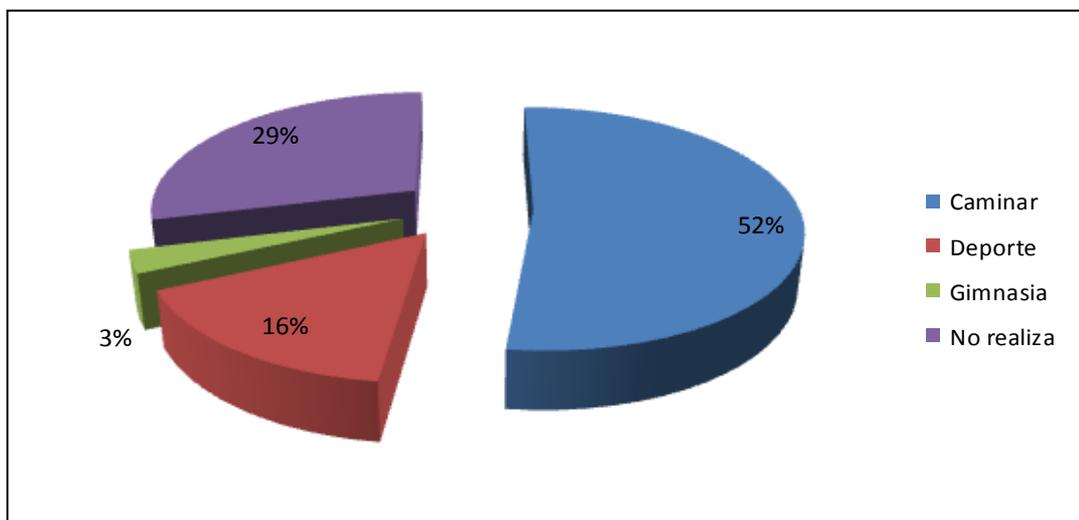
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 22: SE REALIZO EXAMEN MEDICO PERIODICO, EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD



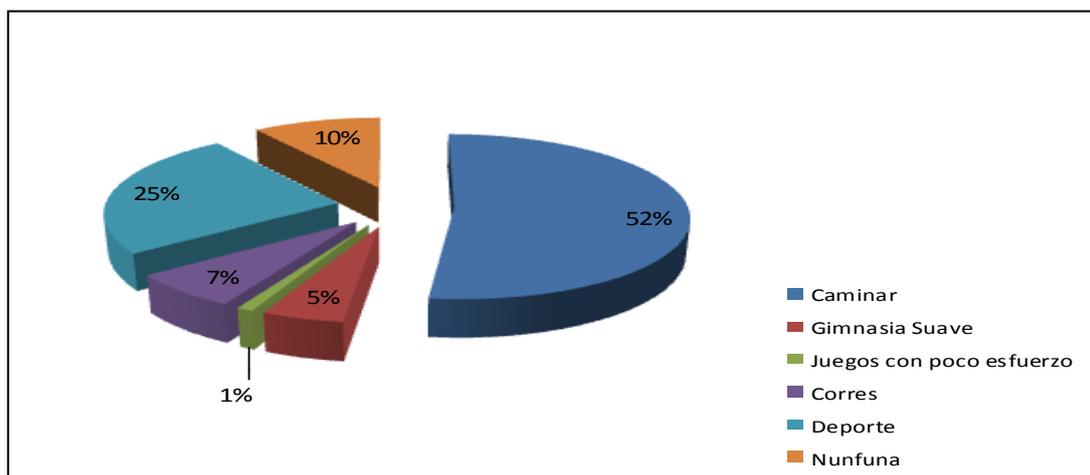
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 23: ACTIVIDADES FISICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE



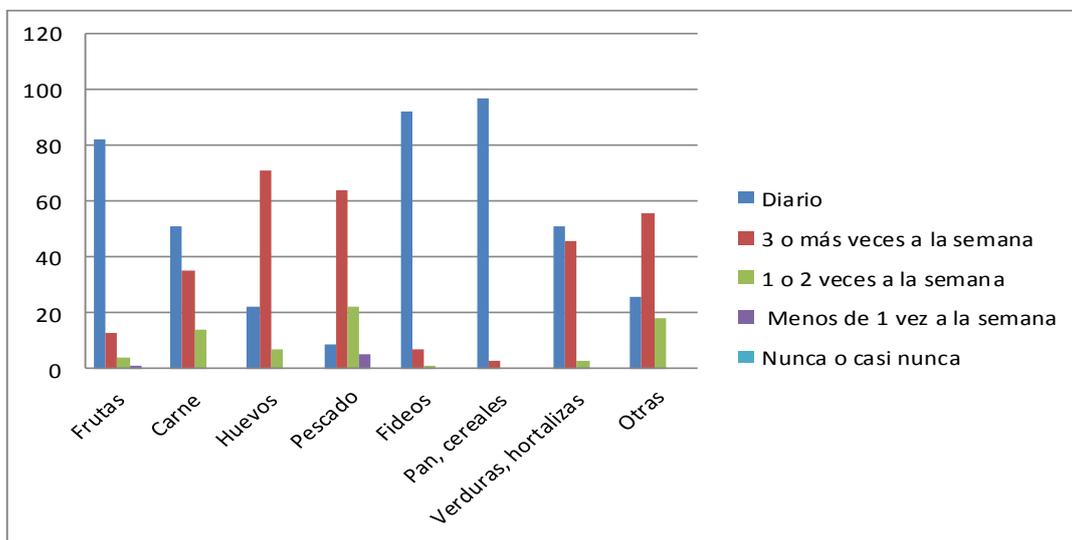
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 24: LAS DOS ULTIMAS SEMANAS DE ACTIVIDAD FISICA REALIZO DURANTE MAS 20.MINUTOS



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

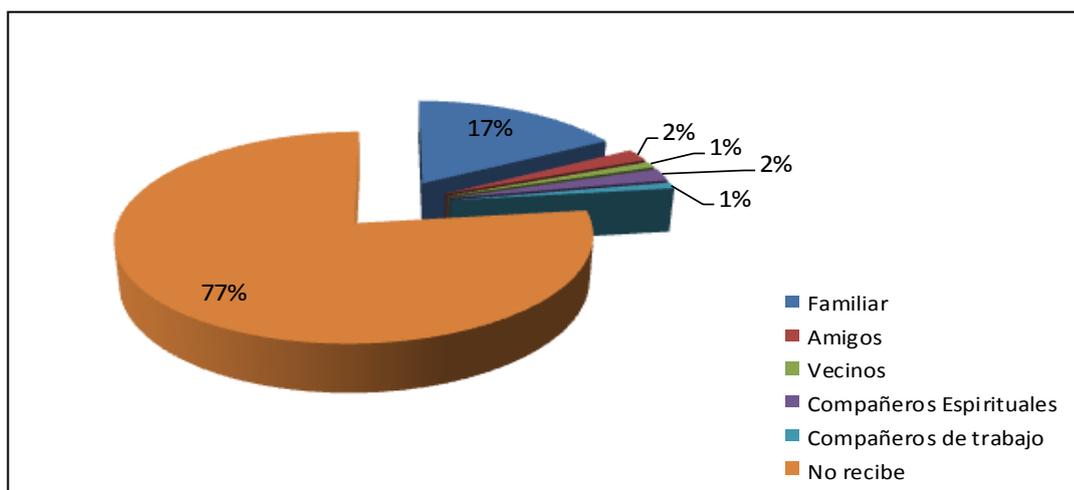
GRÁFICO 25: FRECUENCIA CON QUE CONSUMEN LOS ALIMENTOS



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

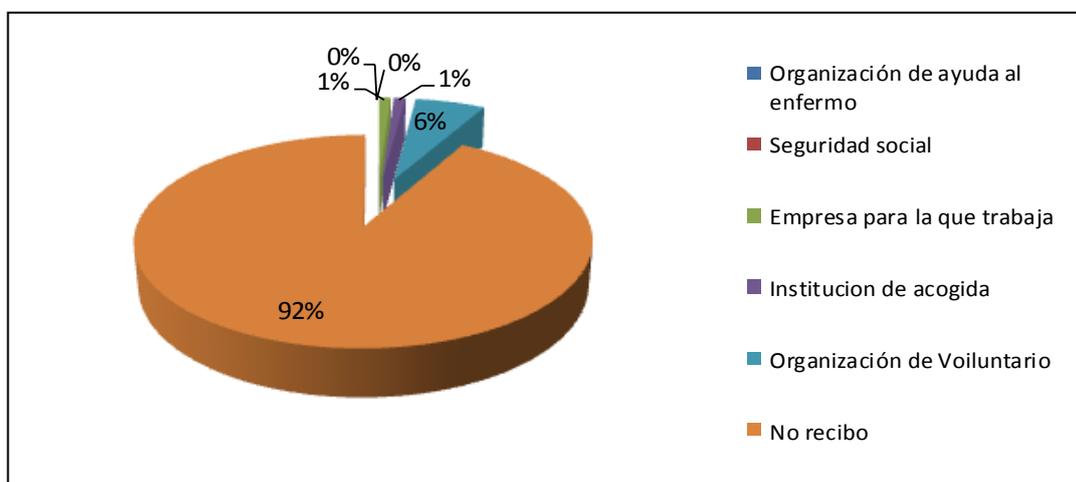
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRÁFICO 26: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL NATURAL



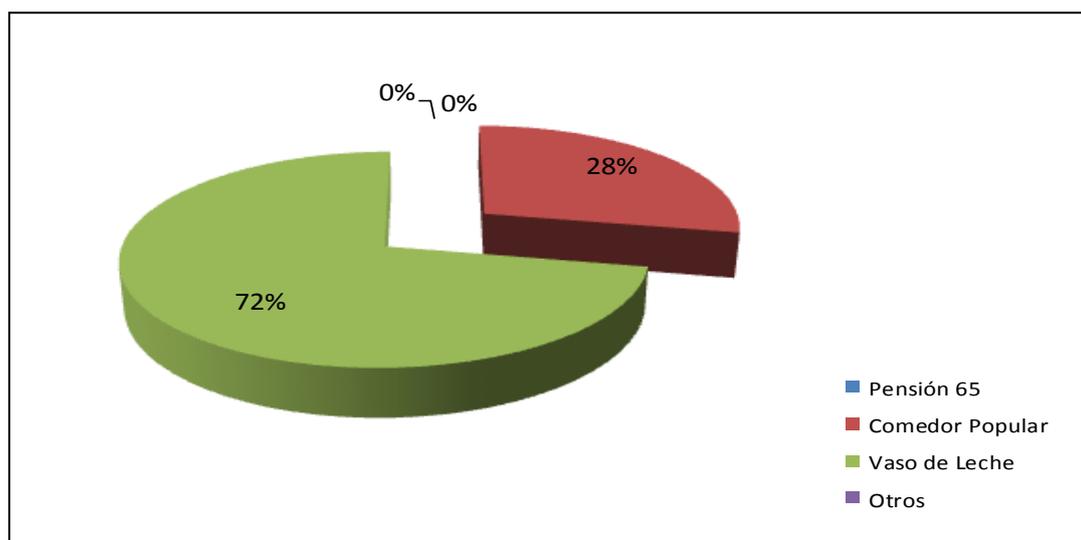
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 27: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO



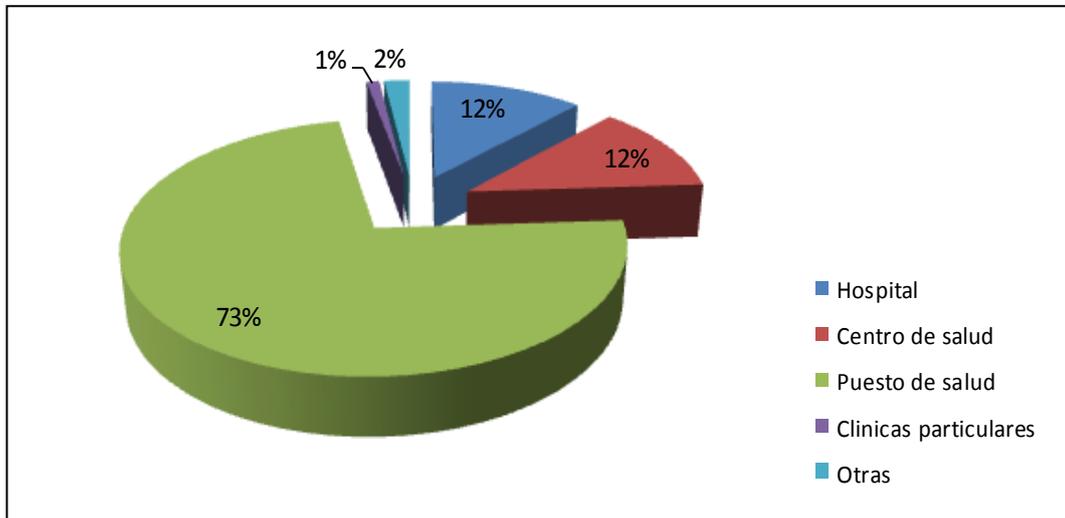
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 28: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO



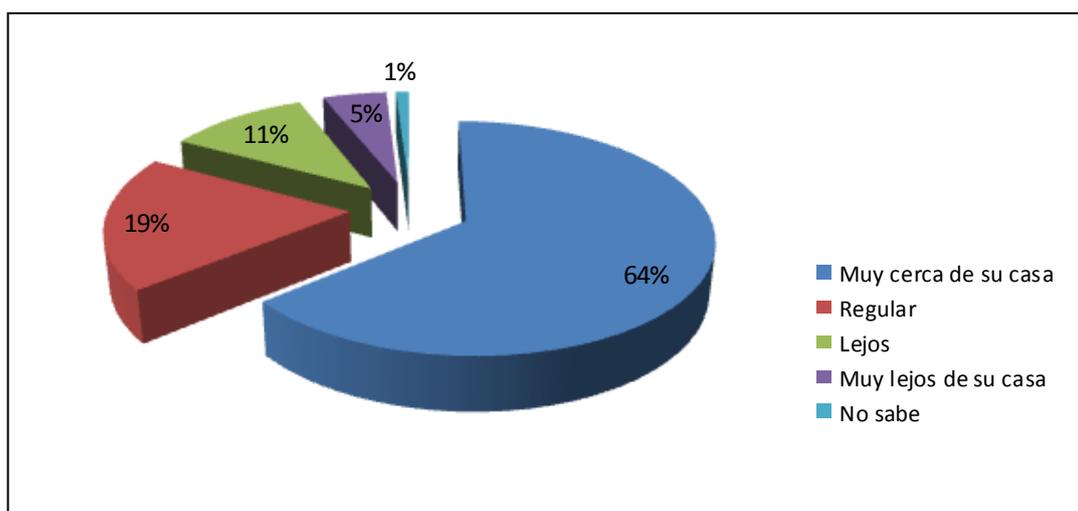
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 29: SEGÚN INSTITUCION DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIO EN ESTOS 12 ULTIMO MESES



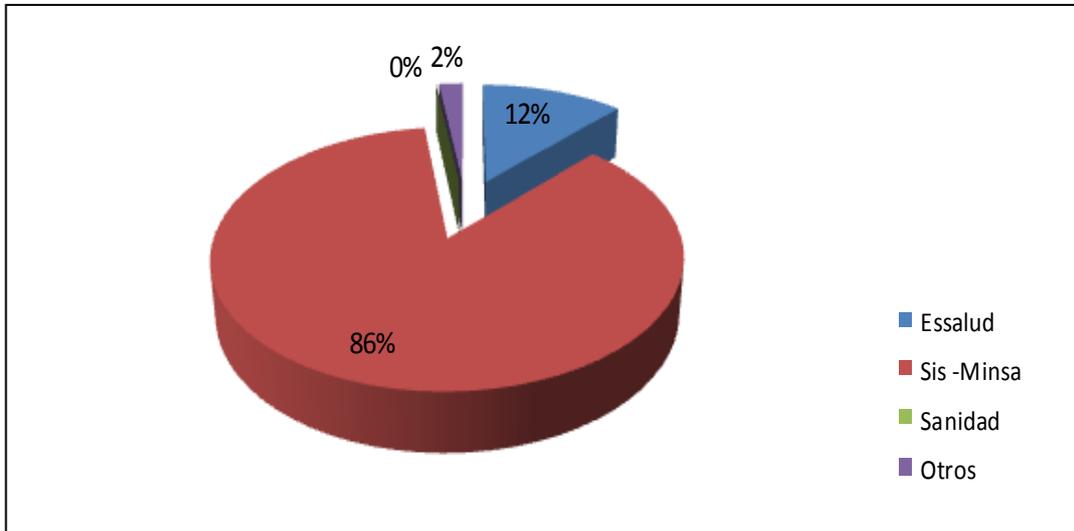
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 30: EL LUGAR DONDE LAS ATENDIERON



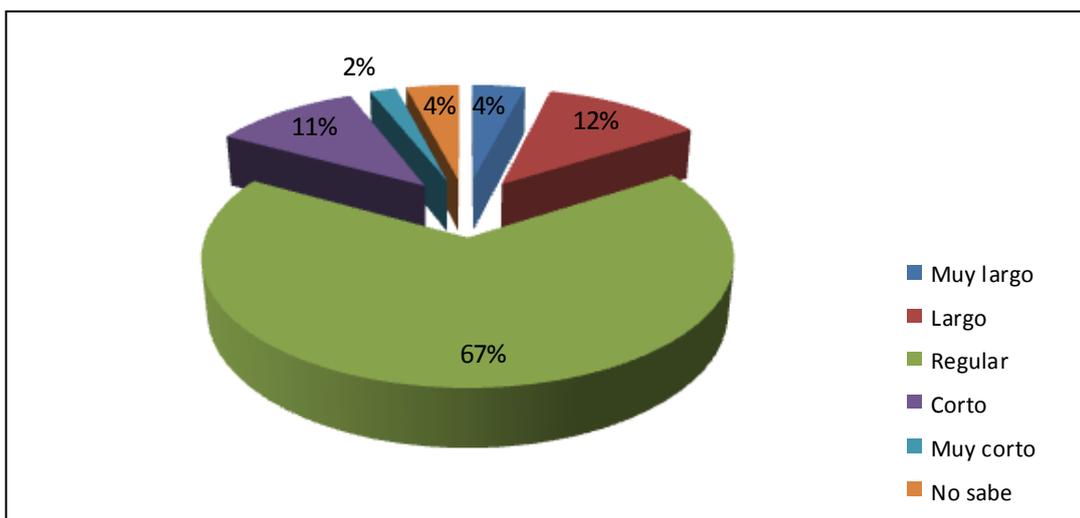
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 31: TIPO DE SEGURO



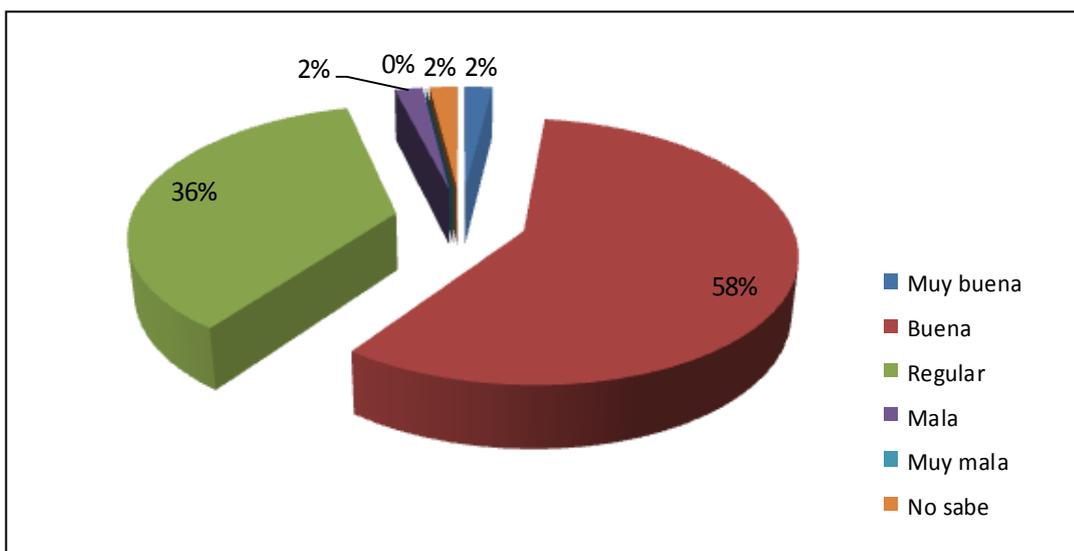
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 32: EL TIEMPO QUE ESPERO PARA QUE LA ATENDIERON



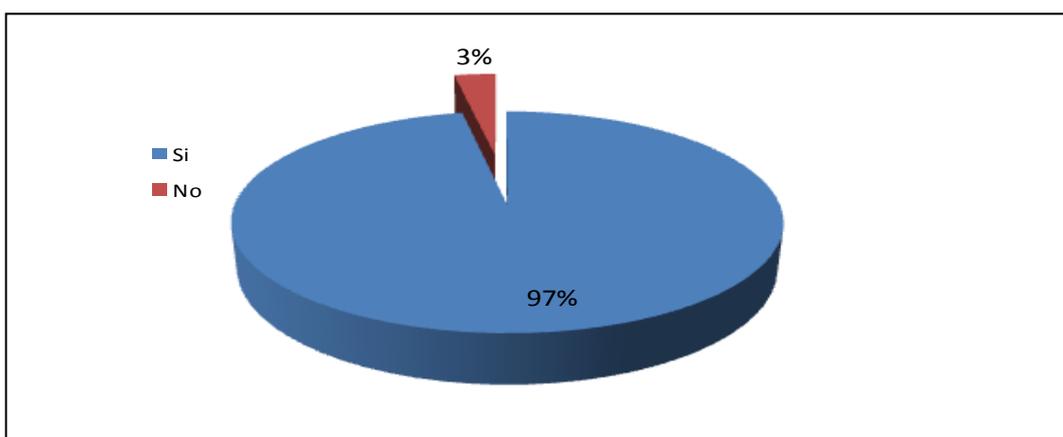
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 33: CALIDAD DE ATENCION QUE REALIZA EN EL ESTABLECIMINETO DE SALUD



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote, 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 34: PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en la persona adulto maduro en el A.H 25 de Mayo- Chimbote , 2013 elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

ANEXO N° 1



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA D

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO DEL
PERU

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

3. **Grado de instrucción:**
 - Sin nivel instrucción ()
 - Inicial/Primaria ()
 - Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()
 - Superior Universitaria ()
 - Superior no universitaria ()

4. **Ingreso económico familiar en nuevos soles**
 - Menor de 750 ()
 - De 751 a 1000 ()
 - De 1001 a 1400 ()
 - De 1401 a 1800 ()

- De 1801 a más ()

5. Ocupación del jefe de familia:

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

6. Vivienda

6.1. Tipo:

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

6.2. Tenencia:

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

6.3. Material del piso:

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

6.4. Material del techo:

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

6.5. Material de las paredes:

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

6.6 Cuantos personas duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua:

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

8. Eliminación de excretas:

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

9. Combustible para cocinar:

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

10. Energía eléctrica:

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

11. Disposición de basura:

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

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

17. Con que frecuencia se baña?

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

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

Si () NO ()

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

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

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

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

21. DIETA:

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

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

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

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

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

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

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

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

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

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

27. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

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

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

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

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

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si () No ()

Muchas gracias, por su colaboración

ANEXO N° 02

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 9 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada una de la expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO MADURO EN LAS REGIONES DEL PERÚ”. (Ver anexo).
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 (Ver anexo)
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)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 9 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla --)

V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta en las Regiones del Perú.

Nº	V de Aiken	Nº	V de Aiken
1	1,000	14	1,000
2	1,000	15	1,000
3	1,000	16	1,000
4	1,000	17	1,000
5	0,944	18	1,000
6.1	1,000	19	1,000
6.2	1,000	20	1,000
6.3	1,000	21	1,000
6.4	1,000	22	1,000
6.5	1,000	23	1,000
6.6	1,000	24	1,000
7	1,000	25	1,000
8	1,000	26	1,000
9	1,000	27	1,000
10	1,000	28	1,000
11	1,000	29	1,000
12	1,000	30	1,000
13	1,000		
Coefficiente V de Aiken total			0,998

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud en el adulto maduro en las regiones del Perú.

ANEXO N° 03

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

**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					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
Coefficiente de validez del instrumento														0,998

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO DEL PERÚ

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA			ADECUACIÓN (*)				
	¿La habilidad o conocimiento medido por este reactivo es....?	¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?		1	2	3	4	5
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria					
4 DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P4								
Comentario:								
P5								
Comentario:								
P6								
Comentario:								
P6.1								
Comentario:								
P6.2								
Comentario:								
P6.3								

Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
Comentario:									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									
P15									
Comentario:									

P16									
Comentario:									
P17									
Comentarios									
P18									
Comentario									
P19									
Comentario									
P20									
Comentario									
P21									
Comentario									
6 DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario:									
P25									
Comentario:									
P26									
Comentario:									
P27									

Comentario:								
P28								
Comentario								
P29								
Comentario								
P30								
Comentario								

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

Gracias por su colaboración.

ANEXO N°04



UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO
MADURO. ASENTAMIENTO HUMANO 25 DE MAYO –
CHIMBOTE, 2013**

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

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

FIRMA

.....