



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS
MADUROS. ASENTAMIENTO HUMANO LOS
JARDINES II ETAPA-CHIMBOTE, 2013**

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

AUTORA:

JAJAIRA MARIA MATTOS VILLALOBOS

ASESORA:

Dra. MARIA ADRIANA VILCHEZ REYES

CHIMBOTE-PERU

2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. Julia Cantalicia Avelino Quiroz

PRESIDENTA

Mgtr.. Leda María Guillén Salazar

SECRETARÍA

Dra. Sonia Avelina Girón Luciano

MIEMBRO

DEDICATORIA

Dedico la presente investigación a mi madre, por haberme dado la vida, guiado y apoyarme en todo momento de mi vida, con valores, principios y fe cristiana.

A mis hermanos, cuñados, sobrinos y mi novio por ser mi apoyo en los momentos difíciles, ejemplo del cual aprendí y a la compañía del Corazón de Jesús y a todos aquellos que ayudaron directa o indirectamente a realizar este presente trabajo de investigación.

AGRADECIMIENTO

Primeramente agradecer a dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud, ser el manantial de vida y darme lo necesario para seguir día a día y para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

También agradecer a mi madre, mis hermanos, a mis sobrinos y mis cuñados que me brindaron todo su apoyo, ese amor y cariño que muestran a mi persona y estar conmigo en todo momento.

Finalmente agradecer a mi docente la Dra. Adriana Vílchez por toda la paciencia, entendimiento y cariño que nos brindó para realizar nuestro proyecto de tesis.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo general describir los determinantes de la salud de los adultos maduros del A.H. Los Jardines II Etapa, Chimbote, 2014. La muestra estuvo constituida de 105 adultos maduros del A.H. Los Jardines II Etapa, 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 la salud biosocioeconomicos: mayoría de los adultos maduros son sexo femenino, con grado de instrucción secundaria completa/secundaria incompleta, con ingreso económico menor de s/.750.00 soles mensuales y con trabajo eventual, cuentan con viviendas unifamiliares, casa propia. En los determinantes de los estilos de vida la mayoría de los adultos maduros consumen ocasionalmente bebidas alcohólicas, casi la totalidad consumen diariamente fideos. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias la totalidad de los adultos maduros no reciben ningún apoyo social natural o social organizado, casi la totalidad cuentan con SIS-MINSA, la mayoría la calidad de atención que reciben en su establecimiento de salud es regular.

Palabras clave: Adultos, determinantes de la salud, maduros

ABSTRACT

This research is quantitative, descriptive design with one box. Overall objective was to describe the determinants of health of mature adults of A. H. Gardens II Stage, Chimbote, 2014. The sample consisted of 105 mature adults of A. H. Questionnaire on health determinants using the technique of interview and observation: Gardens II Stage, who answered a questionnaire was applied. The 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. In conclusion: That the determinants of health biosocioeconomicos: Most mature adults are female, incomplete grade full / secondary secondary education, less income of s / \$ 750.00 monthly soles and temporary work, have family homes , own house. The determinants of lifestyles most mature adults occasionally drink alcohol, consume almost all noodles daily. The determinants of social and community all mature adults networks receive no organized natural or social social support, almost all have SIS-MINSA, most quality of care they receive in their health facility is regular.

Key words: Adults, determinants of health, mature

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Pag.

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	
2.1. Antecedentes.....	10
2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación.....	12
III. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	20
3.2. Población y muestra.....	20
3.3. Definición y Operacionalización de las variables.....	21
3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	35
3.5. Plan de Análisis.....	38
3.6. Principios éticos.....	39
IV. RESULTADOS	
4.1. Resultados.....	40
4.2. Análisis de los resultados.....	53
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones.....	82
5.2. Recomendaciones.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
ANEXOS.....	99

ÍNDICE DE TABLAS

Pag.

TABLA 1	40
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS MADUROS. A.H. LOS JARDINES II ETAPA– CHIMBOTE, 2013	
TABLA 2	41
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS MADUROS. A.H. LOS JARDINES II ETAPA– CHIMBOTE, 2013	
TABLA 3	45
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS MADUROS. A.H. LOS JARDINES II ETAPA– CHIMBOTE, 2013	
TABLA 4, 5, 6	48
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS APOYO COMUNITARIO DE LOS ADULTOS MADUROS. A.H. LOS JARDINES II ETAPA– CHIMBOTE, 2013	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pag.

GRÁFICOS DE TABLAS 1	120
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS MADUROS. A.H. LOS JARDINES II ETAPA– CHIMBOTE, 2013	
GRFÁICOS DE TABLAS 2	123
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS MADUROS. A.H. LOS JARDINES II ETAPA– CHIMBOTE, 2013	
GRÁFICOS DE TABLAS 3	129
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS MADUROS. A.H. LOS JARDINES II ETAPA–CHIMBOTE, 2013	
GRÁFICOS DE TABLAS 4, 5, 6	133
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS APOYO COMUNITARIO DE LOS ADULTOS MADUROS. A.H. LOS JARDINES II ETAPA–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 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 A.H. Los Jardines II Etapa que se encuentra ubicada en la ciudad de Chimbote. Limita por el norte con el Cementerio San Pedro; al Sur con el Parque Industrial; al este con el A.H. Los Jardines II Etapa; al oeste con la con Invasión Las Américas. Cuenta con 284 viviendas, y entre ellos 105 personas adultos maduros. La mayoría de estas personas se dedican más al comercio ambulatorio, trabajo doméstico y empleo en las fábricas pesqueras y conservas y al negocio propio. La comunidad tienen como características, zona arenosa, las pista con asfaltado de ripio, la mayoría de las viviendas son de material de esteras, y algunas de triplay y material noble cuentan, con los servicios básicos de luz intradomiciliaria, y carecen de agua y desagüe. El carro cisterna y el carro recolector de basura pasan dos veces por semana (13).

Frente expuesto consideramos pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema:

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en los Adultos Maduros del A.H. Los Jardines II Etapa– Chimbote, 2013?

Para dar respuesta al problema se planteó el siguiente objetivo general:

•Describir los determinantes de la salud en los Adultos Maduros del A.H. Los Jardines II Etapa-Chimbote, 2013

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

- Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico (Sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) en los adultos maduros del A.H. Los Jardines II Etapa, Chimbote 2013.
- Identificar los determinantes de los estilos de vida: alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad en los adultos maduros del A.H. Los Jardines II Etapa, Chimbote 2013.
- Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social, en los adultos maduros del A.H. Los Jardines II Etapa, Chimbote 2013.

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 adultos maduros en el asentamiento humano los Jardines II etapa y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación que se realizara es una función que todo sistema de salud requiere cumplir puesto que ello contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios. Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de la población de los adultos maduros en el asentamiento humano los Jardines II etapa y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

El presente estudio permitirá 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 de los adultos maduros del asentamiento humano los Jardines II etapa, 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 San Pedro porque las conclusiones y recomendaciones contribuyen a elevar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud principalmente en la etapa de vida adulto maduro 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 adultos maduros del asentamiento humano los Jardines II etapa 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 encontró 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 L y García G (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).

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 a cerca 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)

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Cuantitativo, descriptivo (21,22).

Diseño de una sola casilla (23,24).

3.2. Población y Muestral

El universo estuvo constituido por 105 adultos maduros del Asentamiento Humano los Jardines II etapa.

3.2.1. Unidad de análisis

Cada adulto maduro que forma parte de la muestra y responde a los criterios de la investigación

Criterios de Inclusión

- Adultos maduros que vive más de 3 a años en el Asentamiento Humano Los Jardines II etapa.
- Adultos maduros del Asentamiento Humano Los Jardines II etapa, que aceptaron participar en el estudio.
- Adultos maduros del asentamiento humano los Jardines II etapa que tuvieron la disponibilidad de participar en el cuestionario como informantes sin importar el sexo, condición socioeconómica y nivel de escolaridad.

Criterios de Exclusión:

- Adultos maduros del Asentamiento Humano los Jardines II etapa, que presentaron algún trastorno mental o problemas de comunicación.

3.3. Definición y Operacionalización de variables:

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO SOCIOECONOMICO

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 incompleta / Secundaria completa
- 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).

Definición Operacional

Escala de razón

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

Ocupación

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (29).

Definición Operacional

Escala Nominal

- Trabajador estable
- Eventual
- Sin ocupación
- Jubilad
- 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/alquilado
- Cuidador/alojada
- Plan social (dan casa para vivir)
- Alquiler venta

Material del piso:

- Tierra
- Entabla
- 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 miembro
- Individual

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

- Aire libre
- Acequia , can
- 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 trabajo
- 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) (34).

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

Escala nominal

Institución de salud atendida:

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

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

- Si () No ()

3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

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

Instrumento N° 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 está constituido por 29 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (ANEXO 01)

- Datos de identificación, donde se obtuvo las iniciales o seudónimo del adulto maduro.
- Los determinantes del entorno biosocioeconómico (Sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica) del adulto maduro.
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), alimentos que consumen los adultos maduros.

- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Apoyo social natural, organizado, acceso a los servicios de salud de los adultos maduros.

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 2)

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. (35,36). (ANEXO 3)

3.5. Plan de análisis

3.5.1 Procedimientos de la recolección de datos:

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

- Se informó y se pidió el consentimiento de los adultos maduros de dicha comunidad, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con los adultos maduros 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 las 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 (37).

Anonimato

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

Privacidad

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

Honestidad

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

Consentimiento

Se trabajó con los adultos maduros que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 04).

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 1.

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS MADUROS ASENTAMIENTO HUMANO LOS JARDINES II ETAPA – CHIMBOTE, 2013

Edad		
Sexo	N	%
Masculino	9	9,0
Femenino	96	91,0
Total	105	100,0
Grado de instrucción	N	%
Sin nivel e instrucción	6	6,0
Inicial/Primaria	24	23,0
Secundaria: Incompleta/ Completa	75	71,0
Superior: Incompleto/Completo	0	0,0
Total	105	100,0
Ingreso económico (Soles)	N	%
Menor de 750	89	85,0
De 751 a 1000	15	24,0
De 1001 a 1400	0	0,0
De 1401 a 1800	1	1,0
De 1801 a más	0	0,0
Total	105	100,0
Ocupación	N	%
Trabajador estable	19	18,0
Eventual	67	64,0
Sin ocupación	16	15,0
Jubilado	3	3,0
Estudiante	0	0,0
Total	105	100,0

FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros del Asentamiento humano Los Jardines II Etapa– Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

4.1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 2

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS MADUROS. ASENTAMIENTO HUMANO LOS JARDINES II ETAPA – CHIMBOTE, 2013

Tipo	N	%
Vivienda unifamiliar	83	79,0
Vivienda multifamiliar	22	21,0
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	105	100,0
Tenencia	N	%
Alquiler	0	0,0
Cuidador/alojado	5	5,0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0
Alquiler venta	0	0,0
Propia	100	95,0
Total	105	100,0
Material del piso	N	%
Tierra	97	92,0
Entablado	0	0,0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	0	0,0
Láminas asfálticas	0	0,0
Parquet	8	8,0
Total	105	100,0
Material del techo	N	%
Madera, esfera	5	4,7
Adobe	0	0,0

Estera y adobe	91	86,7
Material noble, ladrillo y cemento	0	0,0
Eternit	9	8,6
Total	105	100,0
Material de las paredes	N	%
Madera, estera	13	16,0
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	81	77,0
Material noble ladrillo y cemento	12	11,0
Total	105	100,0
N° de personas que duermen en una habitación	N	%
4 a más miembros	8	7,6
2 a 3 miembros	68	64,8
Independiente	29	27,6
Total	105	100,0

Continúa.....

TABLA 02. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	105	100,0
Pozo	0	0,0
Red pública	0	0,0
Conexión domiciliaria	0	0,0
Total	105	100,0
Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	26	25,0
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	0	0,0
Baño público	0	0,0
Baño propio	0	0,0
Otros	79	75,0
Total	105	100,0
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	92	88,0
Leña, carbón	13	12,0
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	105	100,0
Energía eléctrica	N	%
Sin energía	0	0,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	105	100,0
Energía eléctrica permanente	0	0,0
Vela	0	

		0,0
Total	105	100,0
Disposición de basura		
	N	%
A campo abierto	19	18,0
Al río	0	0,0
En un pozo	1	1,0
Se entierra, quema, carro recolector	85	81,0
Total	105	100,0
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa		
	N	%
Diariamente	0	0,0
Todas las semana pero no diariamente	0	0,0
Al menos 2 veces por semana	100	95,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	5	5,0
Total	105	100,0
Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:		
	N	%
Carro recolector	105	100,0
Montículo o campo limpio	0	0,0
Contenedor específico de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	105	100,0

FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del Asentamiento humano Los Jardines II Etapa– Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 03

***DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MADUROS
ASENTAMIENTO HUMANO LOS JARDINES II ETAPA- CHIMBOTE, 2013***

Fuma actualmente:	N	%
Si fumo, diariamente	3	3,0
Si fumo, pero no diariamente	8	8,0
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	36	34,0
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	58	55,0
Total	105	100,0
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	N	%
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	0	0,0
Una vez a la semana	0	0,0
Una vez al mes	0	0,0
Ocasionalmente	79	75,0
No consumo	26	25,0
Total	105	100,0
N° de horas que duerme	N	%
[06 a 08)	105	100,0
[08 a 10)	0	0,0
[10 a 12)	0	0,0
Total	105	100,0
Frecuencia con que se baña	N	%
Diariamente	105	100,0
4 veces a la semana	0	0,0
No se baña	0	0,0
Total	105	100,0
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	N	%

Si	53	50,0
No	52	50,0
Total	105	100,0
Actividad física que realiza en su tiempo libre		
	n	%
Caminar	61	58,0
Deporte	23	22,0
Gimnasia	0	0,0
No realizo	21	20,0
Total	105	100,0
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos		
	n	%
Caminar	54	51,0
Gimnasia suave	7	7,0
Juegos con poco esfuerzo	6	6,0
Correr	1	1,0
Deporte	19	18,0
Ninguna	18	17,0
Total	105	100,0

Continúa.....

TABLA 03. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

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	%	N
Frutas	29	28,0	25	24,0	36	34,0	12	11,0	3	3,0	105
Carne	38	36,0	39	37,0	24	23,0	4	4,0	0	0,0	105
Huevos	3	3,0	27	26,0	49	47,0	24	23,0	2	1,0	105
Pescado	5	5,0	14	13,0	35	33,0	42	40,0	9	9,0	105
Fideos	102	97,0	3	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	105
Pan, cereales	80	76,0	20	19,0	4	4,0	1	1,0	1	1,0	105
Verduras, hortalizas	29	27,0	47	45,0	27	26,0	1	1,0	1	1,0	105
Otras	2	10,0	37	35,0	44	42,0	17	16,0	5	5,0	105

FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano. Los Jardines II Etapa– Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación

4.1.4 DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 04

DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO DE LOS ADULTOS MADUROS. ASENTAMIENTO HUMANO LOS JARDINES II ETAPA-CHIMBOTE, 2013

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N	%
Hospital	42	40,0
Centro de salud	0	0,0
Puesto de salud	63	60,0
Clínicas particulares	0	0,0
Otras	0	0,0
Total	105	100,0

Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	N	%
Muy cerca de su casa	0	0,0
Regular	35	33,0
Lejos	61	58,0
Muy lejos de su casa	7	7,0
No sabe	2	2,0
Total	105	100,0

Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	8	8,0
SIS – MINSA	96	91,0
SANIDAD	1	1,0
Otros	0	0,0
Total	105	100,0

El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	N	%
Muy largo	1	1,0

Largo	21	20,0
Regular	73	70,0
Corto	3	3,0
Muy corto	2	2,0
No sabe	5	4,0
Total	105	100,0
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N	%
Muy buena	0	0,0
Buena	7	7,0
Regular	85	81,0
Mala	7	7,0
Muy mala	0	0,0
No sabe	6	6,0
Total	105	100,0

Continúa.....

TABLA 4. DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS MADUROS ASENTAMIENTO HUMANO LOS JARDINES II ETAPA-CHIMBOTE, 2013

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N	Conclusión.
		%
Si	0	0,0
No	105	100,0
Total	105	100,0

FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación

TABLA 5***DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO DE LOS ADULTOS MADUROS ASENTAMIENTO HUAMNO LOS JARDINES II ETAPA- CHIMBOTE, 2013***

Recibe algún apoyo social natural:	N	%
Familiares	16	15,0
Amigos	4	4,0
Vecinos	2	2,0
Compañeros espirituales	1	1,0
Compañeros de trabajo	1	1,0
No recibo	81	77,0
Total	105	100,0

Recibe algún apoyo social organizado:	N	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	0	0,0
Empresa para la que trabaja	0	0,0
Instituciones de acogida	0	0,0
Organizaciones de voluntariado	0	0,0
No recibo	105	100,0
Total	105	100,0

FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes Directora de la presente línea de Investigación.

TABLA 6***DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO DE LOS ADULTOS MADUROS ASENTAMIENTO HUMANO LOS JARDINES II ETAPA– CHIMBOTE, 2013***

	SI		NO	
	n	%	N	%
Recibe algún apoyo social organizado:				
Pensión 65	0	0,0	105,0	100,0
Comedor popular	0	0,0	105,0	100,0
Vaso de leche	0	0,0	105,0	100,0
Total	0	0,0	105,0	100,0

FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa– Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación

4.2. Análisis de los resultados

En tabla 01: De los 100% (105) adultos maduros del A.H. Los Jardines II Etapa, el 91% (96) son del sexo femenino; en el grado de instrucción el 71% (75) secundaria: incompleta/Completa; el 85% (89) tiene un ingreso económico menor de 750.00 soles y el 64% (67) trabajan eventual.

Así mismo decimos que la siguiente investigación en los adultos maduros del asentamiento humano los Jardines II etapa, casi la totalidad son de sexo femenino, toda la totalidad son adultos maduros, la mayoría tienen secundaria: incompleta/completa, la mayoría tienen un ingreso económico menor de 750 soles y la mayoría tienen trabajo eventual.

Así mismo los resultados encontrados por López R. (38), en su estudio de determinantes de la salud en comerciantes adultos maduros del Mercado Los Cedros, Nuevo Chimbote 2013. La autora concluye que su muestra estuvo conformado por 105 adultos maduros; de los cuales el 78% (82) son de sexo femenino, el 74% (78) tienen nivel secundario completo e incompleto, el 56% (59) tiene ingreso económico de 751 a 1000 nuevos soles.

La edad, está relacionada estrechamente con el proceso de maduración anatomofisiológico y social que cursa el individuo lo que determina las características especiales de comportamiento, es así que los adultos se caracterizan por la plena vigencia de las capacidades físicas e intelectuales y

madurez emocional lo que le permite mayor estabilidad y mejor intervención en el cuidado de la salud y enfrentar los procesos de enfermedad. El adulto maduro es capaz de reconocer y valorar sus propias posibilidades y limitaciones, esto lo hace sentirse con capacidad para realizar unas cosas e incapaz para otras. Normalmente tiene una percepción correcta de la realidad (objetividad), lo cual lo capacita para comportarse con mayor eficacia y sentido de responsabilidad (39).

El sexo, cada género presenta características propias como: la fuerza física, función de reproducción, diferencia entre aptitudes, intereses y características individuales que está determinada en gran parte por expectativas (papeles sociales). Las mujeres asumen la responsabilidad de madres frente al hogar, además son menos agresivas, son más emocionales; en cambio los varones participan en actividades relacionadas en la obtención de alimentos que los lleva lejos de la unidad familiar, son más agresivos y menos emotivos (40).

El grado de instrucción es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos de la familia (41).

Según la literatura el grado de instrucción considerado un indicador del nivel de educación de una persona. Ha sido utilizada como variable aproximada al nivel socioeconómico de las personas, por su fuerte asociación

con los ingresos y el nivel de vida. El nivel de estudios distingue bastante bien a los sujetos con distinto estado de salud, pues los individuos con mayor nivel de estudios son capaces de comprender mejor la información sobre la promoción de la salud (42).

Es la capacidad que el individuo tiene en cuanto tal de adquirir nuevas conductas a lo largo de su existencia. Es el grado de instrucción que puede recibir una persona. Es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos. Las condiciones de educabilidad, hacen alusión al conjunto de habilidades sociales, culturales e instituciones con las cuales el individuo enfrenta de la mejor manera posible el proceso de educación formal, de esta forma, la posibilidad de transformación del hombre se conoce por su educabilidad (43).

Es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos.

Las condiciones de educabilidad, hacen alusión al conjunto de habilidades sociales, culturales e instituciones con las cuales el individuo enfrenta de la mejor manera posible el proceso de educación formal, de esta forma, la posibilidad de transformación del hombre se conoce por su educabilidad (44).

Se asemeja también la investigación tales como: Corbalán. J. M; en su estudio titulado "Síntesis y análisis global de resultados por países"2004, concluye que en Educación para la población rural en Brasil, Chile, Colombia, Honduras, México, Paraguay y Perú". Menciona que puede tratarse al menos desde dos puntos de vista la 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 su expresión paradigmática en la educación y las políticas públicas dirigidas a la población indígena. La segunda analiza el déficit del mundo rural en comparación con el urbano o con los estándares óptimos para producir calidad educativa (45).

Las personas más vulnerables a la situación económica media se debe a diferentes factores observados en este análisis: se debe a las posibilidades de educación el acceso de empleos y ocupaciones, y su concentración en actividades independientes que generan ingresos básicos y que pueden obtener una mejor calidad de vida (46).

Los Estudios defieren con la investigación tenemos a: Quispe R. (47), en su estudio titulado El problema de la vivienda en el Perú, retos y perspectivas, menciona que el déficit de viviendas en el Perú es principalmente de orden cualitativo pues presenta malas condiciones de habitabilidad, donde los afectados son grupos de bajos ingresos; los adultos tienen mayores riesgos de resultar expuestos a peligros del ambiente hogareño, los grupos de población con riesgos.

El nivel socioeconómico se refiere a la disponibilidad de recursos económicos, servicios de atención médica, viviendas, saneamiento básico, etc. Cada comunidad tiene sus estructuras económicas y las relaciones que de ellos se establecen determinarán la morbi-mortalidad de diferentes grupos humanos. Tener mejores ingresos económicos equivale a tener mejor alimentación, educación, vivienda, salud. Las limitaciones económicas son un factor determinante en el cuidado de la salud. Así mismo es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo. Al analizar el nivel socioeconómico de una familia se analizan, los ingresos del hogar, los niveles de educación, y ocupación, como también el ingreso combinado, comparado con el individual.

Si bien es cierta la etapa adulta los comportamientos están más arraigados, estamos convencidos de que la educación para la salud con personas adultas puede lograr la modificación o adquisición de comportamientos saludables para la persona.

La ocupación como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquella se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la Posición en el Trabajo. Es un subconjunto de los sitios marcados por el criterio de continuidad en la distribución y en las

asociaciones de los materiales arqueológicos y limitado por fases de abandono o no ocupación en el sitio. La ocupación, entendida de esta manera puede o no involucrar uno o más pisos y superficies de ocupación de manera secuencial, o conformarse con una simple unidad de deposición (48,49).

Por otro lado el ingreso económico de un individuo también depende del grado de instrucción que haya recibido por lo que se considera vital tratar de que la población reciba los conocimientos y competencias suficientes para acceder a mejores remuneraciones y por lo tanto a acceso a recursos y a servicios dentro de los cuales se incluye la salud (50).

El Trabajo eventual es una modalidad contractual que engloba aquellas formas laborales en las cuales está ausente por completo la idea de permanencia o estabilidad del trabajador. Precizando más el concepto, podría decirse que este tipo de contrato se caracteriza por establecer, entre las partes (empleador y trabajador), una relación laboral de carácter transitorio, accidental, u ocasional, que se realiza para obtener un resultado concreto, a través de la prestación de algún servicio o la realización de alguna obra de parte del dependiente. (51).

Casi la totalidad de los adultos maduros son de sexo femenino, tiene un ingreso económico menor de 750.00 soles y el son trabajadores eventuales, por lo que esto es de vital importancia para nuestra sociedad y del gobierno, ya que si bien es cierto el ganar un sueldo mínimo o básico y el no tener un

trabajo estable, afecta la salud ya sea física, psicológica o emocional en nuestros adultos maduros de la asentamiento humano los Jardines II etapa.

TABLA 2: Del 100% (105) de adultos maduros, el 79% (83) cuentan con una vivienda unifamiliar; 95% (100) e tiene casa propia; el 92% (97) su piso es de tierra; el 87% (91) tiene un techo construido de estera; el 77% (81) tiene paredes de estera; el 65% (68) duerme en una sola habitación con 2 a 3 miembros; el 100% (105) la cisterna les bastece de agua; el 75% (79) eliminan sus excretas en otros; el 88% (92) cocina a gas; el 100% (105) tiene energía eléctrica temporal; el 81% (85) lo entierra, quema, carro recolector; el 95% (100) refiere que pasan recogiendo la basura por su casa al menos 2 veces por semana; el 100% (105) elimina su basura a través del carro recolector.

El estudio realizado por: Feche J; Camargo F; Viggian M; Tadeu M, La racionalidad y el conocimiento hacia el saneamiento universal en las zonas de vulnerabilidad social / Justificación y conocimientos para la implementación de servicios de saneamiento universal en las zonas de vulnerabilidad social. La aceptación de un concepto o idea en particular en materia de saneamiento consiste en elegir determinadas intervenciones eficaces en la red y la vida de los usuarios individuales, e implica una redefinición del espacio en que se ejerce el control y la gestión de las redes de saneamiento (52).

Estos determinantes cobran mayor importancia por su influencia en enfermedades emergentes, principalmente en las crónicas degenerativas (diabetes, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, hipertensión arterial, algunos tipos de cáncer, etc) que contribuyen a la mortalidad como consecuencia de un proceso iniciado en décadas anteriores.

Por el estilo de vida que llevan los adultos maduros del A.H. Los Jardines II-Etapa, se asemejan mucho a esta investigación realizada, ya que el sedentarismo es un problema creciente observado principalmente en las zonas urbanas, afectando al 40% del país, siendo mayoría en Lima y el resto de la costa (41,9% y 46,9% respectivamente). El sobrepeso y la obesidad afecta al 35,3% y al 16,5% respectivamente de la población peruana, es más frecuente en mujeres y se incrementa con la edad. Asimismo es más prevalente en Lima y el resto de la costa. En relación a las dislipoproteinemias, la hipercolesterolemia y la hipertrigliceridemia están presentes en el 19,6% y 15,3% de los peruanos respectivamente (53).

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

atención de los ancianos y personas con discapacidad; el desenvolvimiento de la vida del niño; promover el desarrollo equilibrado de la vida familiar (54).

Así mismo se encontró un estudio con el tipo de eliminación de excretas parece ser el factor crucial para evaluar la higiene del espacio interno de la vivienda en los censos. En este caso, las alternativas de respuesta suelen ser menos, pues además de la conexión al alcantarillado (o cloaca) y la fosa séptica, que se repiten en prácticamente todos los países, normalmente se incluyen dos o tres opciones más que denotan carencia (pozo negro, letrina, no tiene). Dado que los nombres de los sistemas usados para la evacuación de excretas varían de país en país, el principal criterio que debe satisfacer la pregunta sobre evacuación de excretas y sus categorías de respuesta es distinguir entre viviendas con buen y mal sistema de evacuación de excretas (55).

Los resultados encontrados de Determinantes socioeconómicos se relacionan con lo reportado por Oblitas Y. (56) quien en su estudio “Determinantes de la salud en el adulto maduro del asentamiento humano Los Geranios, Nuevo Chimbote, 2013”. La autora concluye que del 100 % (122) de los adultos maduros, el 93 % (113) tienen vivienda unifamiliar; el 98 % (120) tienen casa propia; el 100 % (122) tienen piso de tierra; el 80 % (97) tienen el techo de material estera; el 68 % (83) tienen las paredes de material estera y adobe; duermen de dos a tres miembros por habitación, lo que hace el 83 % (100); el 100 % (122) cuenta con servicio de agua de red pública, el 58 % (71) eliminan sus excretas al aire libre; el 95 % (116) utilizan gas para

cocinar; el 100 % (122) cuentan con energía eléctrica temporal; el 100 % (122) eliminan su basura a través de un carro recolector, y el 67 % (82) afirman que el carro recolector pasa dos veces por semana.

“Las barriadas son una especie de costra precaria, un infierno urbano que algún día tendrá que ser reemplazado por nuevas ciudades dotadas con servicios y espacios públicos”, manifiesta Wiley Ludeña, arquitecto, docente universitario y director de la revista “Urbe”. Esa es la amarga reflexión que ofrece a El Comercio tras analizar el fenómeno de la autoconstrucción en el país y la ausencia de políticas de vivienda social, este último uno de los temas centrales del taller Limápolis 2016 que empieza hoy en la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP) (57).

Ludeña W. (57) no solo es una realidad en Lima, una ciudad en la que el 70% de las viviendas fueron producto de la construcción informal (sin orientación técnica y con materiales de baja calidad), según el Plan Metropolitano de Desarrollo Urbano (PLAM) al 2035. El caos se vive también, por ejemplo, en el cono norte de Arequipa, donde hoy viven 150 mil personas, o en Chiclayo, donde más de 400 mil personas viven en 360 barriadas. En total, se estima que en el Perú hay 7,6 millones de personas en asentamientos humanos.

Según los organizadores de Limápolis, la precariedad de las barriadas es un problema que no podemos seguir eludiendo. Los riesgos son múltiples: contaminación, falta de áreas verdes, déficit de equipamiento urbano. Pero lo

que más preocupa es la vulnerabilidad ante los desastres. Si ocurriera en Lima un terremoto de magnitud 8, se derrumbarían 200 mil viviendas y otras 350 mil quedarían dañadas, según el PLAM 2035. Los distritos más golpeados serían aquellos donde primó la autoconstrucción como Villa El Salvador o Ventanilla (57).

Es un enfoque de riesgo que se consideró no solamente las variables de la vivienda: materialidad (materiales de techo, paredes, pisos, etc.); espacio habitable (hacinamiento); servicios básicos (agua potable, electricidad, saneamiento básico, recolección de residuos, etc.); equipamiento del hogar (heladera, etc.) sino también las variables económicas, sociales, políticas, culturales o de otro tipo. La idea de vincular las variables de la vivienda con las del contexto social permitiría orientar de manera más efectiva la toma de decisiones para la gestión de la vivienda saludable y facilitaría la identificación de medidas factibles y eficientes de reducción del riesgo (58,59).

Así mismo la investigación de Cáceres L, Rovira J, Calzada J, Saldaña A. la relación entre el tipo de vivienda y la presencia de triatómicos, se basó en el tipo de techo, paredes, piso y vías de potenciales entradas de insectos a la vivienda. Los resultados demuestran que en el 46,4 % de las casas clasificadas como de “riesgo bajo” se encontraron triatominos, al igual que en el 9,1 % y 38,9 % de las casas de “riesgo moderado” y “riesgo alto”, respectivamente. De las 8 casas con peridomicilio clasificado como de “riesgo bajo” se encontraron 25,0 % infestadas. Mientras que en 32,4 % de

riesgo moderado 53,3 % de “riesgo alto” fueron encontrados chinches. Aquellas casas infestadas presentaron en promedio 1,0 palmas reales en un perímetro de 25 metros. En el perímetro de los 50 metros, el promedio fue de 2,1 y 0,9 palmas, para las casas positivas y negativas respectivamente (60).

La vivienda unifamiliar o nuclearse describe como un agrupamiento compuesto por el padre, la madre y los hijos tenidos en común, con respecto a los determinantes de la salud relacionados al entorno físico de las viviendas, se obtuvo que la mayoría de los pobladores tienen viviendas unifamiliares, debido a que muchos de ellos al migrar de otras zonas e invadir se posicionaron de estos terrenos que en la mayoría de los casos eran parcelas muy reducidas y pequeños que de alguna manera han limitado tener propiedades extensas, la mayoría de los invasores pertenecen a familias de dos, tres o cuatro integrantes generalmente de padres e hijos(unifamiliar), y estos hijos al formar nuevas familias no permanecen en la misma casa, sino más bien tratan de independizarse y asumir sus responsabilidades conyugales, quizás estas son las razones del existencia de muchas viviendas unifamiliares en la zona.

La vivienda saludable es el espacio físico donde seres humanos transcurren la mayor parte de su vida; este espacio, por sus características y especificaciones, brinda condiciones para prácticas saludables, previniendo o reduciendo los riesgos que generan problemas de salud. La distribución del espacio en la vivienda debe garantizar la intimidad, independencia y

convivencia sana. Debe tener los espacios separados según la actividad que se realiza en cada uno de los ambientes (61)

Así también la investigación de Barceló C. en su investigación titulada: Vivienda Saludable: Estrategia Regional. Organización Panamericana de la Salud, Simposio Regional: Metas de Desarrollo del Milenio: Estrategias en Saneamiento Básico y la Búsqueda de Equidad y Desarrollo Sostenible. Las características sociales y físicas del entorno de la vivienda o vecindario son importantes para proteger la salud y el bienestar de sus moradores. Los entornos urbanos se enfrentan con problemas de hacinamiento, ruido, contaminación del aire, congestión y peligros del tránsito, delincuencia y aislamiento social. Los entornos rurales se enfrentan con problemas de falta de servicios sanitarios y de apoyo social y aislamiento social. Tanto el asentamiento precario planificado como el generado por la ocupación del territorio pueden poner en riesgo la salud y bienestar de sus habitantes (62).

Problema de la vivienda en el Perú: El déficit de vivienda en el Perú es principalmente el orden cualitativo, presenta malas condiciones de habitabilidad de precariedad habitacional, de localización de la vivienda (en lugares inadecuados y riesgosos). Como se explica, ello se debe tanto a la situación de pobreza en la que vive una buena parte de la población, que no le permite acceder al mercado formal, como también a políticas públicas inadecuadas que no han tomado en cuenta esta situación. A tal punto que podemos afirmar que actualmente los programas de vivienda no se interesan por el mantenimiento ni mejoramiento del parque habitacional sino por

edificar viviendas nuevas con intermediación financiera de la banca comercial (63).

El saneamiento ambiental básico es el conjunto de acciones técnicas y socioeconómicas de salud pública que tienen por objetivo alcanzar niveles crecientes de salubridad ambiental. Comprende el manejo sanitario del agua potable, las aguas residuales, los residuos orgánicos tales como las excretas y residuos alimenticios, los residuos sólidos y el comportamiento higiénico que reduce los riesgos para la salud y previene la contaminación. Tiene por finalidad la promoción y el mejoramiento de condiciones de vida urbana y rural (64).

Se denomina agua potable o agua para consumo humano, al agua que puede ser consumida sin restricción debido a que, gracias a un proceso de purificación, no representa un riesgo para la salud. El término se aplica al agua que cumple con las normas de calidad promulgadas por las autoridades locales e internacionales garantizando la trazabilidad de los procesos y la consecución de la exactitud requerida en cada caso; empleando para ello instrumentos, métodos y medios apropiados (64).

Del mismo modo, el resultado difiere a lo investigado por: Barrios A. (65), quien investigó Mejoramiento de viviendas en comunidades rurales en Paraguay-2003. Donde concluye que la mayoría de las viviendas tienen dos piezas (dormitorios). En cuanto al material del techo el 90% es de paja, paredes el 65% es de abobe, el 49 % cuenta con piso de tierra, y solo el

servicio de energía eléctrica llega al 100 %. Todos cuentan con pozo de agua, el 65 % de la población, tiene letrina en sus baños el resto cuenta con pozo ciego, algunos baños modernos, el 50 % utiliza leña para cocinar, un 30 % tiene cocina a gas, pero no la utiliza, el 72% de los pobladores queman sus desperdicios, el 24% entierran, y el 4% los 54 utilizan para abono.

Los resultados obtenidos en el presente estudio difieren con Cutimbo C. (66), en su estudio sobre Calidad bacteriológica de las aguas subterráneas de consumo humano en centros poblados menores de la Yarada y Los Palos del Distrito de Tacna-2012. Se analizaron aleatoriamente 46 fuentes de aguas. De estos pozos 21 (46%) se encontraron aptas para el consumo humano, 25 (54%) no aptas. De los 46 pozos, el 15 % se encontraron en condiciones adecuadas, las demás presentaron deficiencias Higiénico sanitarias y fueron: presencia de insectos en un 26%, algas 22%, sin protección 48%, pozo sin revestimiento 4%, cercanía a basurales 4%, cercanía a letrinas 2% y presencia de animales domésticos en el ambiente circundante 7%. Concluyendo que es fundamental implementar un programa de monitoreo de la calidad sanitaria del agua para su consumo.

Por lo que la organización mundial de la salud (OMS) menciona que es importante conocer que las características sociales y físicas del entorno alrededor de la vivienda o vecindario son importantes para proteger la salud y el bienestar de sus moradores. Los entornos urbanos se enfrentan con problemas de hacinamiento, ruido, contaminación del aire, congestión y peligros del tránsito, delincuencia y aislamiento social. Los entornos rurales

se enfrentan con problemas de falta de servicios sanitarios y de apoyo social y aislamiento social. Tanto el asentamiento precario planificado como el generado por la ocupación del territorio en forma espontánea pueden poner en riesgo la salud y bienestar de sus habitantes, están asociados con un aumento de la mortalidad general, del número casos de bajo peso al nacer, accidentes, enfermedades cardiovasculares, HIV, gonorrea, tuberculosis, depresión (52).

En su estudio realizado Gould R (67). En su investigación titulada: “Determinantes de la salud social a los adultos maduros de la población de México 2008,” concluyo que la población de la ciudad de México tiene la mayor generación de residuos del país, debido a su condición urbana y a también tener el mayor PIB por capital 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.

Asimismo la investigación de Cáceres L, Rovira J, R, Calzada J; E, Saldaña A. (68) en su investigación titulada: los resultados demuestran que en el 46,4 % (13/28) de las casas clasificadas como de “riesgo bajo” se encontraron triatominos, al igual que en el 9,1 % (1/11) y 38,9 % (7/18) de las casas de “riesgo moderado” y “riesgo alto”, respectivamente. De las 8 casas con peridomicilio clasificado como de “riesgo bajo” se encontraron 2 (25,0 %) infestadas. Mientras que en 11 de 34 (32,4 %) de riesgo moderado y en 8 de 15 (53,3 %) de “riesgo alto” fueron encontrados chinches. Aquellas casas

infestadas presentaron en promedio 1.0 palmas reales en un perímetro de 25 metros.

En cuanto al material de pisos de tierra presentan un riesgo alto en las personas adultas, por lo que generan la aparición de enfermedades en la piel, esta también se relaciona con presencia de IRAS y EDAS en los niños y adultos del hogar (69).

El agua y el saneamiento son uno de los principales motores de la salud pública, lo que significa que en cuanto se pueda garantizar el acceso al agua salubre y a instalaciones sanitarias adecuadas para todos, independientemente de la diferencia de sus condiciones de vida, se habrá ganado una importante batalla contra todo tipo de enfermedades.

Hay muchos factores que pueden afectar la salud de los adultos maduros, como el no contar con una vivienda saludable, el que sus viviendas no estén bien estructuradas, no contar con un piso, techo, paredes, servicios básicos, pueden contribuir a un inadecuado estado de salud, ya que todos estos problemas son un factor de riesgo muy grande, porque pueden sufrir de muchas enfermedades como asma, bronquios, enfermedades a la piel, desastres, etc.

Así mismo decimos que la siguiente investigación en los adultos maduros del asentamiento humano los Jardines II etapa, toda la totalidad la cisterna les abastece de agua, tienen energía eléctrica temporal y elimina su basura a través del carro recolector, casi toda la totalidad tiene casa propia, su piso es

de tierra y refiere que pasan recogiendo la basura por su casa al menos 2 veces por semana, la mayoría cuentan con una vivienda unifamiliar, tiene techo construido de esteras, tienen paredes de esteras, duermen en una sola habitación con 2 a 3 miembros, eliminan sus excretas en otros, cocinan a gas, lo entierra, quema, carro recolector.

TABLA 3: Del 100% de adultos maduros, el 55% no fumo, ni a fumado nunca de manera habitual, el 75% consume Ocasionalmente bebidas alcohólicas; el 100% duerme de 06 a 08 horas; el 100% se baña diario; el 50% no se realiza algún examen médico, como el 50% si se realizan algún examen médico periódico en un establecimiento de salud; el 58% realizada caminatas durante dos últimas semanas, el 51% ha realizado caminatas durante 20 minutos; el 34% consumen frutas de una a dos veces por semana, el 37% consume carne de 3 a más veces por semana, 46% consume huevos de uno a dos veces por semana, el 40% consume pescado menos de 1 vez a la semana; el 97% consume fideo diario ; el 76% consume pan y cereales a diario; el 45% consume verduras y hortalizas 3 a más veces a la semana, 42% consume otros alimentos 1 a 2 veces a la semana.

Son similares a los resultados encontrados por: Uchazara, M. (70), en su estudio determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado menor los palos. Tacna, 2013; donde se muestra que 87,1 % de personas adultas no fumo ni he fumado nunca de manera habitual, el 35,8 no consume

bebidas alcohólicas, el 63,1% no se realiza algún examen médico periódico. Según sus alimentos el 71,1% consumen fideos, arroz, papas.

El consumo de tabaco, trae consecuencias nocivas sobre el organismo, producidas por el consumo de productos derivados del tabaco son importantes sobre muchos tejidos, órganos y sistemas, produciendo importantes patologías y pérdidas de salud. Así, se calcula que los productos del tabaco son los principales responsables cada año de centenares de miles de muertes y de enfermedad crónica en millones de personas. Los muertos por culpa del hábito tabáquico son muy superiores a las muertes sucedidas por enfermedades como el SIDA o la Tuberculosis, por el consumo de cualquier otra droga, por accidentes de circulación, suicidios y asesinatos (71).

De los estudios de la presente investigación difieren con lo encontrados por Colchado A. (72), determinantes de la salud adultos maduros. Vinzos. Distrito Santa-2011. En los estilos de vida se relacionan que el 100% de adultos maduros encuestados no fuma, ni ha fumado nunca, no realiza periódicamente algún chequeo médico en un plan y los cereales establecimiento de salud; no realiza actividad física, el consumo de fideo es a diario, el pescado, las verduras, las hortalizas consumen, lácteos 1 ó 2 veces por semana solo la consume 1 ó 2 veces a la semana las. En los embutidos consumen. Menos de una vez por semana, al igual los dulces.

El alcoholismo es una enfermedad progresiva, crónica y degenerativa; con síntomas que incluyen una fuerte necesidad de tomar a pesar de las

consecuencias negativas. La enfermedad está caracterizada por daños físicos en todos los sistemas del organismo, siendo los más complicados los que se relacionan con el sistema cardiovascular, el sistema nervioso y el hígado (73).

Consumo de tabaco y alcohol se da en los diferentes cambios sociales que se han presentado en las últimas décadas, se han relacionado con las modificaciones en las costumbres sociales, las crisis económicas, la globalización, la pérdida de valores, las cuales han afectado la vida de las personas, interviniendo en el consumo de sustancias que pueden resultar nocivas para la salud.

El examen médico periódico es importante porque permite saber que seremos individuos sanos que podremos disfrutar de la vida y de todo lo que en ella viene incluido. Esta no solo nos permitirá saber cuál es el estado actual de nuestra salud, sino también nos ayudará a prevenir otras enfermedades (74).

La salud ha sido considerada, de manera tradicional, como la ausencia de enfermedad. Este concepto es sumamente limitado, por ello la Organización Mundial de la Salud en 1967, amplía la definición de la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones. Esta definición, más amplia y completa, define la salud en términos positivos e innovadores introduciendo determinantes sociales y mentales, pero tiene aspectos negativos e incluso criticables, como por ejemplo equiparar "completo bienestar" con "salud" lo que hace la

definición utópica, convirtiéndola en estática, sin considerar los diversos grados que la salud puede tener. Deja, de lado el hecho que hay enfermedades que pueden ser asintomáticas y por ende no alteran el "bienestar". Además, como decía Aldous Huxley, La investigación de las enfermedades ha avanzado tanto que cada vez es más difícil hallar a alguien totalmente sano (75).

La OMS describe muy bien: La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural» (76).

Los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) demoran 114 minutos (casi dos horas) en atender a los pacientes que recurren a consultas externas, reveló la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, difundida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). El estudio señala además que los establecimientos de Essalud se ubican en el segundo lugar en cuanto a demoras en la atención a los usuarios. El tiempo promedio es de 58 minutos,

casi una hora. Mientras tanto, en los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y Policiales, la demora es de 50 minutos; y en las clínicas, se espera unos 35 minutos. En promedio general, los usuarios de consulta externa esperan 81 minutos para ser atendidos desde que llegaron a los establecimientos de salud a nivel nacional (77).

Según la encuesta realizada entre Marzo y Mayo de este año 2010, el 60,2% de los usuarios manifestó que el tiempo de espera para ser atendido es muy prolongado. Essalud demora más que el MINSA en dar citas. En cuanto al tiempo en que espera para obtener una cita, el seguro social Essalud demora 19 días en promedio, siete más que los establecimientos del Minsa. Los establecimientos de las Fuerzas Armadas y Policiales demoran 21 días, mientras que las clínicas 8. Pero a nivel nacional, el promedio de días que los usuarios esperan para obtener una cita es de 17 días (77).

La actividad física es esencial para el mantenimiento y mejora de la salud y la prevención de las enfermedades, para todas las personas y a cualquier edad. La actividad física contribuye a la prolongación de la vida y a mejorar su calidad, a través de beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales, que han sido avalados por investigaciones científicas. La actividad física reduce el riesgo de padecer: Enfermedades cardiovasculares, tensión arterial alta, cáncer de colon y diabetes, ayuda a controlar el sobrepeso, la obesidad y el porcentaje de grasa corporal, fortalece los huesos, aumentando la densidad ósea, fortalece los músculos y mejora la capacidad para hacer esfuerzos sin fatiga (forma física) (78).

El ejercicio físico, en la evaluación de los indicadores de salud, el expresa que un nivel apropiado de actividad física es un hábito beneficioso para la salud, mientras que una actividad física inadecuada puede tener efectos perjudiciales para aquella. Así por ejemplo diversos estudios de epidemiología han demostrado de forma consistente la relación entre el nivel de actividad física y la reducción del riesgo de morbimortalidad por enfermedades coronarias.

La alimentación. El llevar una alimentación, equilibrada es fundamental para las personas. La alimentación y la nutrición ejercen una extraordinaria influencia en el estado de salud de la población. La cantidad y el tipo de ingesta alimentaria influyen en el desarrollo físico y crecimiento de los individuos, en la mortalidad y la frecuencia de aparición de determinar las enfermedades (48).

Así mismo decimos que la siguiente investigación en los adultos maduros del asentamiento humano los Jardines II etapa, toda la totalidad duerme de 06 a 08 horas; se bañan a diario, casi la totalidad consumen fideos a diario, la mayoría consumen ocasionalmente bebidas alcohólicas, consume pan y cereales a diario, más de la mitad no fuman, ni a fumado nunca de manera habitual, realizan caminatas durante dos últimas semanas, un poco más de la mitad ha realizado caminatas durante 20 minutos, la mitad no se realizan algún examen médico y si se realizan algún examen médico periódico en un establecimiento de salud, menos de la mitad consume huevos de uno a dos veces por semana, consume pescado menos de 1 vez a la semana; consume

verduras y hortalizas 3 a más veces a la semana, consume otros alimentos 1 a 2 veces a la semana, consumen frutas de una a dos veces por semana, consume carne de 3 a más veces por semana.

TABLA 4, 5, 6: Del 100%(105) de adultos maduros, el 60% (63) se atendieron en un puesto de salud en los últimos 12 meses; el 58%(61) considera que el lugar donde se atendió está lejos de su casa; el 91%(96) tiene Seguro integral de Salud – Ministerio de Salud (SIS-MINSA); el 70%(73) les pareció regular el tiempo que espero para que lo entendieran; el 81% (85) consideró que fue regular la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de salud; 100%(105) refieren que no existe pandillaje, ni delincuentes cerca de su casa, el 77% (81) de no reciben ningún apoyo social natural; el 100%(105) no recibe apoyo social organizado.

Se muestran infinidad de casos en el tiempo de espera del derecho a la Salud, por parte de la Corte Constitucional dentro de la Sentencia T-760 del 2008. Dentro de estos casos está la obstrucción de los servicios de salud a los adultos recursos económicos, en donde se termina exigiendo previamente el pago de sumas de dinero por que se requieren exámenes diagnósticos y la persona no pudo cumplir con el pago de los aportes; de esta forma la EPS tiene una razón para allanarse en la mora en el aseguramiento para estas personas y generar sobre ellas una negación en el servicio que en muchos casos son de tipo vital (78).

Según la Conferencia Mundial. “Determinantes Sociales de la Salud”, manifiestan que las inequidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud. Ello abarca las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud. Estamos convencidos de que para actuar sobre esos determinantes, tanto en el caso de grupos vulnerables como en el de toda la población, es esencial conseguir una sociedad integradora, equitativa, económicamente productiva y sana. Considerar que la salud y el bienestar de la población son características fundamentales de lo que constituye una sociedad del siglo XXI exitosa, integrada y justa, es coherente con nuestro compromiso a favor de los derechos humanos en el ámbito nacional e internacional (79).

El Seguro Integral de Salud lo brinda el Ministerio de Salud del Perú es un plan de salud para los más pobres subsidiado por el Estado en Perú, para los ciudadanos, ciudadanas y familias que no cuentan con un seguro de salud, sobre todo para aquellas personas más necesitadas en situación de pobreza y extrema pobreza. Su finalidad es proteger la salud de los peruanos sin seguro de salud, priorizando poblacionales vulnerables en situación de pobreza y pobreza extrema. Resolver el limitado acceso a los servicios de salud por barreras económicas, así como culturales y geográficas. Mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando

instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil (80).

El Ministerio de Salud (Minsa) publicó el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163, uno del paquete de normas legales referidas a la reforma del sector salud, que dicta medidas reglamentarias y complementarias para la aplicación adecuada de este decreto, para fortalecer el Seguro Integral de Salud (SIS). El Reglamento aprobado por Decreto Supremo 030-214-SA (Publicado hoy en el Diario Oficial El Peruano), indica que el SIS debe administrar los fondos para el financiamiento de las intervenciones de Salud Pública bajo los criterios de equidad en el acceso a servicios de salud, distribución eficiente y oportuna de los recursos y la utilización de estos en intervenciones efectivas, útiles y seguras (81).

El ministerio de salud consideró que como meta concreta para el bicentenario del Perú, todos los peruanos deberían tener protección para la salud. La gran meta del gobierno es lograr que el 100 por ciento de los ciudadanos estén cubiertos por un seguro de salud accesible, oportuna, adecuada y gratuita. Ya está listo para la firma del presidente Ollanta Humala un decreto que permitirá que todos los niños que nazcan en el Perú tengan un Seguro Gratuito. Este seguro se extenderá hasta los niños de tres años, en el año 2015 y el 2016 a los niños de seis (82).

El Ministerio de Salud (Minsa) informó que el programa de tuberculosis, en cualquiera de sus formas clínicas, cuenta con financiamiento

para todos los asegurados al Seguro Integral de Salud (SIS), tanto en las zonas piloto de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), como en los ámbitos regidos por el Decreto Supremo N° 004-2007-SA (82).

Los determinantes relacionados a las redes sociales pueden influir negativa o positivamente en cuanto a la salud de los adultos maduros, ya que es un tipo de seguro que ayuda a la mayoría de los adultos maduros en el favorecimiento de su salud, por lo que dependerá de su accesibilidad a un establecimiento de salud, la calidad de atención que le brinden y reciban; por lo que el ministerio de salud garantiza la gratuidad en las atenciones que reciben sus afiliados el SIS-MINSA, ya que tiene como finalidad brindar el bienestar de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud y priorizan aquellas personas o población más vulnerable que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema (83).

Las acciones delictivas desarrolladas, como la violencia contra otras pandillas en ciudades norteamericanas, principalmente la conocida como la "13" (integrada mayoritariamente por emigrantes mexicanos), generó la respuesta represiva de las autoridades policiales y de inmigración de EEUU, que rápidamente optaron por encarcelar a sus miembros y deportarlos hacia sus países de origen, lo que refuerza en estos el problema social de la delincuencia (84).

La Policía Nacional del Perú-Dirección de Estadística registró en el año 1997 un total de 4 mil 535 menores implicados en diferentes tipos de delito,

siendo el delito cometido con más frecuencia contra el patrimonio (un mil 511) que considera el 33,3% del total, le sigue el robo (907 casos) con el 20,0% y lesiones contra la vida el cuerpo y la salud con el 16,1% (732 casos). A nivel departamental Lima concentra el mayor número de casos registrados (2 mil 012) que representa el 44,4% del total nacional. En segundo lugar se ubica Piura (383 casos) con el 8,4% y Puno (342 casos) con el 7,5% (85).

Montes de Oca V. (86) señala que la existencia de redes sociales “no garantiza que el apoyo social sea constante”. Al respecto, vale la pena señalar que el término apoyo social no siempre ha sido definido rigurosamente a pesar de su uso corriente. El resultado ha sido una falta de especificidad en la definición, con consecuencias prácticas para las personas mayores. Se confunden las características estructurales de las redes sociales con el mismo intercambio de apoyo social

Y El seguro integral de salud (SIS); se ha creado con la finalidad para proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema (87).

En cuanto el apoyo social natural y organizado, se puede mencionar que si la persona no recibe ningún apoyo social natural estarán más expuestas sufrir de un problema de estrés, a no tener una buena aptitud y capacidad de resolución y adaptación personal ante ciertos problemas que afecten gravemente su salud, así mismo se ven expuestas a que no se satisfagan todas sus

necesidades y no se sientan protegidas, a la vez la falta de apoyo social da lugar a las personas y sus familiares a sentimientos de impotencia y falta de control (88).

Así mismo decimos que la siguiente investigación en los adultos maduros del asentamiento humano los Jardines II etapa, la totalidad refieren que no existe pandillaje, ni delincuentes cerca de su casa y que no recibe apoyo social organizado, casi la totalidad tiene Seguro integral de Salud – Ministerio de Salud (SIS-MINSA), la mayoría les pareció regular el tiempo que espero para que lo entendieran; consideran que fue regular la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de salud y que no reciben ningún apoyo social natural, más de la mitad de los adultos maduros se atendieron en un puesto de salud en los últimos 12 meses y consideran que el lugar donde se atendió está lejos de su casa.

La totalidad de los adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II etapa no reciben ningún apoyo natural u organizado por lo que esto puede influir mucho en su estado de salud emocional puesto que esta persona se sentirá solo, que no cuenta con nadie y trae como consecuencia el aislamiento de sus familias, o vecinos, entorno con el tiempo en un cuadro depresivo, ansioso o estresante para ellos.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- En los determinantes biosocioeconomicos la mayoría de los adultos maduros son de sexo femenino, con grado de instrucción secundaria completa/secundaria incompleta, con ingreso económico menor de 750.00 soles mensuales y con trabajo eventual, cuentan con una vivienda unifamiliar, tiene casa propia, su piso es de tierra; tiene un techo construido de estera, tiene paredes de estera, duermen en una sola habitación con 2 a 3 miembros, eliminan sus excretas en otros, cocina a gas, , entierran su basura, quema, carro recolector, que pasan recogiendo la basura por su casa al menos 2 veces por semana.
- En los determinantes de los estilos de vida más de la mitad de los adultos maduros no fuma, ni a fumado nunca de manera habitual, realizada caminatas, durante dos últimas semanas ha realizado caminatas durante 20 minutos; la mayoría de los adultos maduros consume ocasionalmente bebidas alcohólicas, la totalidad duermen de 06 a 08 horas, se baña diario y casi la totalidad consume fideo diario. La mitad de los adultos maduros no se realiza algún examen médico, si se realizan algún examen médico periódico en un establecimiento de salud.

- En los determinantes de las redes sociales y comunitarias la mayoría de los adultos maduros se atendieron en un puesto de salud en los últimos 12 meses, considera que el lugar donde se atendió está lejos de su casa, cuentan con Seguro integral de Salud – Ministerio de Salud (SIS-MINSA), le pareció regular el tiempo que espero para que lo entendieran, consideró que fue regular la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de salud, ni delincuentes cerca de su casa, no reciben ningún apoyo social natural o social organizado; la totalidad refieren que no existe pandillaje.

5.2. Recomendaciones

- Hacer de conocimiento a las autoridades municipales y al Puesto de Salud “San Pedro” sobre los problemas que se encontraron en el A.H. Los Jardines II Etapa-Chimbote, con la finalidad de tomar conciencia y que podamos trabajar con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población.
- Difundir los resultados obtenidos de lugar donde se ejecutó y en diferentes localidades, a fin de contribuir y enriquecer los conocimientos para mejorar la calidad de vida de los adultos maduros, y tratar de brindarles información para que obtengan conocimientos y contribuyan a mejorar ellos mismos su calidad de vida.
- Realizar nuevos trabajos de investigación en base a los resultados obtenidos más adelante, para poder verificar si la comunidad y los adultos maduros mejoraron sus estilos de vida y si las autoridades hicieron algo para poder solucionar dichos problemas encontrados, con la finalidad de brindar una mejor calidad de vida, bienestar físico, psicológico y mental.

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. Valdivia C. 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. Rodríguez S. Datos obtenidos de padrón de moradores. A.H. Los Jardines II Etapa, Chimbote. Perú; 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 M: 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. Eusko Jaurlaritz. 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.
27. Pérez J. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas. CSIC. 2009 disponible en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>.
28. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación

- social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).: México; 2010. Disponible en:<http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
29. Definición de. Base de datos online. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008. [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>.
30. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf
31. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001.
32. Rafael M. 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.
33. Martos E. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en:<http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>.

34. Sánchez L: “satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Título 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>.
35. 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>.
36. 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>.
37. 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.
38. López R., “Determinantes de la Salud de los Adultos Maduros del Mercado los Cedros” [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Nuevo Chimbote]-2013.<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000036037>
39. Regalado, E. Osorio, Y “Estilos de Vida y Factores Biosocioculturales de los Adultos” [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Huacran –Carhuaz]-2009.

40. Minaya, S. Loli, N. “Estilos de Vida y Factores Biosocioculturales de los Adultos” [Tesis para Optar el Título De Licenciado en Enfermería]. [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Marian –Huaraz]-2009.
41. Koller, M. Definición de educabilidad. [Portal en internet]. 2014. [citado 2014.Dic.08]. [Una pantalla]. Disponible en URL: <http://www.psicopedagogia.com/definicion/educabilida>
42. Hadad Arrascue, N. “Determinantes Sociales de la Salud de la Madre”. Lima 2010 [Serie Internet] [Citado el 2013 Julio 28]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible en URL: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/NATALIELUZGABRIELAHADADARRASCUE.pdf>
43. Bojórquez Delgadillo R. Definición EDUCABILIDAD. [Portal internet]. MEXICO. 2008. [Citado el 24 Octubre 2016]- Disponible en: <http://bojdel.blogspot.pe/2008/11/educabilidad-es-la-capacidad-que-el.html>
44. Mendoza P. La educabilidad [Portal internet]. PERU. 2007. [Citado el 25 Octubre 2016]- Disponible en: <http://proyectosytesis.blogspot.pe/2007/08/la-educabilidad.html>
45. Corvalán, M.. "Síntesis y análisis global de resultados por países", en Educación para la población rural en Brasil, Chile, Colombia, Honduras, México, Paraguay y Perú. (2004): Proyecto FAO-UNESCO-DGCS/ITALIACIDE-REDUC.

46. Aranibar, P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina, serie Población y Desarrollo. CEPAL: Santiago de Chile. No 21. 2001
47. Quispe R. El problema de la vivienda en el Perú, retos y perspectivas. Chile: Red Revista INVI, 2006. p 43.
48. Romero A, Moruno M Terapia Ocupacional. Teoría y técnicas. Masson, S.A. Barcelona (España). 2003
49. Álvarez L. Ocupación. [Artículo en internet]. Madrid 2011 [Citado 2013 Set. 04]. Disponible en URL:http://www.wikilearning.com/articulo/cargos_u_ocupaciones_y_puesto_de_trabajo/16441-3
50. Pezeu J. Grado de instrucción como desarrollo social. F.C.E., México. 1988. Citado por Pedro Cital. Los Procesos de desarrollo cognitivo; el caso de la Col. Toribio Ortega. Pág. 8.
51. Campo M .Observatorio laboral. [Artículo en internet]. 2011 [Citado 2013 Jun. 23]. Disponible en URL: <http://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/article-145083.html>.
52. Feche J; Camargo F; Viggian M; Tadeu M. La racionalidad y el conocimiento hacia el saneamiento universal en las zonas de vulnerabilidad social / Justificación y conocimientos para la implementación de servicios de saneamiento universal en las zonas de vulnerabilidad social.

,Lilac.2012.17(11): 3037-3046.usuarios conectados se entienden como colectivo con intereses diferentes.

53. Valdez W., Ramos W., Miranda J., Tovar J. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL PERÚ. 2010. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis25.pdf

54. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludable 2009. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2009

55. Alburg S. Vejez y calidad de vida. (2008), [Pag. Internet], [Citado el 20 de Junio del 2015], Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos87/alternativas-actividades-disminuir-consumo-bebidas/alternativas-actividades-disminuir-consumo-bebidas-2.shtml#bibliograa>.

56. Oblitas Y. Determinantes de la salud en el adulto maduro del asentamiento humano Los Geranios, Chimbote, 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015.

57. García L. En el Perú faltan 1,8 millones de viviendas. (2016). [Pag. Internet], [Ciado el 22 de Septiembre del 2016]. Disponible en: <http://elcomercio.pe/sociedad/lima/peru-faltan-18-millones-viviendas-noticia-1884005>

58. Wilches G. Desastres, Ecologismo y formación profesional. Popayan, Colombia. SENA. 1989-70
59. Rojas M. La vivienda precaria urbana marginal y su relación con la salud de la población en el proceso de sustentabilidad.(Centro Experimental de Vivienda Económica). [internet] <http://www.alapop.org/docs/publicaciones/investigaciones/PoblacionMedioAmbiente02.pdf>
60. Cáceres L, Rovira JR, Calzada JE, Saldaña A. Evaluation of the toxic activity of the pyrethroid insecticides deltamethrin and lambda-cyhalothrin in two Panamanian field populations of *Rhodnius pallescens* (Hemiptera: Reduviidae)]. *Biomédica*. 2011 Mar; 31(1):8-14.
61. Zeballos C. Estudio sobre saneamiento básico en la población de Maynas-Loreto [trabajo para optar el título de Medicina]. Perú: Universidad Nacional de Loreto; 2012.
62. Barceló C. Vivienda Saludable: Estrategia Regional. Organización Panamericana de la Salud, Simposio Regional: Metas de Desarrollo del Milenio: Estrategias en Saneamiento Básico y la Búsqueda de Equidad y Desarrollo Sostenible. San Juan, Puerto Rico. Agosto, 2004.
63. Quispe J. Problema de la vivienda en el Perú. *Red de revista científica de américa latina, el caribe , España y Portugal*.20(53): 20-44. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=25805303>

64. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el mejoramiento de la calidad del agua a nivel casero 2005. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
65. Barrios A. Mejoramiento de viviendas en comunidades rurales [trabajo para optar el título de Arquitectura]. Paraguay: Universidad Nacional de Asunción; 2003.
66. Cutimbo C. Calidad bacteriológica de las aguas subterráneas de consumo humano en centros poblados menores de la Yarada y los Palos [Tesis para optar el título profesional de Biólogo-Microbiólogo]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2012
67. Gould; R; Determinantes de la salud social a Los adultos maduros de la población; México (2008).
68. Caceres L, Rovira JR, Calzada JE, Saldaña A. Evaluation of the toxic activity of the pyrethroid insecticides deltamethrin and lambda-cyhalothrin in two Panamanian field populations of *Rhodnius pallescens* (Hemiptera: Reduviidae). *Biomédica*. 2011 Mar; 31(1):8-14.
69. Gómez, M. “Diagnostico situacional de riesgos a la salud debido al entorno de la vivienda”. Perú, 2000.
70. Uchazara M. “determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado menor los palos” [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote;

2013.Disponible en:
file:///C:/Users/angel/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(4).pdf

71. Herrero E. Esquirol J. Consumo del alcohol, tabaco. Canal Salud. [Pág. Internet] España-Alicante. Disponible:
<http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/consumo-tabaco-alcohol-hombres.shtml>

72. Colchado A. Determinantes de la salud adultos maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos, distrito santa; 2012. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad católica los ángeles de Chimbote; 2014

73. CEDRO. El alcoholismo. [folleto] Perú: Lugar de escucha; 2013.

74. Labotec. Importancia de chequeos anuales 2012. Panamá: Labotec; 2012.

75. Ávila M. Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. EDITORIAL DE LA MINISTRA DE SALUD. Vol.51 n.2 San José Apr. 2009. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000200002&lang=pt

76. Organización Mundial de la salud. Términos de Salud pública. Washington: OMS; 2007.

77. Quesada F. Pacientes del Minsa esperan casi 2 horas para ser atendidos. Diario El Comercio, Lima-Perú: 2014, Octubre 28. Disponible:

<http://elcomercio.pe/lima/sucesos/pacientes-minsa-esperan-casi-2-horas-atendidos-noticia-1767275>

78. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Beneficios de la actividad física. España. [Citado. 20 de Mayo del 2015] Disponible: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/beneficios.htm>
79. Mundial de la Salud) Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Rio de Janeiro-Brasil. 2011. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_Declaration_Spanish.pdf
80. Ministerio de Salud (MINSA). Financiamiento del Seguro Integral de Salud se da Equidad, Eficiencia y Oportunidad Perú. Publicado: Publicado: 13/11/2014. Disponible: http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/nota_completa.asp?nota=15605
81. Ministerio de Salud. Lineamientos para la acción de la Salud Mental.Lima, 2014.
82. Ministerio de Salud (MINSA). Perú. Publicado: 3/11/2014. Disponible: http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/nota_completa.asp?nota=15529

83. Ministerio de salud. Seguro Integral de Salud. [citado el miércoles 02 de Noviembre del 2016]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16266>
84. Villón R. Estudio de la UNMSM acerca de los factores sociales del pandillerismo juvenil. Perú-Lima. Publicado: 03 de junio de 2007. Disponible: <http://www.monografias.com/trabajos47/pandillaje-lima/pandillaje-lima2.shtml>
85. Villegas F. Las pandillas juveniles de Lima. Maracaibo, 2005 ene.V.14 n.1 Disponible:http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-00062005000100004&lng=es&nrm=i
86. Montes V. (2000). Relaciones familiares y redes sociales. En Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas. México. Consejo Nacional de Población.
87. Actualización de los procesos e instrumentos de gestión del seguro integral de salud, seguro integral de salud, 2013.
88. Fernández R. Redes sociales, apoyo social y salud. *periférie*. 2005; 149 (3): 1-16.

ANEXO 1



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA D

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA
ADULTA 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 (20 a 35 > años) ()
- Adulto Maduro (35 a 60 > años) ()
- 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 2

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 de los adultos jóvenes en las Regiones del Perú desarrollada por Ms. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

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

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 las expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DEL ADULTO JOVEN 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 --)

Tabla

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

N°	V de Aiken	N°	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 de la persona adulta en las regiones del Perú.

ANEXO 3

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

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

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
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

ANEXO 4



**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?				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
4 DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO								
P1								
Comentario:								
P2								

Comentario:								
P3								
Comentario:								
P4								
Comentario:								
P5								
Comentario:								
P6								
Comentario:								
P6.1								
Comentario:								
P6.2								
Comentario:								
P6.3								
Comentario:								
P6.4								
Comentario:								
P6.5								

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

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

P25									
Comentario:									
P26									
Comentario:									
P27									
Comentario:									
P28									
Comentario									
P29									
Comentario									
P30									
Comentario									

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

Gracias por su colaboración.

ANEXO 5



UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS ADULTOS MADUROS DEL
ASENTAMIENTO HUMANO LOS JARDINES II ETAPA– 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.

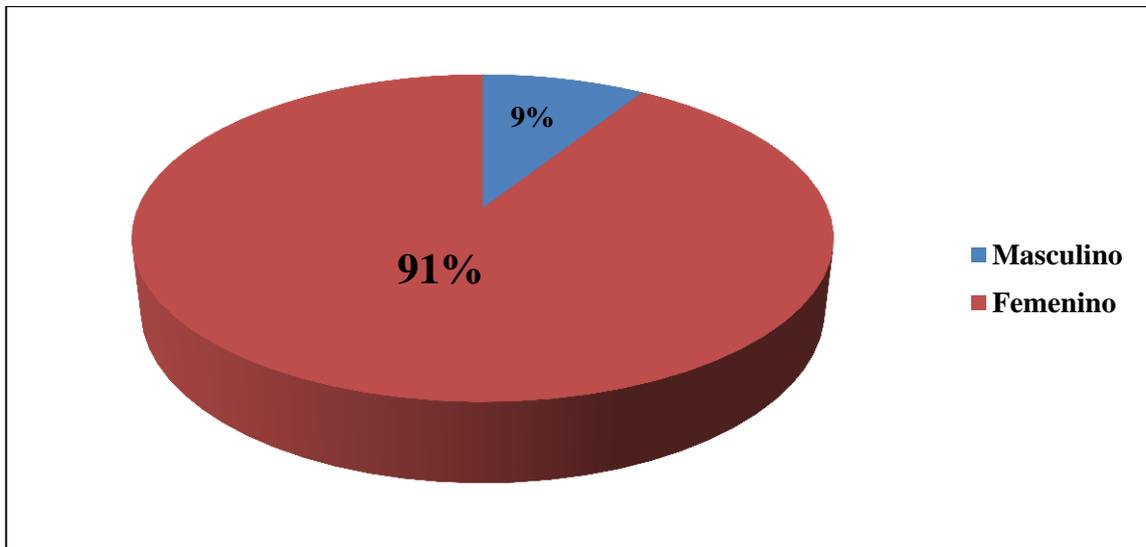
La investigadora se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informaran de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

.....

FIRMA

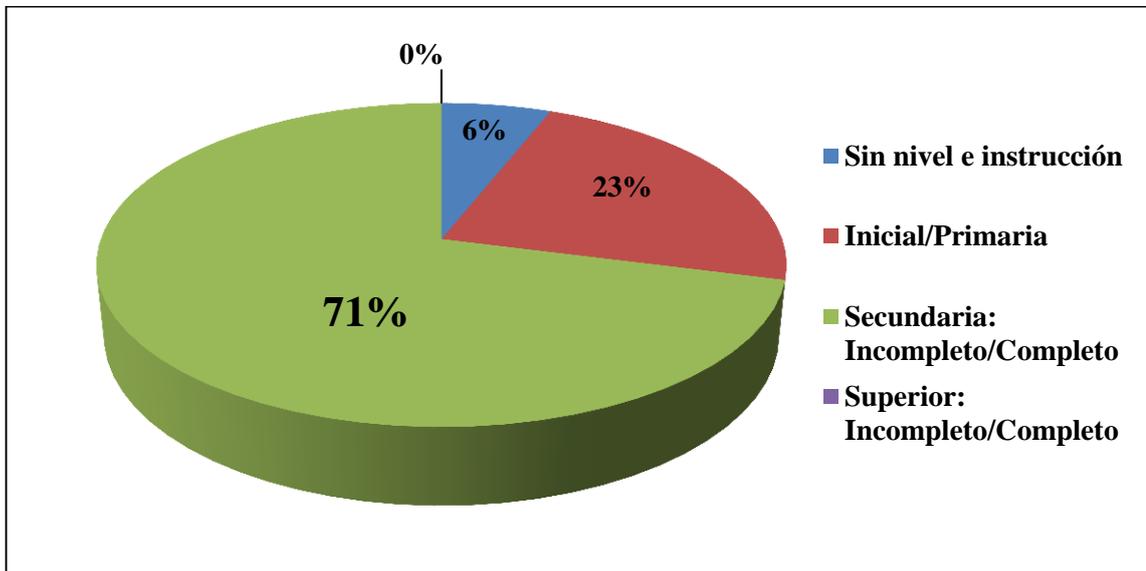
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

GRAFICO 1: SEXO



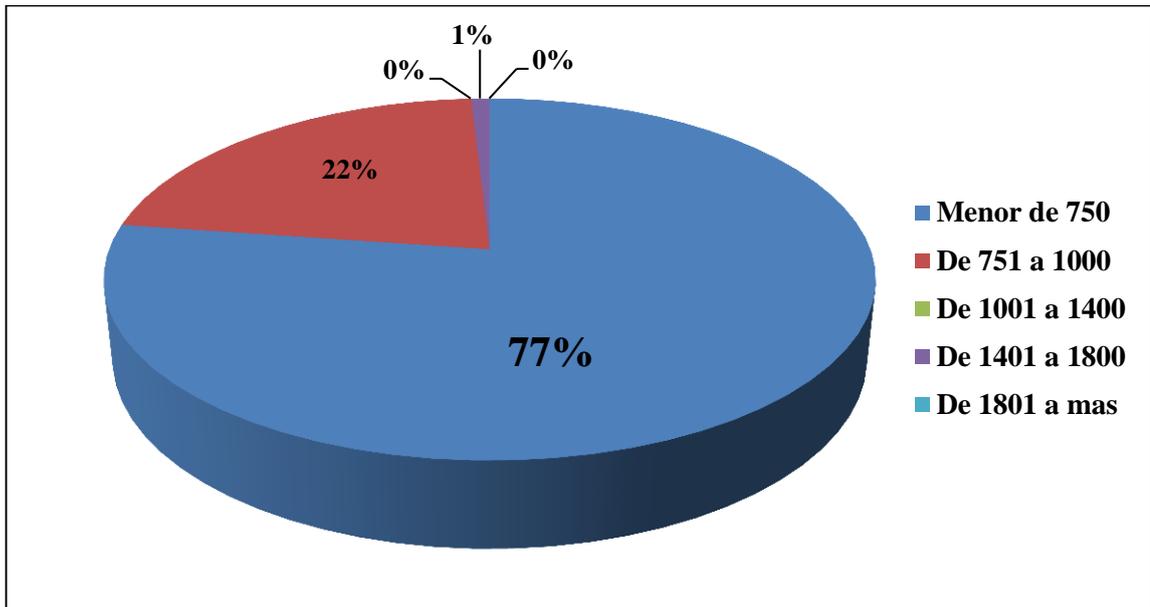
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 2: GRADO DE INSTRUCCIÓN



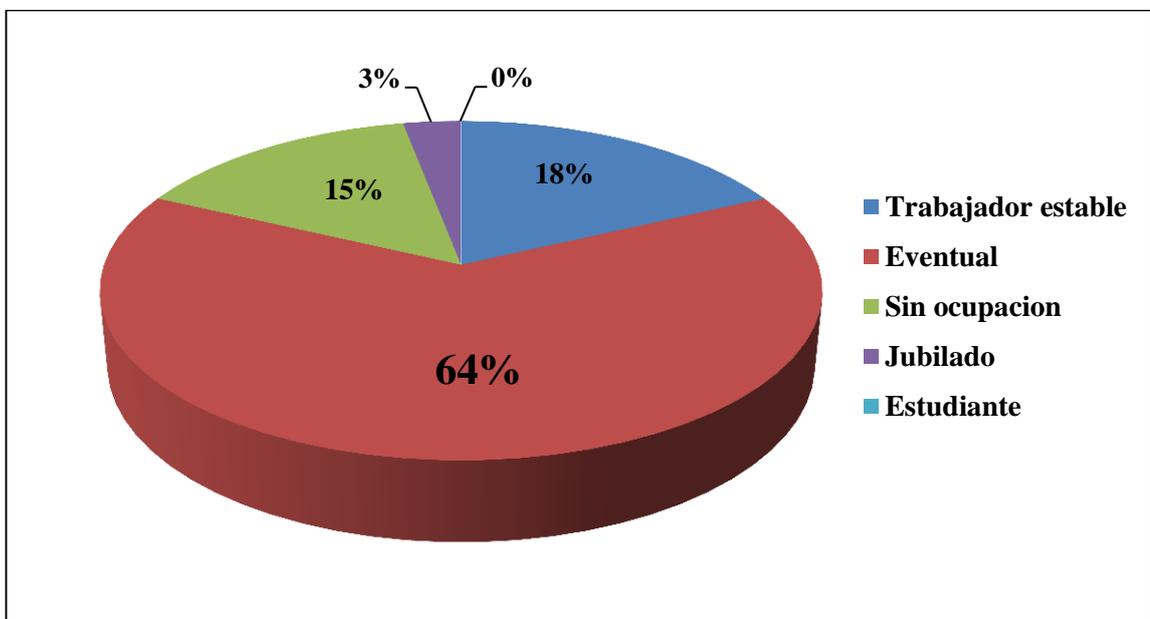
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 3: INGRESO ECONOMICO



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa– Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

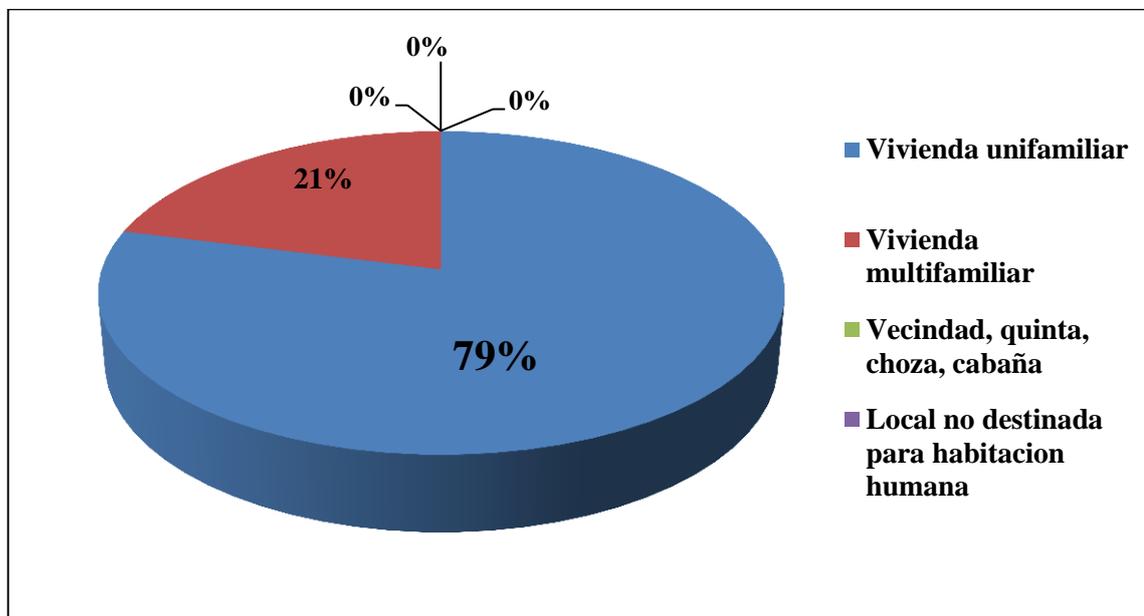
GRAFICO 4: OCUPACION



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa– Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

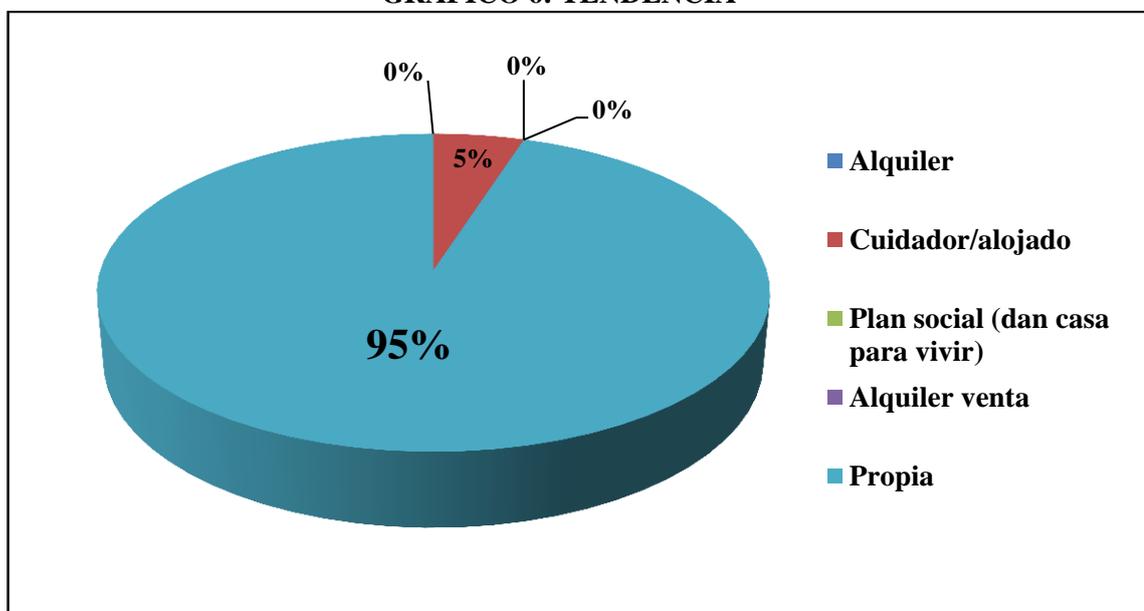
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRAFICO 5: TIPO DE VIVIENDA



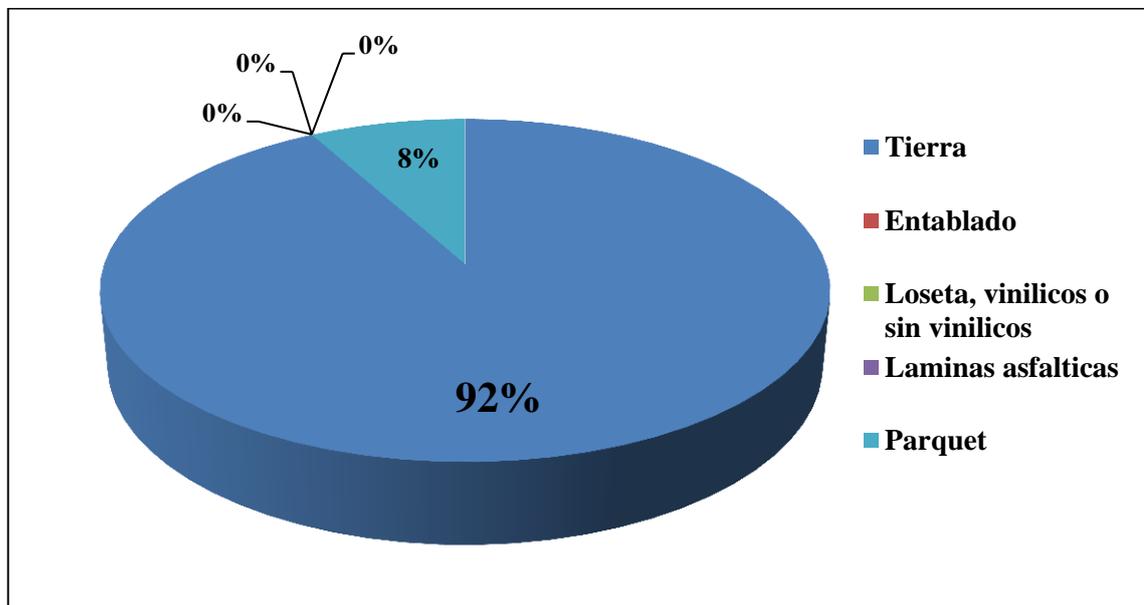
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 6: TENDENCIA



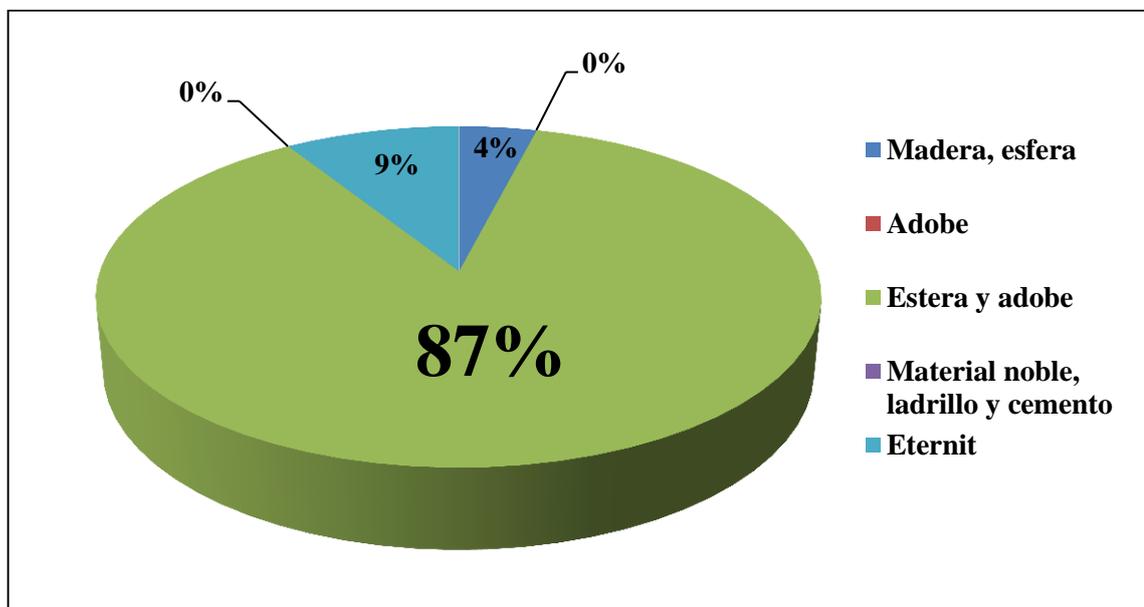
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 7: MATERIAL DE PISO



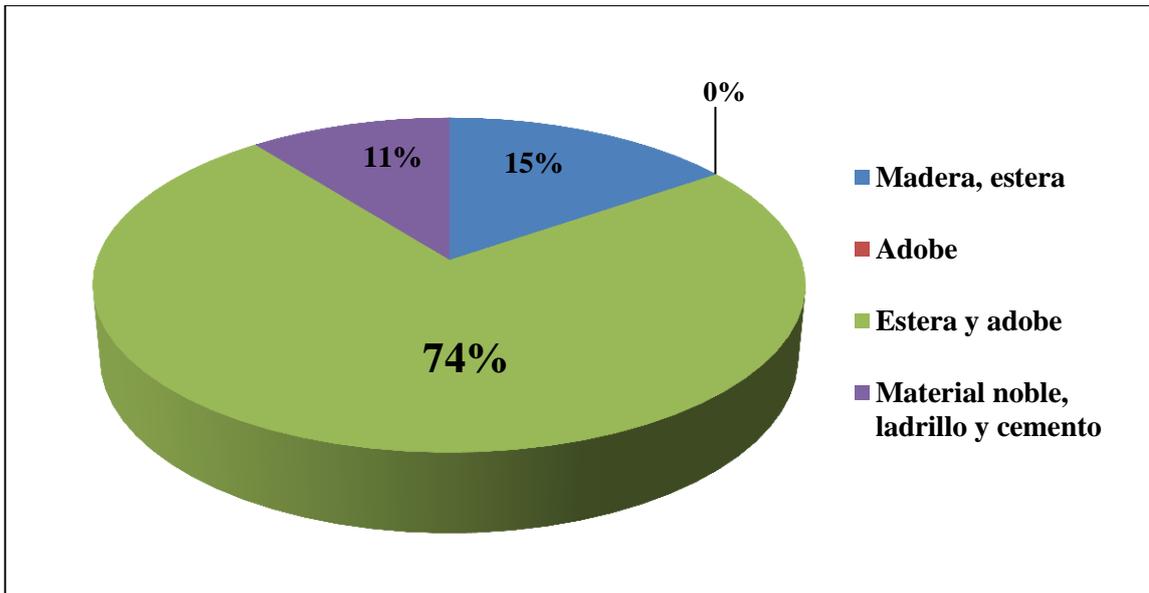
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 8: MATERIAL DE TECHO



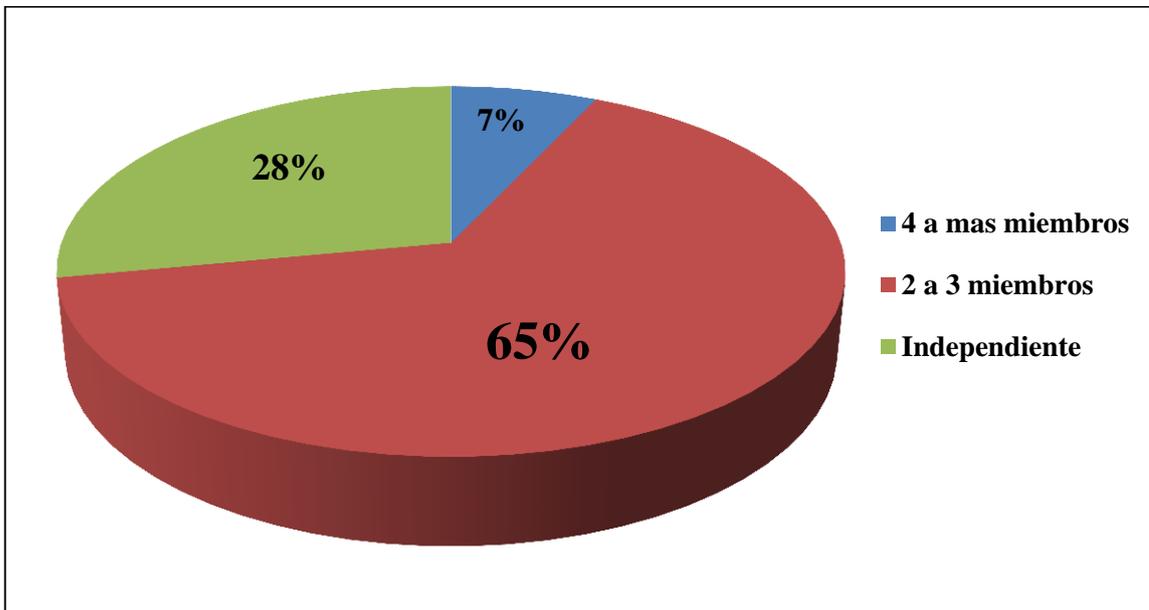
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 9: MATERIAL DE LAS PAREDES



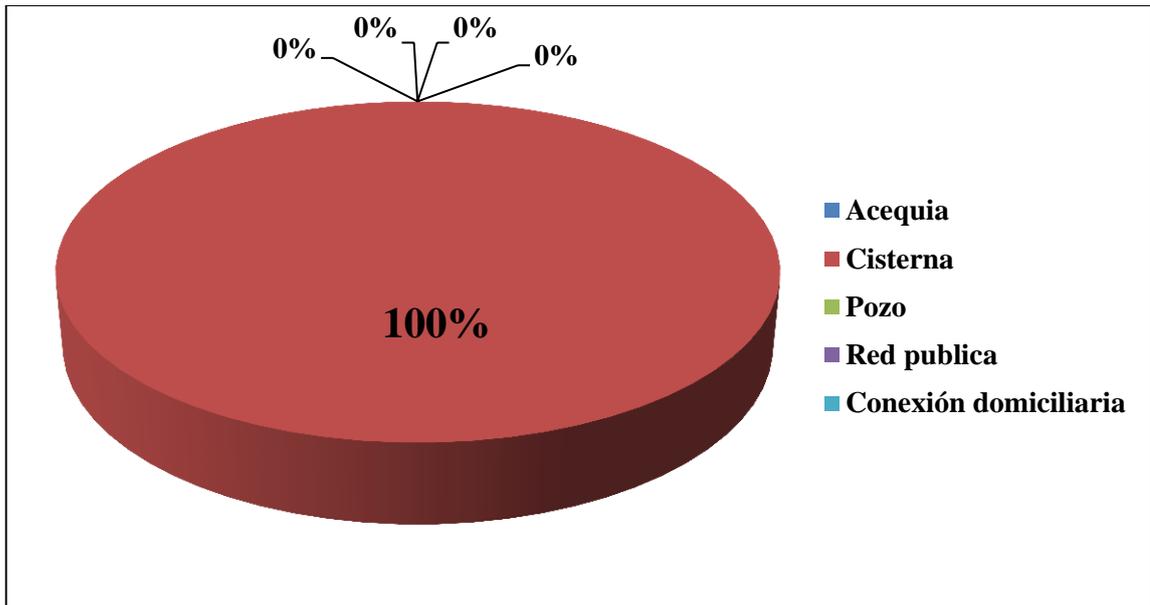
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 10: NUMERO DE PERSONAS QUE DUERME EN UNA HABITACION



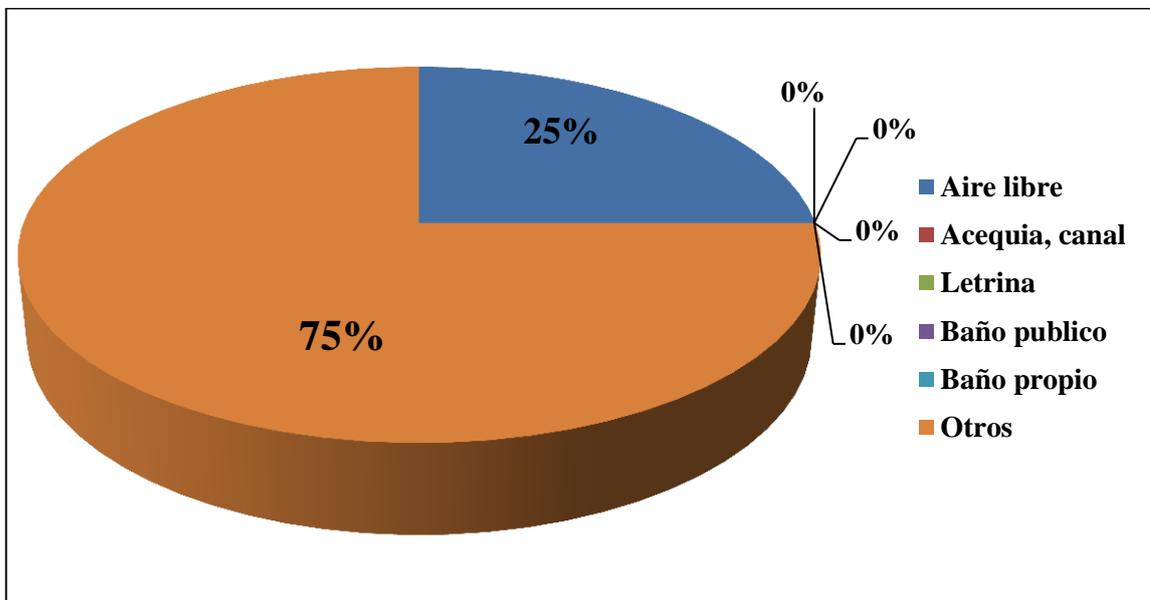
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 11: ABASTECIMIENTO DE AGUA



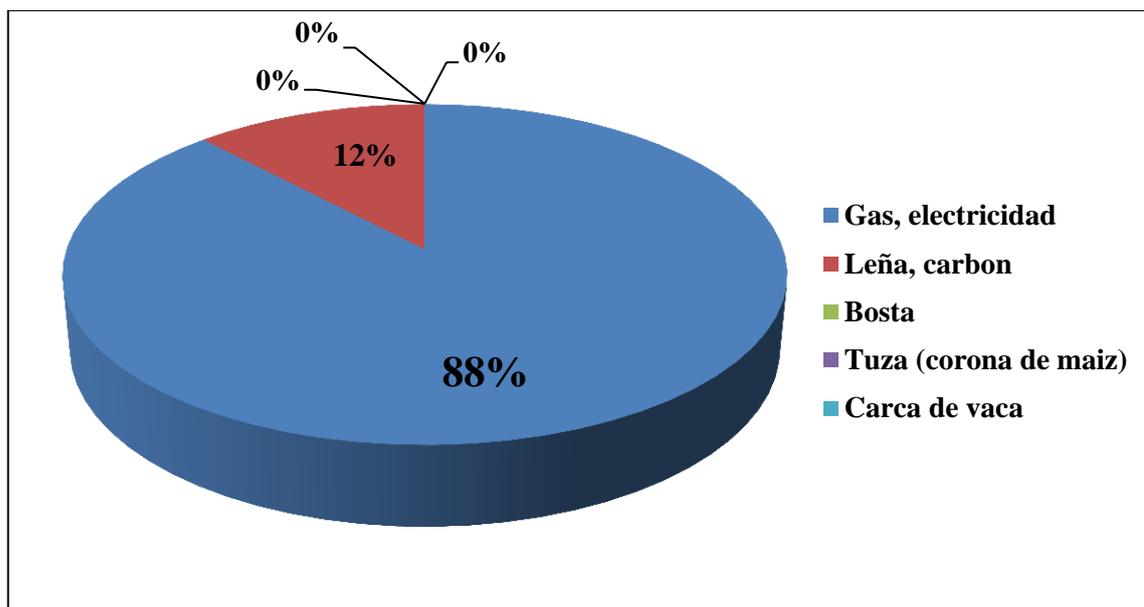
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 12: ELIMINACION DE EXCRETAS



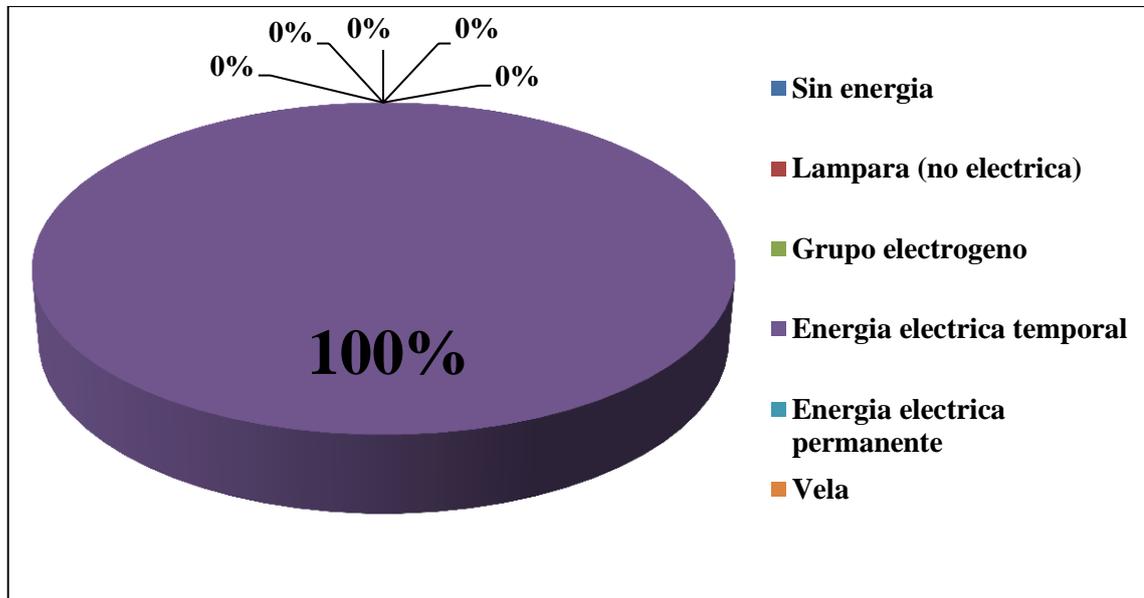
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 13: COMBUSTIBLE PARA COCINAR



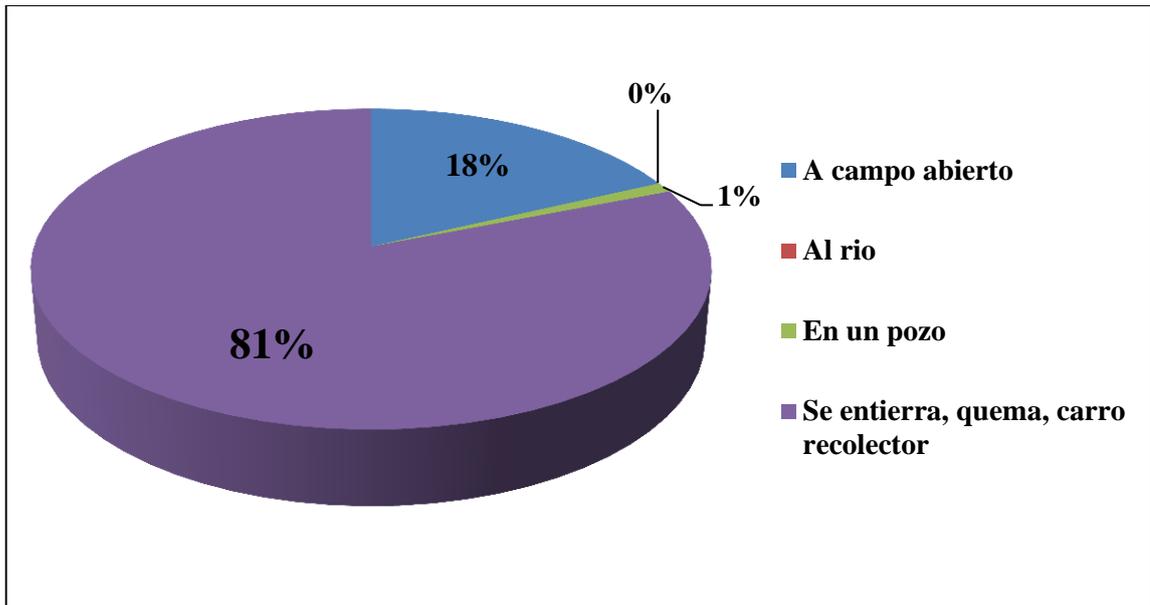
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación

GRAFICO 14: ENERGIA ELECTRICA



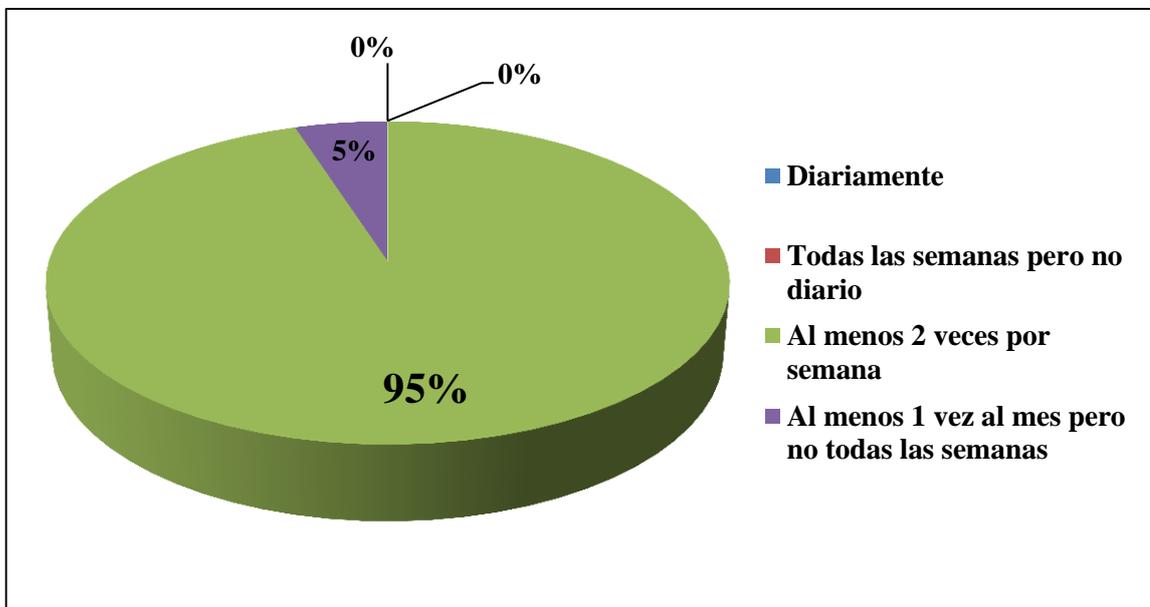
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 15: DISPOSICION DE BASURA



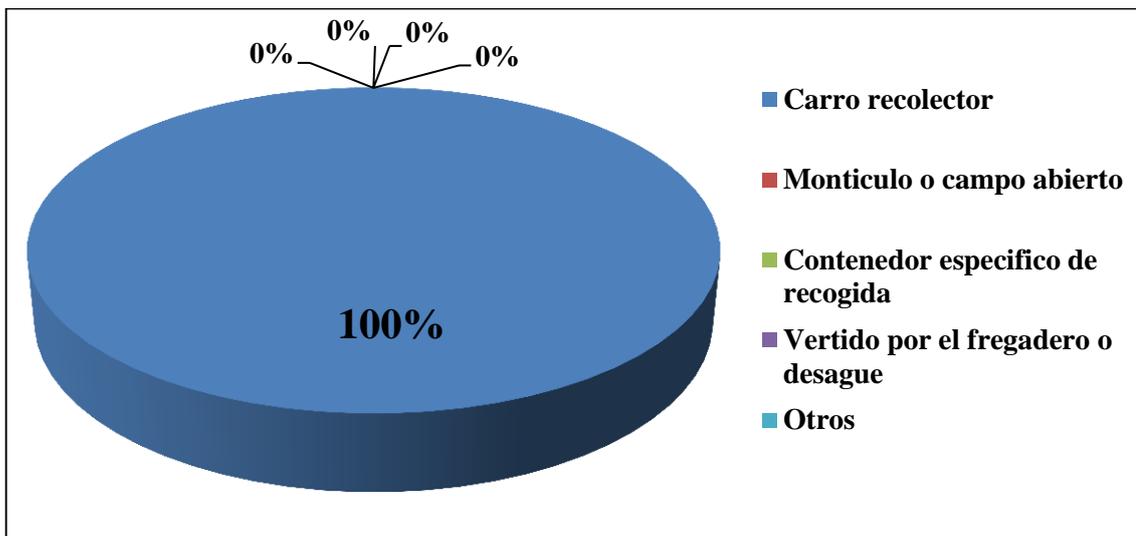
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

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



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

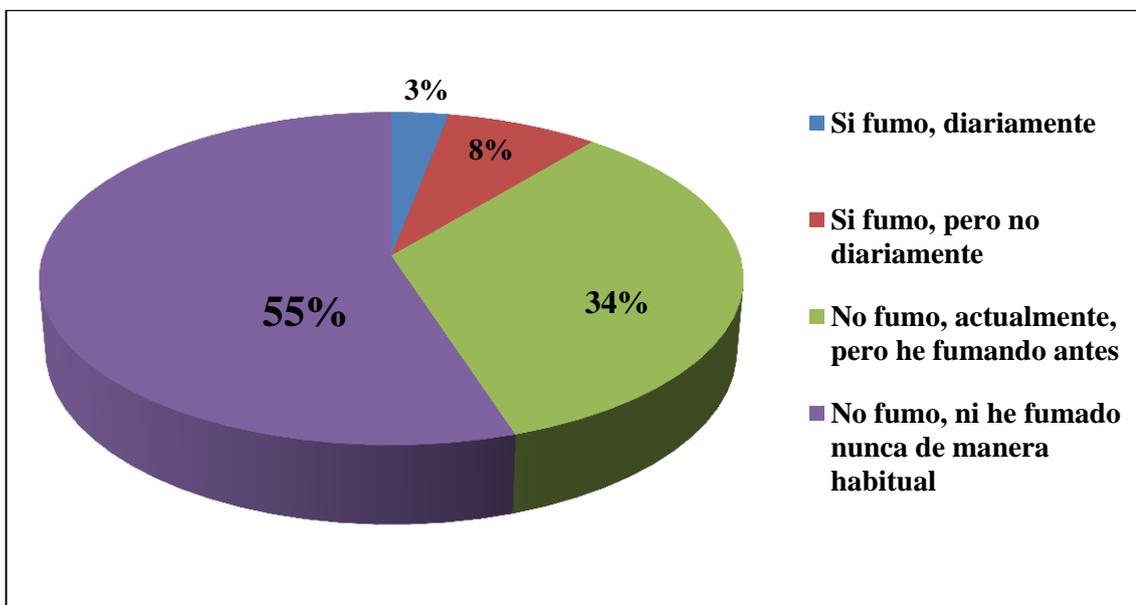
GRAFICO 17: DONDE SUELEN ELIMINAR SU BASURA EN LOS SIGUIENTES LUGARES



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

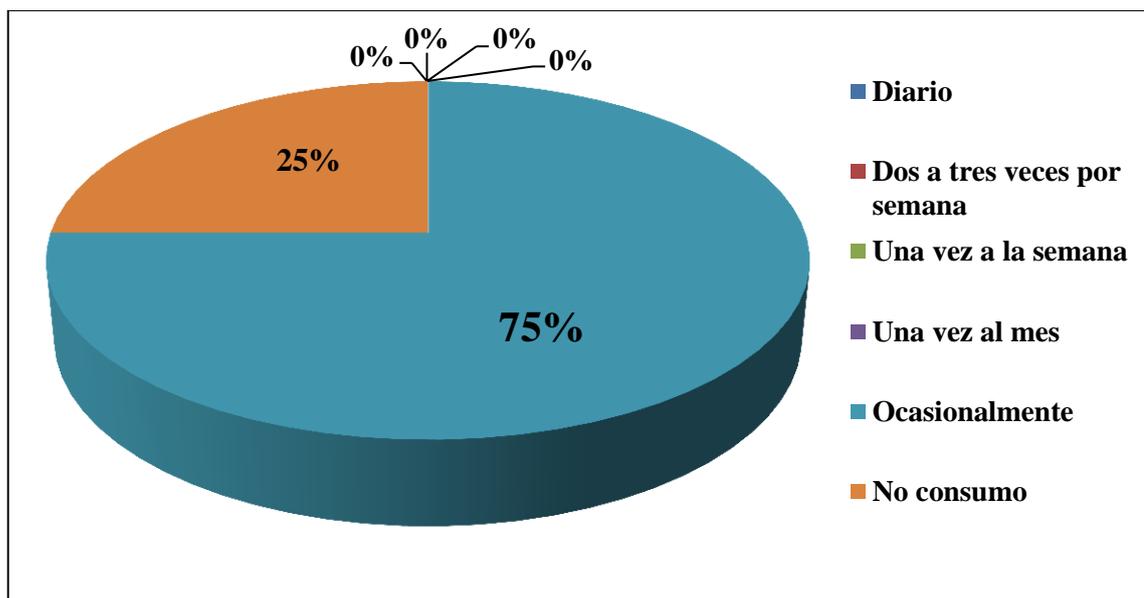
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRAFICO 18: COMO FUMAN ACTUALMENTE



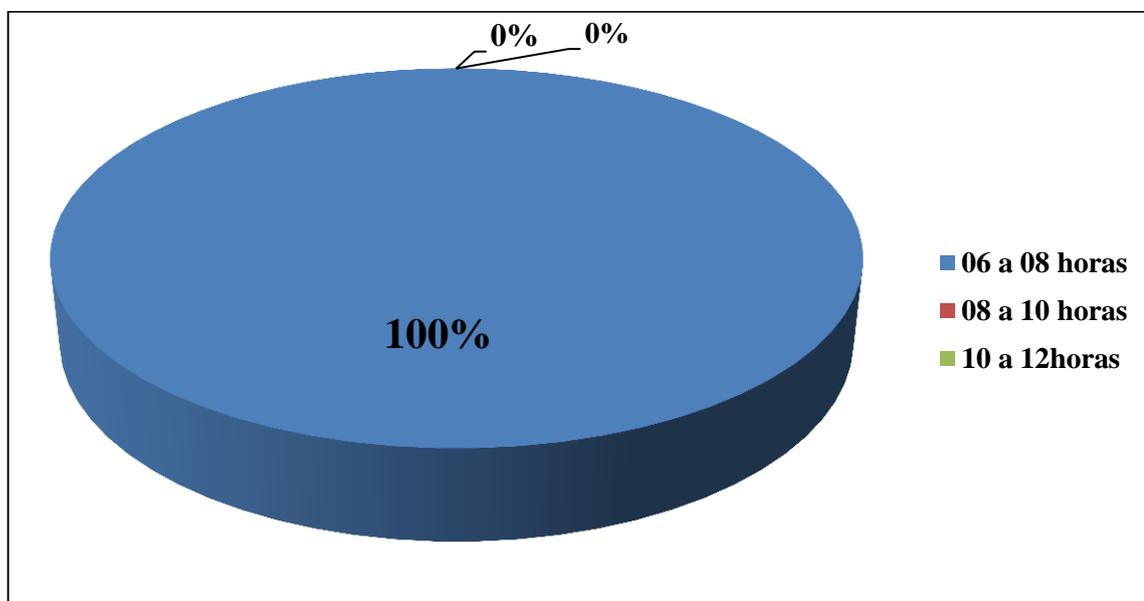
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 19: LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOHOLICAS



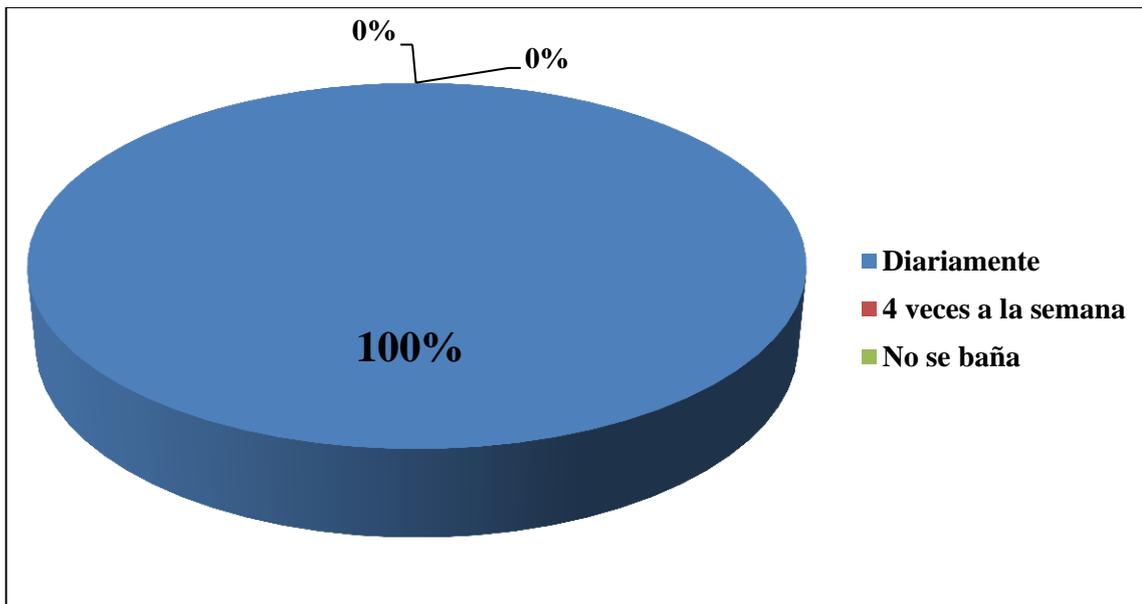
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa– Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 20: NUMERO DE HORAS QUE DUERMEN



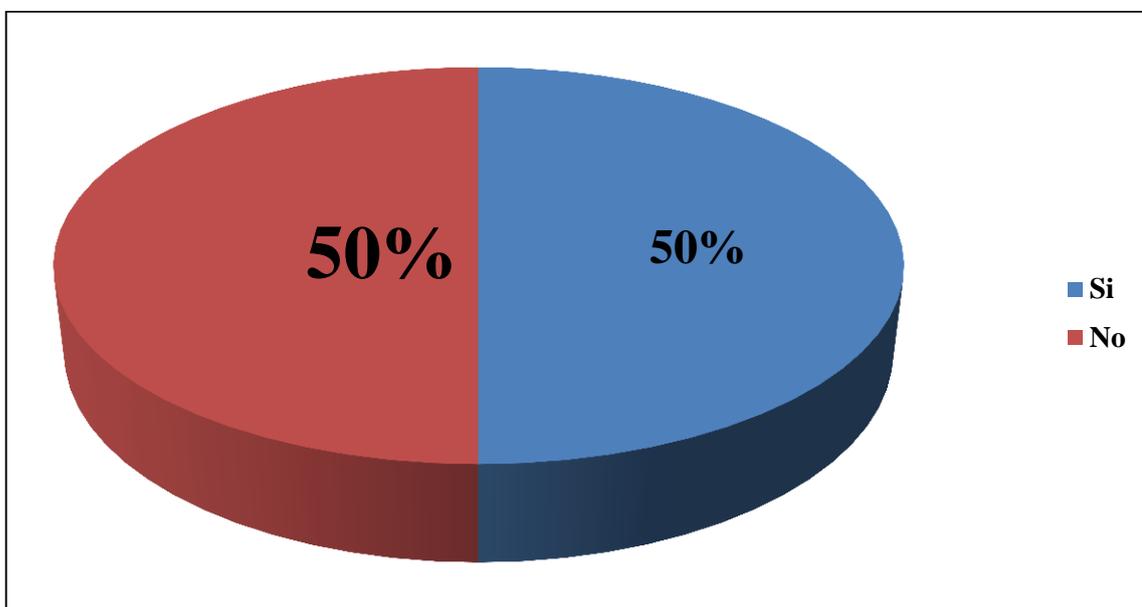
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa– Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 21: LA FRECUENCIA CON QUE SE BAÑA



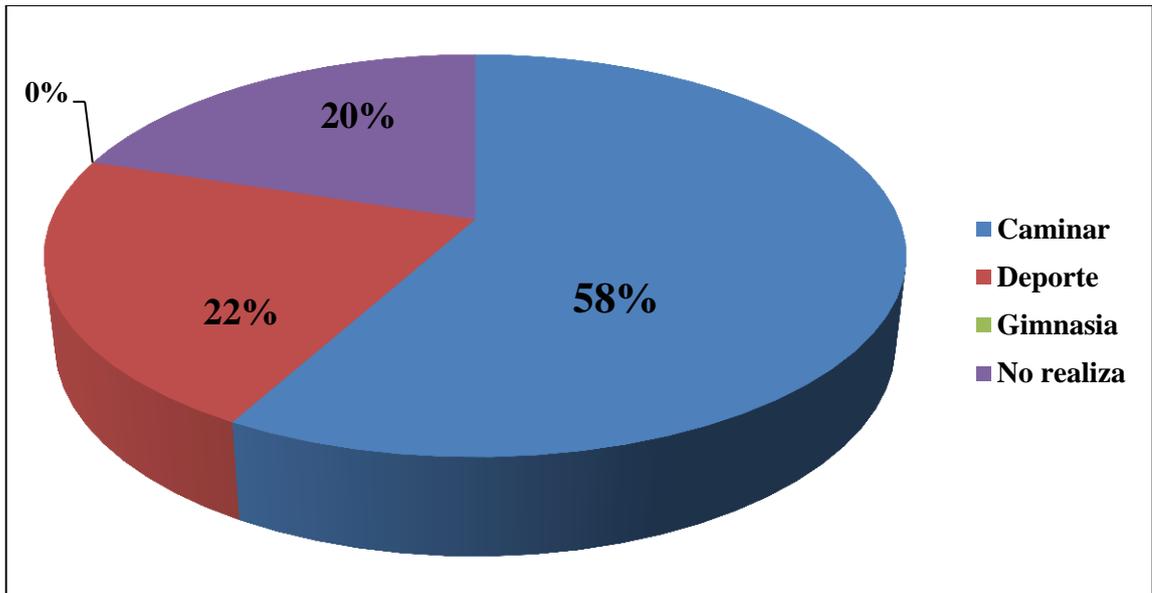
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

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



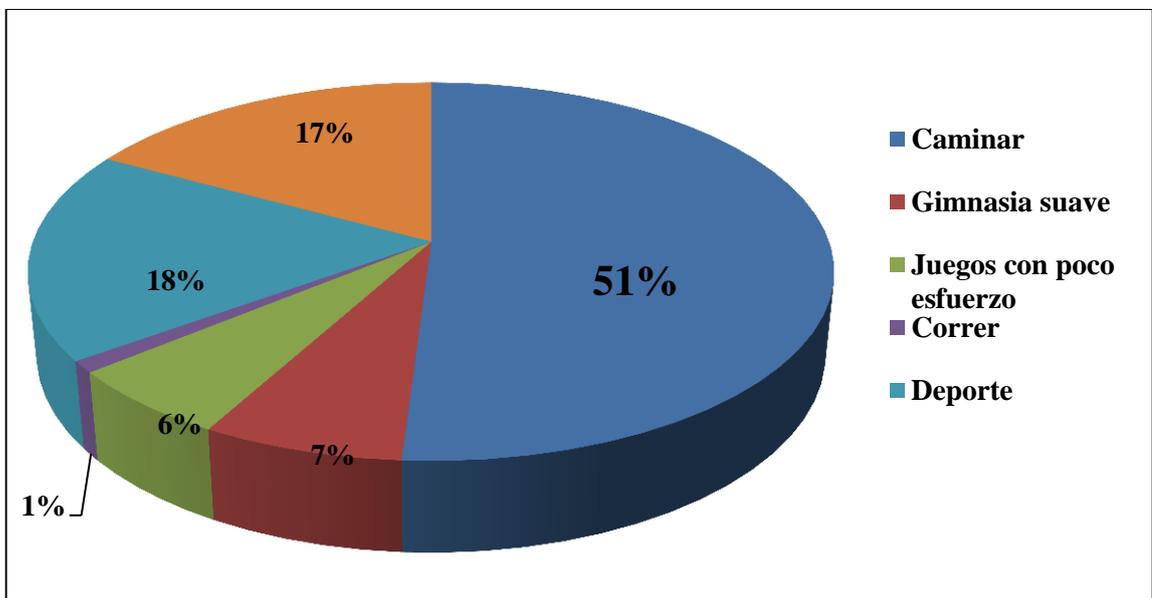
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 23: ACTIVIDADES FISICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE



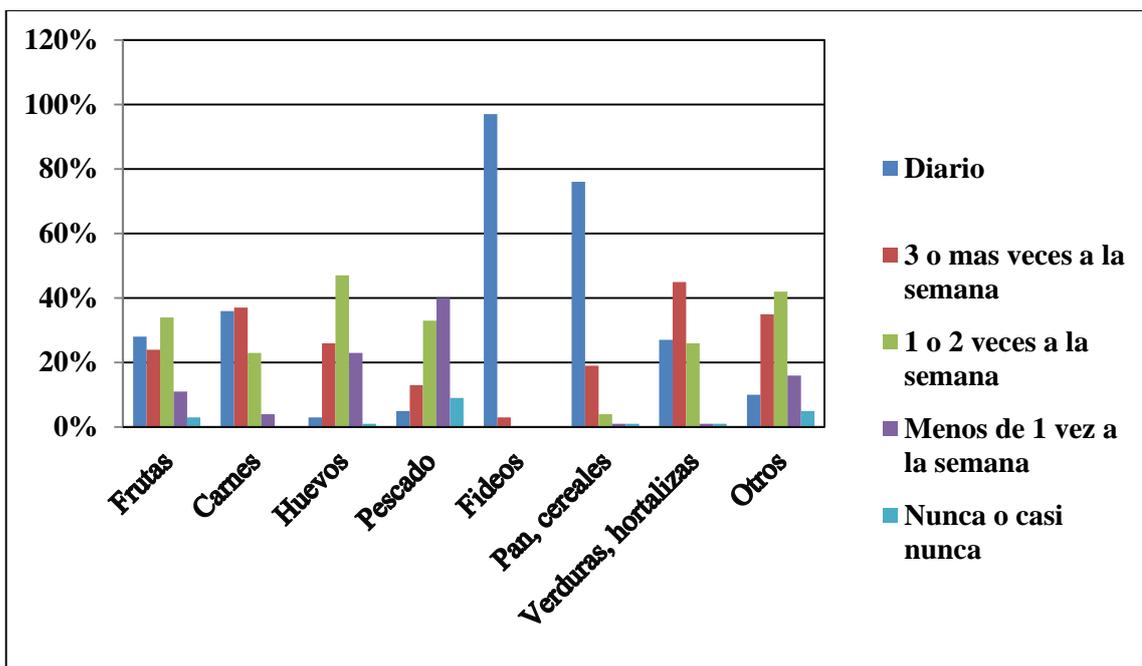
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

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



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

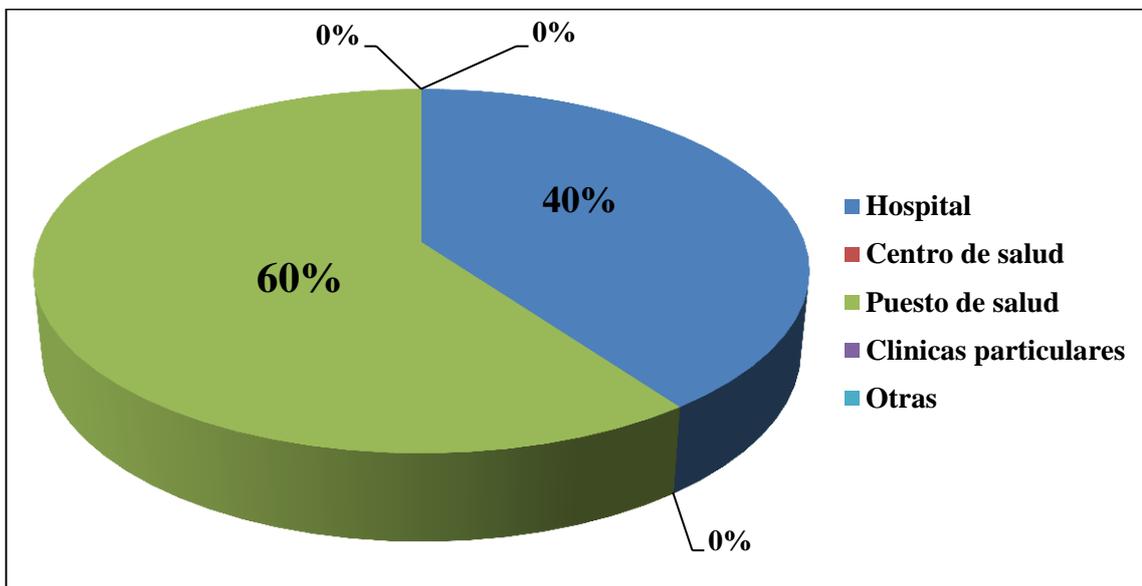
GRAFICO 25: FRECUENCIA CON QUE CONSUMEN LOS ALIMENTOS



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

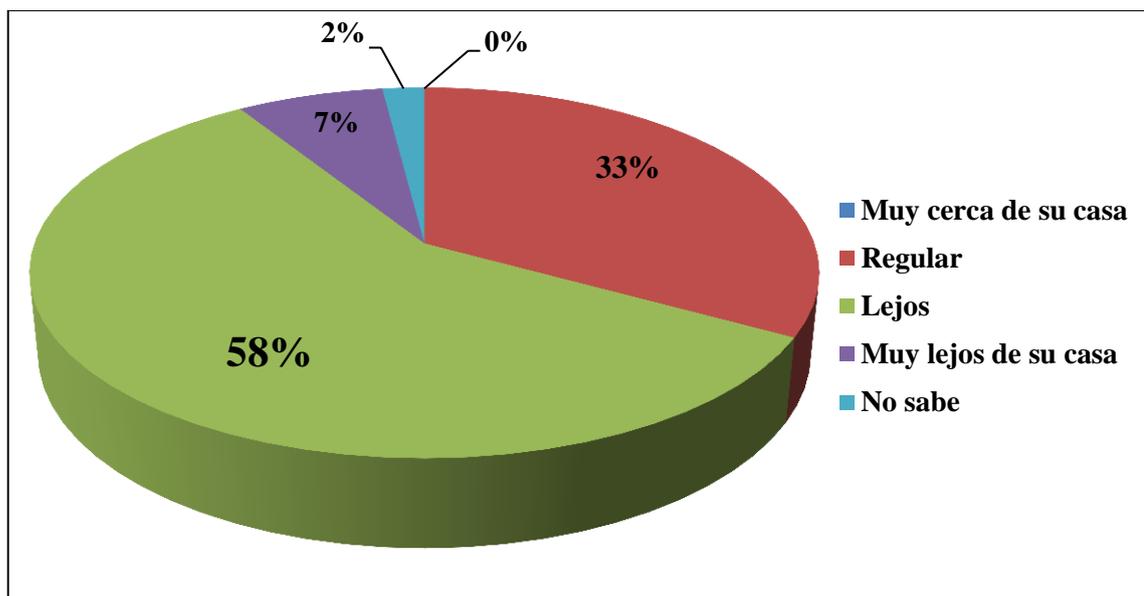
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRAFICO 2:6 SEGÚN INSTITUCION DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIO EN ESTOS 12 ULTIMOS MESES



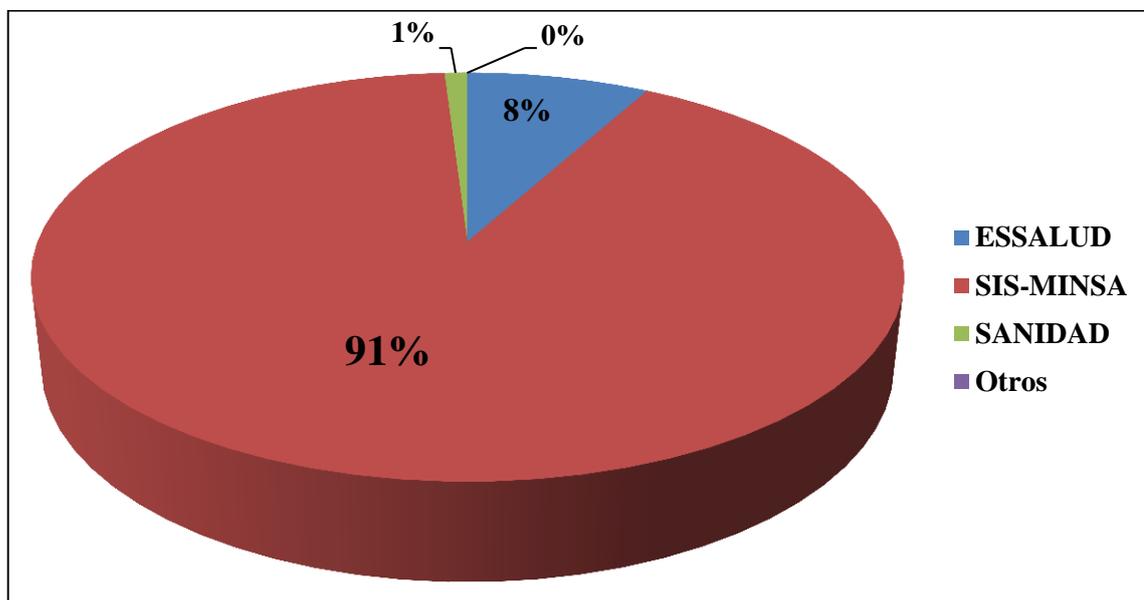
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 27: EL LUGAR DONDE LAS ATENDIERON



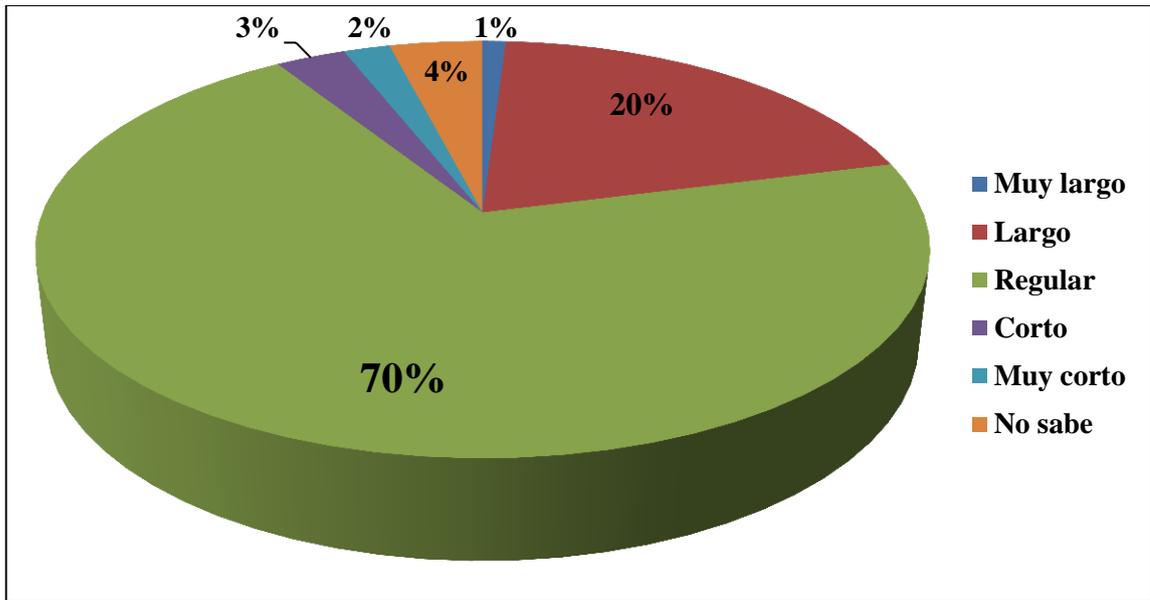
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 28: TIPO DE SEGURO



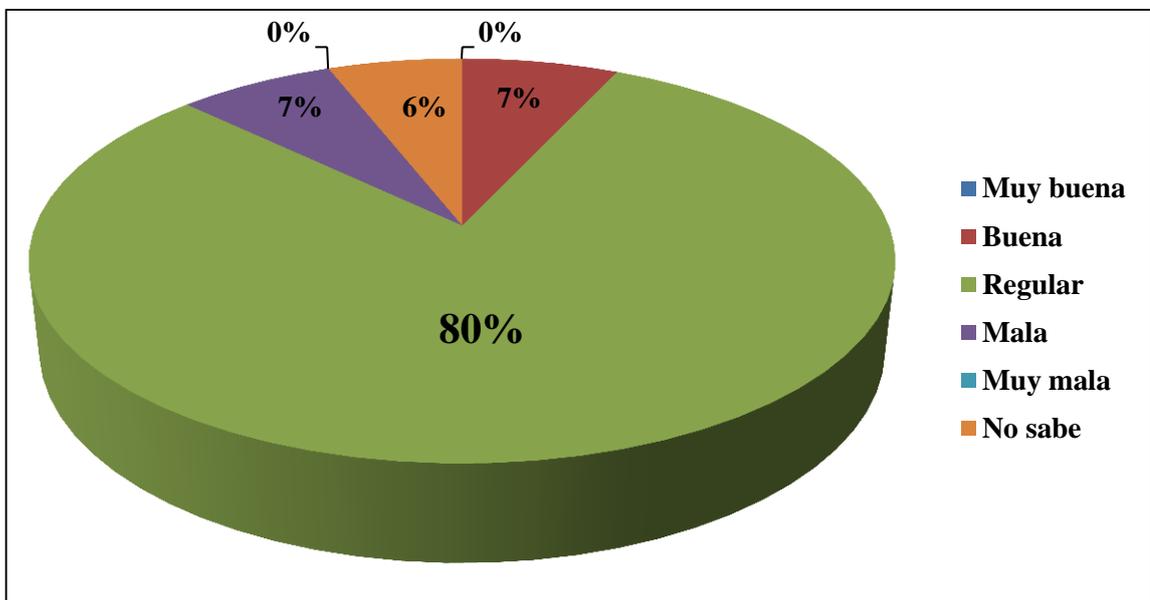
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 29: EL TIEMPO QUE ESPERO PARA QUE LA ATENDIERON



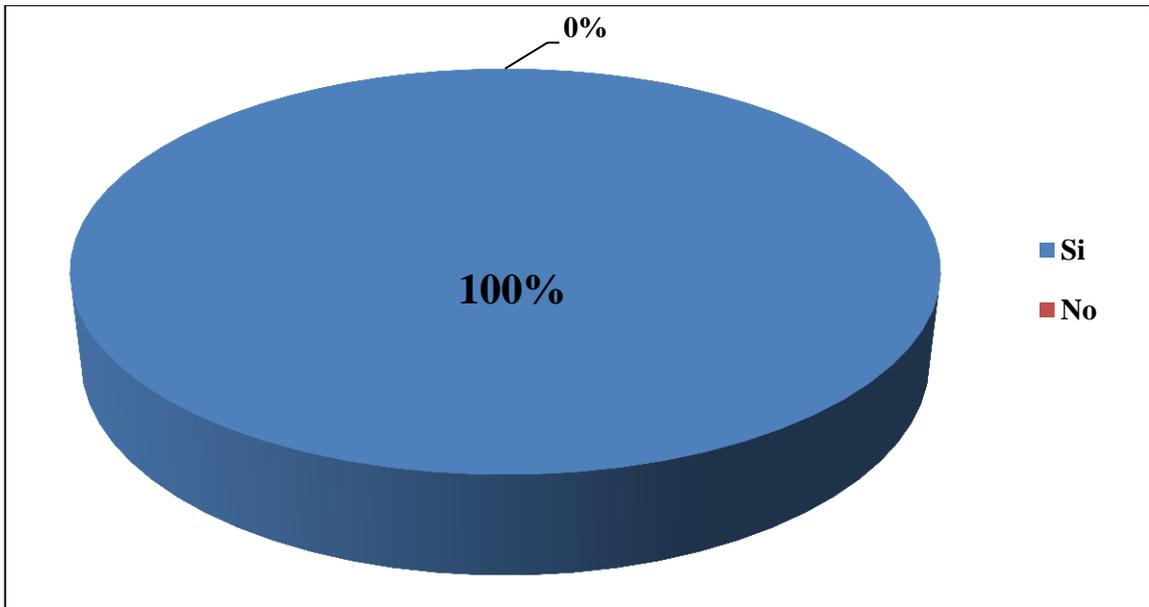
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 30: CALIDAD DE ATENCION QUE REALIZA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD



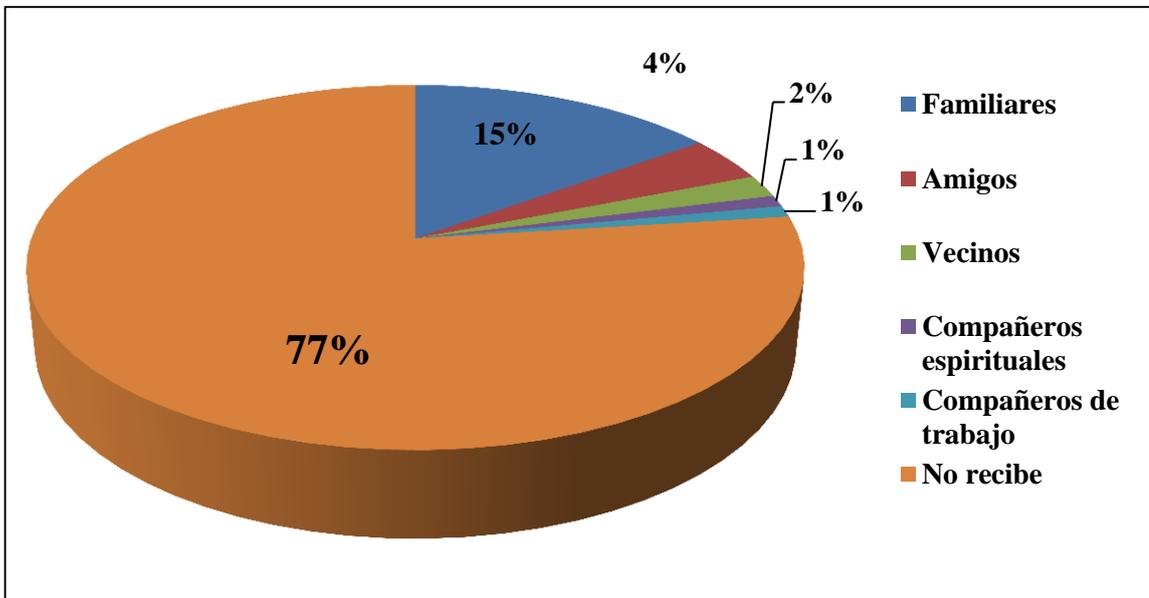
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 31: PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA



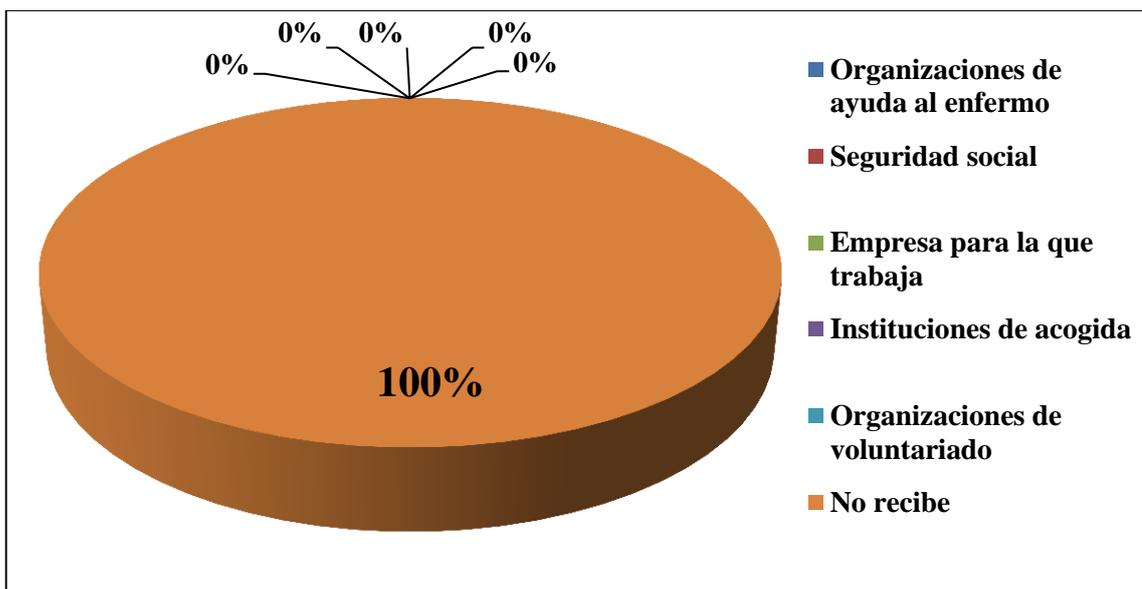
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación

GRAFICO 32: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL NATURAL



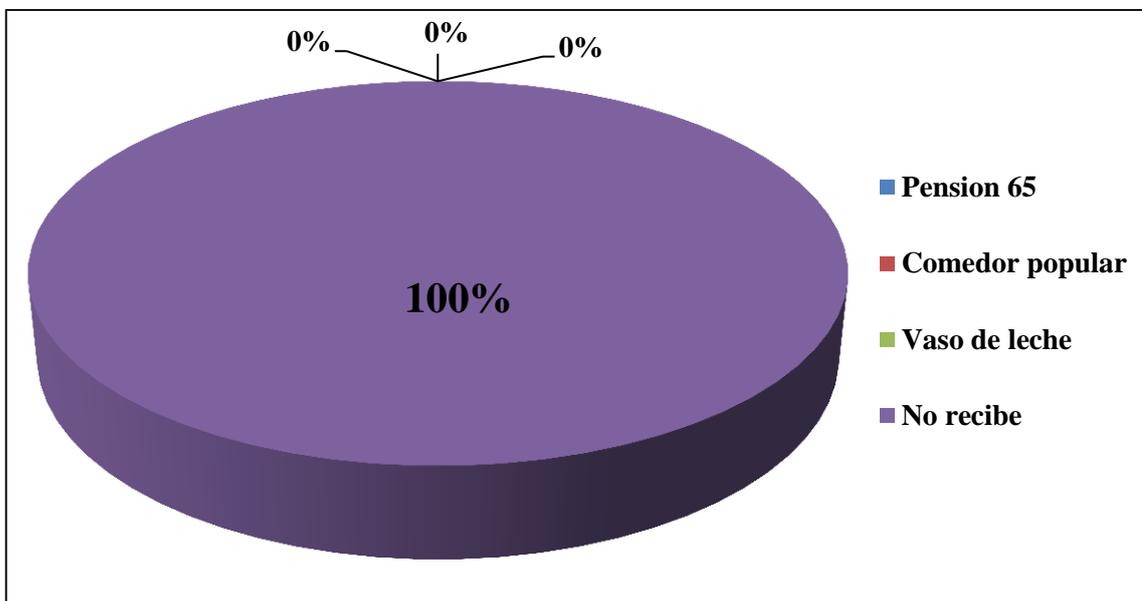
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 33: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 34: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos maduros del asentamiento humano Los Jardines II Etapa- Chimbote, 2013. Elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.