



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS  
JOVENES. ASENTAMIENTO HUMANO “25 DE MAYO”  
- CHIMBOTE, 2015.**

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

**AUTORA:**

**DALILA SILVIA NATIVIDAD SANTA MARÍA**

**ASESORA:**

**DRA. ENF. MARÍA ADRIANA VÍLCHEZ REYES**

**CHIMBOTE - PERU**

**2015**

## **MIEMBROS DEL JURADO**

**Mgrt. Enf. Julia Avelino Quiroz**

**PRESIDENTE**

**Mgrt. Enf. Leda Guillen**

**Salazar**

**SECRETARIA**

**Dra. Sonia Girón Luciano**

**MIEMBRO**

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo a DIOS quien ha sido mi guía y quien día a día me ha dado salud y las fuerzas necesarias para poder seguir avanzando y lograr mis objetivos.

A mis PADRES por su amor y su trabajo, quienes en todo momento me están apoyando y porque siempre me dan el ánimo para seguir continuando a alcanzar mis metas, son y serán siempre los mejores padres del mundo.

A mi esposo porque siempre ha estado a mi lado en las adversidades, compartiendo risas y lágrimas; pero especialmente a ti hija, porque eres la persona que me inspira para seguir adelante y de cumplir mi sueño de ser una profesional y que los dos se sientan orgullosos de mí.

## **AGRADECIMIENTO**

A DIOS por haberme permitido la realización y desarrollo de mi proyecto de investigación.

A mis PADRES y a mi Familia, quienes han sido para mis segundas madres y padres, por haberme apoyado en el transcurso de mis estudios, por enseñarme a nunca rendirme, porque siempre me levantaron los ánimos y nunca me abandonaron en los momentos más tristes y adversos de mi vida, por eso siempre estaré muy agradecida.

A nuestros Docentes de investigación por guiarnos por el camino de la sabiduría y compartir sus ideas para con nosotros, en especial a la docente responsable del curso Dra. Mg. Adriana Vílchez.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud en Adultos Jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014. La muestra estuvo constituida por 127 adultos jóvenes, a quienes se aplicó un instrumento: cuestionario sobre los determinantes de la salud, utilizando la técnica de la entrevista y observación, los datos fueron procesados en el software PASW Statistics versión 18.0, Para el análisis de los datos se construyó tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos. Donde se obtuvo los siguientes resultados: En los determinantes biosocioeconomicos un poco más de la mitad de los adultos jóvenes son de sexo femenino, la mayoría tienen la secundaria completa/incompleta, un ingreso económico menor de 750 soles al mes, tienen ocupación eventual. En los determinantes relacionados en viviendas, más de la mitad tiene vivienda unifamiliar, la totalidad tiene vivienda propia, y la mayoría su piso es de tierra, su techo y paredes de estera, menos de la mitad su eliminación de excretas lo realizan en letrinas. En los determinantes de estilo de vida, la mayoría no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, cuentan con SIS – MINSA, la totalidad consumen diario fideos, pan y cereales; en los determinantes de redes sociales y comunitarias, la mayoría se atienden en un puesto de salud, no reciben ningún tipo de ayuda y afirman que cerca de su casa existe el pandillaje.

**Palabras clave:** Adultos jóvenes, determinantes de la salud.

## Abstrocl

This paper quantitative, descriptive research design one box. It aimed to describe the determinants of health in human settlements Young Adults May 25. Chimbote, 2014. The sample consisted of 127 young adults who answered a questionnaire was applied: questionnaire on health determinants, using the technique of interview and observation data were processed in SPSS version 18.0 software, to analyzing data distribution tables absolute and relative percentage frequencies was constructed. And their respective statistical graphics. Where the following results were obtained: In determining biosocioeconomicos a little more than half of young adults are women, most have the complete / incomplete secondary, lower economic income of 750 soles a month, with eventual occupation. In determinants related to housing, more than half have detached house, all have their own housing, and most of its land is flat, its roof and walls mat, less than half of excreta disposal is done in latrines. On the determinants of lifestyle, most do not smoke or have never smoked regularly, have SIS - MINSA, all consumed daily noodles, bread and cereals; on the determinants of social and community networks, most are treated in a clinic, do not receive any help and say that near his home there gang violence.

Keywords: Young adults, determinants of health.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	iii
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	iv
<b>RESUMEN</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>I. INTRODUCCION</b> .....	1
<b>II. REVISIÓN DE LITERATURA</b>	
2.1 Antecedentes.....	10
2.2 Bases Teóricas y conceptuales de la investigación.....	13
<b>III. METODOLOGÍA</b>	
3.1 Tipo y Diseño de la Investigación.....	20
3.2 Población y Muestra .....	20
3.3 Definición y Operacionalización de variables.....	21
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	33
3.5 Plan de análisis.....	36
3.6 Principios éticos.....	37
<b>IV. RESULTADOS</b>	
4.1 Resultados.....	38
4.2 Análisis de los resultados.....	47
<b>V.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1 Conclusiones.....	74
5.2 Recomendaciones.....	76
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	77
<b>ANEXOS</b> .....	88

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>TABLA 1</b> .....	<b>38</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONOMICO, DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS ADULTOS JOVENES DEL A.H 25 DE MAYO-CHIMBOTE, 2014	
<b>TABLA 2</b> .....	<b>39</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS JOVENES DEL A.H 25 DE MAYO-CHIMBOTE, 2014	
<b>TABLA 3</b> .....	<b>42</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS JOVENES DEL A.H 25 DE MAYO-CHIMBOTE, 2014	
<b>TABLA 4, 5, 6</b> .....	<b>44</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD REDES SOCIALES Y COMUNITARIA EN LOS ADULTOS JOVENES DEL A.H 25 DE MAYO-CHIMBOTE, 2014	

## ÍNDICE DE GRAFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>GRÁFICO 1</b> .....	<b>88</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS, EN LOS ADULTOS JOVENES DEL A.H 25 DE MAYO-CHIMBOTE, 2014	
<b>GRAÁFICO 2</b> .....	<b>89</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS JOVENES DEL A.H 25 DE MAYO-CHIMBOTE, 2014	
<b>GRÁFICO 3</b> .....	<b>96</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS JOVENES DEL A.H 25 DE MAYO-CHIMBOTE, 2014	
<b>GRÁFICO 4, 5, 6</b> .....	<b>100</b>
DETERMINANTES DE LA SALUD REDES SOCIALES Y COMUNITARIA EN LOS ADULTOS JOVENES DEL A.H 25 DE MAYO-CHIMBOTE, 2014	

## I. INTRODUCCIÓN

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

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

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico (2).

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

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

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

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

nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (5).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

No escapa esta problemática de salud en el país, viéndolo en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores (12).

A esta realidad no es ajena los adultos jóvenes del asentamiento humano. “25 de Mayo” se encuentra ubicada en el distrito de Chimbote, se observa que las viviendas son de material precario, y que las cuatro primeras manzanas cuentan con: agua, luz y desagüe y las otras cinco carecen de algunos servicios como: desagüe; pero también observe que no cuentan con alumbrado público, el carro recolector de basura pasa una vez a la quincena, Cuentan con un comedor popular cuya principal beneficiario es el párroco “ Juan Davis “, con organizaciones de base como Junta Directiva, comité de salud, Con respecto al estado de salud de los adultos se presenta enfermedades como: resfríos, gripe, dengue (13).

Así mismo se pudo observar que hay personas que se drogan, Consumen alcohol, pertenecen a grupos de pandillas. Cuando las Personas enferman algunas de ellas acuden a un establecimiento de Salud otras por contar con poco recurso económico optan por usar Remedios caseros y farmacia; También se consideró que en el “A.H 25 de Mayo” limita por el (NORTE) con el A.H “14 de Febrero”, por el (SUR) limita con la chacra, por el (ESTE) con el A.H “Ciudad de la Paz” por el lado (OESTE) PP. JJ “San Miguel” y con el A.H “Santa Irene” (13).

Además también debo considerar que hay una cantidad de 127 adultos jóvenes los cuales la gran mayoría sufren solo enfermedades respiratorias por motivo del cambio de clima (Gripe) y el Dengue. Y su ocupación es de: obreros, albañiles, amas de casa, comerciantes, carpinteros, entre otros. De los cuales la gran mayoría (90%) de ellos acude al centro de salud de su comunidad (P. S Santa Ana) ubicado en el P.J “Fraternidad”. Es necesario y de vital importancia considerar el tipo de atención que brinda el P.S Santa Ana los cuales vienen hacer: la planificación familiar, estilos de vida saludable, y enfermedades trasmisibles y no trasmisibles (13).

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

**¿Cuáles son los determinantes de la salud en adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo Chimbote, 2015?**

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

Describir los determinantes de la salud en el adulto joven del asentamiento humano 25 de mayo - Chimbote, 2015

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

- Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico y ambientales: Sexo, grado de instrucción, ingreso económico, condición de trabajo, vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental, de los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de Mayo–Chimbote, 2015.

- Identificar los determinantes de redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, autopercepción del estado de salud, de los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de Mayo–Chimbote, 2015.
- Identificar los determinantes de estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), enfermedades crónicas (Obesidad, diabetes, hipertensión arterial en las personas). De los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de Mayo–Chimbote, 2015.

Finalmente, la investigación se justificó 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 jóvenes en el asentamiento humano “25 de mayo” y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación que se realizó, 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 del adulto joven del asentamiento humano “25 de mayo”, Chimbote y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

El presente estudio permitió instar a los estudiantes de la salud, de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, a investigar más sobre estos temas

y su aplicación en políticas para mejorar estos determinantes, único camino para salir del círculo de la enfermedad y la pobreza, y llevarlos a construir un Perú cada vez más saludable. También ayudo 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 adulto joven del asentamiento humano “25 de mayo”, 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 fue necesaria para los establecimientos de salud porque las conclusiones y recomendaciones contribuyen a elevar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud principalmente en la etapa de vida adulto joven y reducir los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Además es conveniente para: Las autoridades regionales de la Direcciones de salud Ancash y municipios en el campo de la salud, así como para los usuarios de Asentamiento Humano 25 de Mayo y la población a nivel nacional; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismos.

## **II. REVISION 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 C y García C** (15), en su investigación titulada “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”, concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la

ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.

#### **A nivel Nacional:**

**Rodríguez, Q** (16), en su investigación titulada “Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo-Amazonas. Se encontró que los determinantes sociales: analfabetismo en madres (22.5%), en padres (10%), la agricultura como actividad económica predominante de los padres (72.5%), comercio en las madres (20%), limitado acceso al mercado, tecnología y financiamiento económico (45.5%); determinantes del derecho humano: limitado acceso a vida larga y saludable en niños con bajo peso al nacer (20%), limitado acceso al control de gestante (77.5%) e inmunizaciones (60%).

Rodríguez, (16), en los 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 las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (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 acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (19).



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

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados

determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad (20).

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

- **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 (21).

### **III. METODOLOGÍA.**

#### **3.1. Tipo y nivel y diseño de la investigación**

Descriptivo, cuantitativo (22, 23). Diseño de una sola casilla (24, 25).

#### **3.2. Universo Muestral**

El universo estuvo constituido por 127 adultos jóvenes que residen en asentamiento humano 25 de mayo de Chimbote.

##### **3.2.1. Unidad de análisis**

Adulto joven del asentamiento humano “25 de mayo” que formaron parte del universo muestral y que responde a los criterios de la investigación.

##### **Criterios de Inclusión**

- Adultos Jóvenes que vivieron más de 3 años en el asentamiento humano “25 de Mayo”
- Adultos Jóvenes, del asentamiento humano “25 de Mayo” que aceptaron participar en el estudio.
- Adultos Jóvenes, del asentamiento humano “25 de Mayo” que tuvieron la disponibilidad de participar en el cuestionario como informantes sin importar condición socioeconómica, nivel y nivel de escolarización.

##### **Criterios de Exclusión:**

- Adultos Jóvenes. del asentamiento humano “25 de Mayo”, que presento algún trastorno mental.

### 3.3. Definición y Operacionalización de variables

#### I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONÓMICO

- **Sexo**

**Definición Conceptual.**

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

**Definición Operacional**

Escala nominal

- Masculino
  - Femenino
- 
- **Grado de Instrucción**

**Definición Conceptual**

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

**Definición Operacional**

Escala Ordinal

- Sin nivel instrucción
- Inicial/Primaria
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta

- Superior Universitaria
- Superior no universitaria

### **Ingreso Económico**

#### **Definición Conceptual**

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

#### **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
- Jubilado
- Estudiante

## **Vivienda**

### **Definición conceptual**

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

### **Definición operacional**

Escala nominal

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

### **Tenencia**

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

- Propia

**Material del piso:**

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

**Material del techo:**

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

**Material de las paredes:**

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

**Miembros de la familia que duermen por habitaciones**

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

### **Abastecimiento de agua**

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

### **Eliminación de excretas**

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

### **Combustible para cocinar**

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

### **Energía Eléctrica**

- Eléctrico
- Kerosene

- Vela
- Otro

#### **Disposición de basura**

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

#### **Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa**

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

#### **Eliminación de basura**

- Carro recolector
- Montículo o campo limpio
- Contenedor específicos 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 ( ) No realiza ( )

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

Escala nominal

Si ( ) No ( )

**Tipo de actividad:**

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

Deporte ( ) ninguno ( )

## **Alimentación**

### **Definición Conceptual**

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 nominal

- Familia
- Amigo
- Vecino
- Compañeros espirituales
- Compañeros de trabajo
- No recibo

### **Apoyo social organizado**

#### **Escala nominal**

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

### **Apoyo de organizaciones del estado**

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

## **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 trabajo de investigación se utilizó 1 instrumento para la recolección de datos que se detallan a continuación:

#### **Instrumento No 01**

El instrumento fue elaborado en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en los adultos 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 obtiene las iniciales o seudónimo del adulto joven entrevistado.
- Los determinantes del entorno Biosocioeconómico (Sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, Vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), Alimentos que consumen los adultos jóvenes.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Apoyo social natural, organizado, Acceso a los servicios de salud.

## **Control de Calidad de los datos:**

### **EVALUACIÓN CUALITATIVA:**

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

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

### **EVALUACIÓN CUANTITATIVA:**

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

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

Dónde:

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

$l$  : Es la calificación más baja posible.

$k$  : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud en adultos jóvenes 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 consideró los siguientes aspectos:

- Se informó y se le solicitó el consentimiento de los adultos jóvenes del A.H 25 de mayo, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con los adultos jóvenes su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada Adulto Joven.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.
- El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

#### 3.5.2 Análisis y Procesamiento de los datos:

Los datos fueron ingresados a una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software PASW Statistics, versión 18.0, para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos.

### 3.6 Principios éticos

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles, respetando la doctrina social de la iglesia como es la dignidad de la persona (37).

#### **Anonimato**

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos jóvenes 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 evitó ser expuesto respetando la intimidad de los adultos jóvenes, siendo útil solo para fines de la investigación

#### **Honestidad**

Se informó a los adultos jóvenes los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentra plasmado en el presente estudio.

#### **Consentimiento**

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

## IV. RESULTADOS

### 4.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

**TABLA 1.**

*DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTO JOVEN DEL ASENTAMIENTO HUMANO “25 DE MAYO” CHIMBOTE, 2014*

<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Masculino	63	49.6
Femenino	64	50.4
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Grado de instrucción del adulto joven</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sin instrucción	0	0,0
Inicial/Primaria	0	0,0
Secundaria: Incompleta/ Completa	110	86.6
Superior: Incompleta/ Completa	3	2.4
Superior no universitaria	14	11.0
Incompleta/completa		
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Ingreso económico familiar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Menor de S/. 750.00	85	66.9
De S/. 751.00 a S/. 1000.00	36	28.4
De S/. 1001.00 a S/. 1400.00	6	4.7
De S/. 1401.00 a S/. 1800.00	0	0.0
De S/. 1801.00 a más	0	0.0
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Ocupación del jefe de familia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Trabajador estable	36	28.4
Eventual	91	71.6
Sin ocupación	0	0.0
Jubilado	0	0.0
Estudiante	0	0,0
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en el adulto joven del asentamiento humano “25 de mayo” Chimbote, 2014. Elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de investigación.

#### 4.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

**TABLA 02**

*DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTO JOVEN DEL ASENTAMIENTO HUMANO “25 DE MAYO”. CHIMBOTE, 2014*

<b>Tipo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Vivienda unifamiliar	76	59.8
Vivienda multifamiliar	51	40.2
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
<b>Total</b>	127	100
<b>Tenencia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Alquiler	0	0.0
Cuidador/alojado	0	0.0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0.0
Alquiler venta	0	0.0
Propia	127	100
<b>Total</b>	127	100
<b>Material del piso</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tierra	122	96.1
Entablado	0	0.0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	0	0,0
Láminas asfálticas	5	3.9
Parquet	0	0.0
<b>Total</b>	127	100
<b>Material del techo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Madera, esfera	40	31.5
Adobe	0	0.0
Estera y adobe	73	57.5
Material noble, ladrillo y cemento	0	0.0
Eternit	14	11.0
<b>Total</b>	127	100
<b>Material de las paredes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Madera, estera	49	38.6
Adobe	0	0.0
Estera y adobe	78	61.4
Material noble ladrillo y cemento	0	0.0
<b>Total</b>	127	100

**TABLA 02**

*DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN  
ADULTO JOVEN DEL ASENTAMIENTO HUMANO “25 DE MAYO”.  
CHIMBOTE, 2014*

<b>N° de personas que duermen en una habitación</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
4 a más miembros	6	4.7
2 a 3 miembros	83	65,4
Independiente	38	29.9
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Abastecimiento de agua</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Acequia	0	0,0
Cisterna	33	26.0
Pozo	0	0.0
Red pública	23	18.1
Conexión domiciliaria	71	55,9
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Eliminación de excretas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Aire libre	8	6.3
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	64	50,4
Baño público	1	0.7
Baño propio	44	34.7
Otros	10	7.9
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Combustible para cocinar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Gas, Electricidad	90	70,9
Leña, carbón	37	29,1
Bosta	0	0.0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Energía eléctrica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sin energía	0	0,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0.0
Energía eléctrica temporal	20	15.8
Energía eléctrica permanente	104	81.9
Vela	3	2.3
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Disposición de basura</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
A campo abierto	1	0.8
Al río	0	0,0
En un pozo	0	0.0
Se entierra, quema, carro recolector	126	99.2
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

**Continua...**

**TABLA 02**

*DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN  
ADULTO JOVEN DEL ASENTAMIENTO HUMANO “25 DE MAYO”.  
CHIMBOTE, 2014*

**Conclusión**

<b>Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Diariamente	0	0.0
Todas las semana pero no diariamente	5	3.9
Al menos 2 veces por semana	58	45.7
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	64	50.4
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Carro recolector	121	95,3
Montículo o campo limpio	0	0,0
Contenedor específico de recogida	0	0.0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0.0
Otros	6	4.7
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en el adulto joven del asentamiento humano “25 de mayo” Chimbote, 2014. Elaborado por la Dra. 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 EL ADULTO JOVEN DEL ASENTAMIENTO HUMANO “25 DE MAYO” CHIMBOTE, 2014*

<b>Fuma actualmente:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	18	14.2
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	17	13.4
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	92	72,4
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	0	0,0
Una vez a la semana	3	2,4
Una vez al mes	27	21.3
Ocasionalmente	52	40.9
No consumo	45	35.4
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Nº de horas que duerme</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
[06 a 08)	52	40.9
[08 a 10)	57	44.9
[10 a 12)	18	14.2
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Frecuencia con que se baña</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Diariamente	80	63
4 veces a la semana	47	37
No se baña	0	
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Se realiza Ud. Algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	60	47.2
No	67	52.8
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Actividad física que realiza en su tiempo libre</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Caminar	55	43.3
Deporte	27	21.3
Gimnasia	0	0.0
No realizo	45	35.4
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

**Continua...**

**TABLA 03**

*DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN EL ADULTO JOVEN DEL ASENTAMIENTO HUMANO “25 DE MAYO” CHIMBOTE, 2014*

<b>En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Caminar	55	43.3
Gimnasia suave	0	0.0
Juegos con poco esfuerzo	0	0.0
Correr	10	7.9
Deporte	17	13.4
Ninguna	45	35.4
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

**Continúa...**

**TABLA 03**

*DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN EL ADULTO JOVEN DEL ASENTAMIENTO HUMANO “25 DE MAYO” CHIMBOTE, 2014*

**Conclusión**

<b>Alimentos que consume</b>	<b>Diario</b>		<b>3 o más veces a la semana</b>		<b>1 o 2 veces a la semana</b>		<b>Menos de 1 vez a la semana</b>		<b>Nunca o casi nunca</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Frutas	28	22.1	68	53.5	31	24.4	0	0.0	0	0.0
Carne	13	10.2	67	52.8	38	29.9	9	7.1	0	0.0
Huevos	14	11.0	37	29.1	56	44.1	20	15.8	0	0.0
Pescado	6	4.7	10	28.8	44	34.8	63	22.7	4	3.1
Fideos	127	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Pan, cereales	127	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Verduras, hortalizas	112	88.2	9	7.1	6	4.7	0	0.0	0	0.0
Legumbres	3	2.4	18	14.2	60	47.2	43	33.8	3	2.4
Embutidos	1	0.8	0	0.0	17	13.4	86	67.7	23	18.1
Lácteos	0	0.0	0	0.0	2	1.5	42	33.1	83	65.4
Dulces	0	0.0	3	2.4	18	14.2	78	61.4	28	22.0
Refrescos con azúcar	7	5.5	20	15.8	52	40.9	29	22.8	19	15.0
Frituras	5	4.0	47	37.0	66	51.9	8	6.3	1	0.8

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en el adulto joven del asentamiento humano “25 de mayo” Chimbote, 2014. Elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de investigación.

#### 4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

**TABLA 04**

*DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN EL ADULTO JOVEN DEL ASENTAMIENTO HUMANO “25 DE MAYO” CHIMBOTE, 2014*

<b>Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hospital	19	14.9
Centro de salud	0	0.0
Puesto de salud	104	81.9
Clínicas particulares	1	0.8
Otras	3	2.4
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muy cerca de su casa	103	81.1
Regular	1	0.8
Lejos	15	11.8
Muy lejos de su casa	5	3.9
No sabe	3	2.4
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Tipo de seguro</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ESSALUD	17	13.4
SIS - MINSA	94	74.0
SANIDAD	0	0,0
Otros	16	12.6
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>El tiempo que esperó para que lo(la) atendieran ¿le pareció?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muy largo	0	0,0
Largo	15	11.8
Regular	102	80.3
Corto	0	0.0
Muy corto	6	4.7
No sabe	4	3.2
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

**Continua...**

**TABLA 04****DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN EL ADULTO JOVEN DEL ASENTAMIENTO HUMANO “25 DE MAYO”. CHIMBOTE, 2014****Conclusión**

<b>Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muy buena	1	0.8
Buena	102	80.3
Regular	21	16.5
Mala	0	0,0
Muy mala	0	0,0
No sabe	3	2.4
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	115	90.6
No	12	9.4
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en el adulto joven del asentamiento humano “25 de mayo” Chimbote, 2014. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Directora de la presente línea de investigación.

**TABLA 05****DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN EL ADULTO JOVEN DEL ASENTAMIENTO “25 DE MAYO”. CHIMBOTE, 2014**

<b>Recibe algún apoyo social natural:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Familiares	13	10.2
Amigos	1	0.8
Vecinos	4	3.2
Compañeros espirituales	2	1.6
Compañeros de trabajo	0	0.0
No recibo	107	84.2
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>
<b>Recibe algún apoyo social organizado:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
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	127	100.0
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en el adulto joven del asentamiento humano “25 de mayo” Chimbote, 2014. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Directora de la presente línea de investigación.

**TABLA 06**

*DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN EL ADULTO JOVEN DEL ASENTAMIENTO “25 DE MAYO”. CHIMBOTE, 2014*

<b>Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones</b>	<b>Si</b>		<b>No</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Pensión 65	0	0,0	0	0,0
Comedor popular	14	52,0	0	0,0
Vaso de leche	13	48,0	0	0,0
Otros	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	27	100,0	0	0,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en el adulto joven del asentamiento humano “25 de mayo” Chimbote, 2014. Elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de investigación.

## 4.2 Análisis de resultados

**TABLA 1:** Del 100% (127) de adultos jóvenes del asentamiento humano “25 de Mayo” Chimbote, el 50.4% (64) es de sexo femenino; en el grado de instrucción el 86.6% (110) tienen secundaria incompleta y completa; el 66.9% (85) su salario es menor de 750 soles, y en la ocupación jefe de la familia el 71.6% (91) tienen trabajo eventual.

Los resultados de la presente investigación son similares a lo obtenido por Figueroa, J. (38), en su estudio estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto joven en el Distrito de Chacas – Asunción, 2011. Es similar en algunos indicadores excepto grado de instrucción, ingreso económico y ocupación, se asemeja en cuanto a los factores biológicos donde se observa que el 54.4% de los adultos jóvenes son del sexo femenino.

También se aproxima los resultados obtenidos por Jiménez, L. (39), en su estudio determinantes de la salud en adultos jóvenes sanos en el A.H los Paisajes, Chimbote, 2012. Se aproxima en algunos indicadores excepto sexo y ocupación, donde se observa que en los determinantes de la salud el 71,25% tiene grado de instrucción secundaria completa/incompleta, el 58.75% tiene ingreso económico menor de 750 soles.

Igualmente el estudio se aproximan a lo presentado por Cribillero, L. (40), En su estudio estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto joven. P.J. florida alta - Chimbote, 2012. Se observa que el mayor porcentaje de personas adultas en un 52% son del sexo femenino. Pero difieren en grado de

instrucción encontrándose que el 30,2% de las personas adultas tienen secundaria completa/incompleta, ingreso económico un 50,8% tienen un ingreso económico de 600 a 1000 nuevos soles y ocupación el 31,8% se tiene trabajo eventual.

Del mismo modo los resultados se asemejan a lo presentado por Justino, K. (41), En su estudio estilos de vida y factores biosocioculturales del Adulto Joven en la Comunidad de Paria Huaraz, 2011. En su estudio encontraron que en el factor biológico se observa el 57,1% son del sexo femenino, en lo referente a los factores socioeconómico, el 67,0% tienen un ingreso económico de 100 a 599 nuevos soles. En relación al grado de instrucción difieren, encontrándose que el 29,9% de los adultos jóvenes tienen secundaria completa/incompleta, también difiere con la ocupación a que el 30,8% trabajan eventualmente.

En los resultados obtenidos difieren con a lo encontrado por Carrillo, G. (42), en su investigación titulada: Determinantes de la salud de los adultos jóvenes en el sector “BB” Piedras azules. Huaraz, 2013. Obteniendo los siguientes resultados: según los determinantes de la salud biosocioeconómicos, el 52% son de sexo masculino, el ingreso económico en donde el 80% tiene un ingreso mayor de 750 soles.

En los resultados obtenidos difieren con lo encontrado por Kise, C. (43), quien realizó un estudio de determinantes de la salud en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas, villa maría – nuevo Chimbote, 2012. Donde se observa en los determinantes de la salud biosocioeconómicos, que el 74,0% son de sexo masculino, ocupación el 43,0% tiene trabajo eventual. En lo

referente a grado de instrucción se asemeja debido a que el 93,0% tiene secundaria completa/incompleta; ingreso económico se asemeja ya que el 86,0% recibe un salario menor de 750 Nuevos soles.

De igual manera los resultados difieren con el estudio de Gonzales, A. (44) en su estudio estilos de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta joven del AA.HH vista alegre- nuevo Chimbote, 2012. En el factor biológico se observa que el mayor porcentaje de personas adultas en un 51,1% (48) son del sexo masculino. Con respecto a los factores culturales el 35,1% (33) son estudiantes y un 36,2% (34) tienen un ingreso económico de 600 a 1000 nuevos soles. En relación al grado de instrucción se asemejan encontrándose que el 50% (47) de las personas adultas tienen secundaria completa.

En la presente investigación se observa que un poco más de la de adultos jóvenes son de sexo femenino, es decir existen más mujeres que varones, y según literaturas investigadas reportan que en la mayoría de países del mundo existen más población femenina que varones, debido a que a medida que avanzan los años, se presenta una creciente feminización. Esta situación está asociada a la mayor esperanza de vida que alcanza la mujer respecto a los hombres es por ello que en la actualidad hay más mujeres que varones (44).

Así mismo podemos decir que los resultados anteriormente mencionados se relacionan a lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (45), que reporta que de los 113,166 habitantes de Chimbote, 76,483 son mujeres y 44,683 son hombres. Por lo tanto, el 49,20% de la población son hombres y el 50,80% mujeres.

Por otro lado observamos que la mayoría de adultos jóvenes presentan un grado de instrucción de secundaria completa e incompleta, esto debido a que los adultos jóvenes decidieron aportar en la economía familiar y aplazar o evitar gastos que demanda una educación a cualquier nivel, aun siendo la educación un derecho fundamental estipulado en la carta magna de nuestro país. Otro motivo es que siendo una población marginal, con altos índices de migrantes, no existe interés suficiente en la población de los adultos jóvenes por el aprendizaje formal debido a que estos optan por casarse o también se da por la falta de apoyo de los padres de familia, falta de sustento económico, paternidad precoz o pérdida de un familiar, etc.

Sin embargo no podemos dejar de mencionar que los adultos jóvenes con un bajo nivel de educación no reconocen los peligros a los que están expuestas por ser inmaduros les resulte más difícil decidir correctamente sobre cómo llevar un estilo de vida adecuado, además este grupo de personas no van a identificar los factores de riesgo a los que tan expuestos debido al bajo nivel de instrucción.

Así mismo podemos decir que el grado de instrucción, es un factor que garantiza la salud ya que las características y accesibilidad a la educación, puede ayudar a la gente a encarar mejor el medio en que vive (para aumentar sus ingresos, para protegerse mejor contra los riesgos y para modificar su comportamiento en beneficio de la salud). La educación puede, por tanto, influir en los estilos de vida, que se están transformando rápidamente en muchas ciudades de los países en desarrollo, donde los problemas sanitarios

incluyen tanto enfermedades tradicionales del subdesarrollo (principalmente enfermedades transmisibles) como enfermedades del desarrollo (46).

Tenemos el aspecto económico, los ingresos con los que cuenta la mayoría de la población es menor de 750 soles al mes, por lo que cabe mencionar que este ingreso con los que cuentan actualmente la población limita a poder adquirir una alimentación saludable; de igual manera este grupo de personas con estos ingresos económicos con los que cuentan pueden desencadenar en un futuro conflictos familiares como peleas o discusiones en el hogar e inclusive puede causar una desintegración familiar porque como bien sabemos el dinero es un factor fundamental en el hogar.

Según la OMS los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Por otro lado la OMS los determinantes de la salud son un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los

cambios en estos estilos de vida y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud (47)

**TABLA 2:** Del 100% (127) de adultos jóvenes del asentamiento humano “25 de mayo” Chimbote; el tipo de vivienda el 59,8% (76) es vivienda unifamiliar; en tenencia el 100% (124) es propia; en el material de piso el 96,1% (122) es de tierra, en el material de techo el 57,5%(73) es de estera y adobe; en el material de las paredes el 61,4% (78) es de estera y noble; el 65,4% (83) duermen de dos a tres miembros; en el abastecimiento de agua el 55,9% (71) tienen conexión domiciliaria; en eliminación de excretas el 50,4% (64) tienen letrina; en combustible para cocinar el 70,9% (90) tiene gas, electricidad; en energía eléctrica el 81,9% (104) tienen energía eléctrica permanente; en disposición de la basura el 99,2% (126) entierra, quema o en el carro recolector; en la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa el 50,4% (64) pasan al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas; en eliminación de la basura el 95,3% (121) en el carro recolector.

Los resultados son similares a lo encontrado por Diane. L (48), en su estudio determinantes de la salud en el adulto joven. A.H. Golfo Pérsico \_ Chimbote, 2013. en el cual se observa que el 60%, tiene vivienda unifamiliar, el 84% de la población tiene casa propia, el 97% el material de piso es tierra, el resultado del material de techo el 54% es de material adobe, estera y ladrillo, los resultados se aproximan al material de las paredes el 70% son de material adobe, estera y ladrillo, en relación al N° de habitaciones el 69% tiene de 2 a 3 personas que duermen en la misma habitación, en relación al

abastecimiento de agua el 60,5% tienen conexión domiciliaria; en eliminación de excretas el 48,5% tienen letrina; en combustible para cocinar el 78,9% en relación al abastecimiento de agua y eliminación de excretas el 100% (153) utiliza gas y electricidad, en energía eléctrica el 90,0% tienen energía eléctrica permanente, en disposición de la basura el 100% entierra, quema o el carro recolector lo recoge ; en la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa el 46,6% pasan al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas; en eliminación de la basura el 98,7% en el carro recolector.

Así mismo los resultados son similares a lo obtenido por Garay, N (49), en su estudio Determinante de la salud en la persona adulta de la asociación el morro II. Tacna, 2013. Se observa que en los determinantes de la salud relacionados a la vivienda encontramos que el 89,4 % cuenta con casa propia. En lo que respecta al material del piso el 66,9% cuenta con piso sin vinílico, en relación al material del techo el 64,8% es de material noble, ladrillo y cemento, el 96,2% cuenta con material de las paredes de material noble, ladrillo y cemento, con respecto al abastecimiento de agua el 100% cuenta con conexión domiciliaria y baño propio. En lo que respecta al combustible para cocinar el 98,3% cuenta con gas para cocinar. En lo concerniente a la energía eléctrica el 100% cuenta con energía eléctrica permanente. Con respecto a la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa es diariamente con el 100% y el 86,9% suele eliminar su basura en el carro recolector.

Por otro lado el presente estudio se asemeja a lo encontrado por García, P, (50) en sus estudios determinantes de la salud en adultos jóvenes varones con adicción a drogas. A.H Sr. de los Milagros. Chimbote-2012.en el cual se

observa que el 75 % (75) de los adultos jóvenes varones con adicción a drogas tienen vivienda de tipo unifamiliar; el 79% (79) tienen un material de piso asfaltado; el 73% (73) tiene un techo de material noble; el 88% (88) tiene paredes de material noble; el 72% (72) tiene una habitación independiente; el 99% (99) tienen abastecimiento de agua potable con conexión en casa; el 99% (99) tienen desagüe con baño propio en casa; el 99% (99) utilizan gas y electricidad para cocinar los alimentos; el 99% (99) tiene energía eléctrica permanente; el 100% (100) disponen su basura en el carro recolector; el 76% (76) refieren que la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa es todas las semanas pero no diariamente; el 100% (100) eliminan su basura en el carro recolector.

De igual manera la presente investigación se aproxima a los resultados encontrados por Cadena. F, y colab (51), quienes realizaron una investigación sobre Los Determinantes de la demanda de vivienda en las ciudades de Guayaquil, Quito y Cuenca, un análisis multinomial, donde encontraron: Según cifras del censo de vivienda del año 2001, en el país el 70% de la población tenía vivienda propia, mientras que los datos de la ECV 2005 muestran que este porcentaje se ha incrementado, pues el 83% de los encuestados indica que posee casa propia (pagada, pagándola o cedida). Esto implica que en términos absolutos, el déficit cuantitativo ha experimentado un crecimiento en los últimos años.

Por otro lado los resultados de la presente investigación difieren a lo encontrado por Uchazara, M (52), es su estudio determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado menor los Palos. Tacna, 2013. En los

Determinantes de salud relacionados con la vivienda, se observa que el 100% de personas adultas tienen vivienda unifamiliar, el 53,2% presenta el material del piso de tierra, el 71,8 % material del techo de estera y adobe, el 54,8% presenta material de las paredes de adobe y el 100 % presenta de 2 a 3 miembros en una habitación. En cuanto al abastecimiento de agua el 58,9% utiliza pozo, el 54% presentan desagüe por medio de letrina, el 48,5 % utiliza como combustible para cocinar la tuza (coronta de maíz), el 87,5 % cuenta con energía eléctrica permanente, el 65,5 % elimina la basura a campo abierto, el 63,9% menciona que la frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa es al menos 2 veces por semana y el 72,6 % suele eliminar su basura a campo abierto.

Los resultados son similares a lo encontrado por Rosales, J. (53), En su estudio determinantes en la salud en adultas jóvenes del p. j “la Victoria” – Chimbote, 2013. Se observa que en el material de piso el 89% (126), es de cemento, 94% (134), concreto armado; el 96% (137), material de las paredes es de cemento; el 85% (54), duermen 3 miembros en una sola habitación. Según el abastecimiento de agua, el 100% cuentan con red pública dentro de su vivienda, el 100% de los encuestados manifiestan que tiene un baño propio para la eliminación de excretas; 100% utiliza gas para cocinar; 100% tiene alumbrado público eléctrico; el 92% (131), refieren que el carro recolector de la basura pasa todas las semanas pero no diariamente, sin embargo difieren en pertenencia de vivienda y eliminación de basura debido a que el 82% (117), el 99% (140), suelen eliminar en los contenedores de basura.

Los resultados encontrados en el presente estudio, de los adultos jóvenes del A.H “25 de Mayo”, se presentó un alto porcentaje con respecto a la vivienda ya que el 100% de los adultos jóvenes tienen vivienda propia, este porcentaje nos indica que la población joven tiene una subsistencia superior a los demás sectores.

Así mismo podemos mencionar que las viviendas de los adultos jóvenes no son saludables ya que son de material precario, debido a esto puede algún factor de riesgo para cada uno de ellos ya que les podría proporcionar algún tipo de enfermedad, por la humedad y los materiales que se usan, ocasionándoles tener un estilo de vida no saludable.

La vivienda es el lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas. Este tipo de edificación ofrece refugio a los seres humanos y les protege de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades cotidianas. También el acceso a una vivienda digna es un derecho humano inalienable, ya que un techo inadecuado atenta de forma directa contra la salud física y mental. La accesibilidad física, la inclusión de servicios básicos (como el agua potable, el gas y la electricidad) el respeto por las tradiciones culturales y la seguridad deben formar parte del derecho a la vivienda (54).

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 (55).

No todas las viviendas son diseñadas de la misma manera, pues algunas son de material precario como las esteras, cartón, etc. también de la exposición en la vivienda a ácaros de polvo, humo ambiental de tabaco, monóxido de carbono, crecimiento de hongos, seguridad y efectos del plomo las cuales no son beneficiosas si hay ancianos en casa, pueden también causar enfermedades respiratorias, cefaleas, depresión, ansiedad lo que puede conllevar a enfermedades mayores en las personas más vulnerables (56).

La vivienda constituida tradicionalmente en centros de atracción de inmigrantes de las zonas rurales desasistidas con problemas sociales, asociados con las condiciones precarias de hábitat y vivienda. Destacan la alta incidencia de la pobreza urbana, la existencia y producción de viviendas inadecuadas, el déficit de servicios públicos básicos (acceso al agua potable, canalización de aguas servidas, suministro de energía eléctrica, accesibilidad, entre otros). Como consecuencia de esta situación, hoy día un tercio de los habitantes de asentamientos urbanos viven en condiciones que ponen en peligro su salud y sus vidas (57).

Una vivienda saludable y adecuada, es una condición que influye de manera favorable a la salud física y emocional de las personas, se contaba con los

servicios básicos funcionales (como luz, agua, drenaje, gas, transporte etc.) necesarios para proteger y generar un bienestar en la salud de los adultos mayores (58)

**TABLA 3:** Del 100% (127) de adultos jóvenes del asentamiento humano “25 de mayo” Chimbote; El 72,4% (92) no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual; en frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas el 40,9% (52) consume ocasionalmente; el 44,9% (57) duerme de 8 a 10 horas; el 63,0% (80) se baña diariamente; en si se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud el 52,8%(67) es que no ; en actividad física que realiza en su tiempo libre el 43,3%(55) camina ; en las dos últimas semanas que actividad física realiza durante más de 20 minutos el 43,3%(55) salen a camina; de tres o más veces a la semana el 53,5% (68) consume frutas; de tres o más veces a la semana el 52,8% (67) consume carne; de 1 ó 2 veces a la semana el 44,1% (56) consume huevos; de 1 ó 2 veces a la semana el 34,8% (44) consume pescado; diario el 100% (127) consume fideos; diario el 100% (127) consume pan, cereales; Diario el 88,2% (112) consume verduras, hortalizas; de 1 ó 2 veces a la semana el 47,2% (60) consume legumbres; menos de una vez a la semana el 67,7% (86) consume embutidos; nunca o casi nunca el 65,4% (83) consume lácteos; menos de 1 vez a la semana el 61,4% (78) consume dulces; de 1 ó 2 veces a la semana el 40,9% (52) consume refrescos con azúcar; de 1 ó 2 veces a la semana el 51,9% (66) consume frituras.

Los resultados de la presente investigación son similares a lo encontrado por Jacinto, P (59), En su estudio titulado determinantes de la salud en mujeres

adultas maduras obesas A.H. Villa España Chimbote, 2012. en la cual se observa que según su muestra de las 80 mujeres adultas maduras obesas que participaron en el estudio, el 68,75% (55), de las mujeres adultas maduras obesas no fuman, ni han fumado nunca; el 41,25% (33) consumen bebidas alcohólicas una vez al mes; el 25,0% (20), realizaron juegos poco esfuerzo, el 25,0% (20), deporte; en lo referente al consumo de comidas difieren que el 75,0% (60), consumen Frutas diario; el 37,5% (30) consumen huevo; el 93,75% (75), consumen pescado 3 o más veces a la semana; el 100% (80); consumen fideos , Pan y cereales diario; el 62,5% (50), consumen Verduras y hortalizas.

Estos resultados son similares a los de Maya, L (60), quien investigó Los estilos de vida saludable en adultos: definido como los procesos sociales, tradicionales, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Así mismo concluyó que los estilos de vida son determinadas de la presencia de factores de riesgo y / o de factores protectores para el bienestar, por lo cual debe ser visto como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Por otro lado estos resultados se aproximan a los de Marlit, Q. (61), quien investigo estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta de la asociación de vivienda Villa Colonial de Viñani, Tacna. Según la variable estilos de vida se observó que la mayoría de adultos tienen estilos de vida no

saludable con un 66,99% y un porcentaje significativo tienen estilos de vida saludable 33,01%.

Así mismo los resultados de la presente investigación se asemejan a lo encontrado por García. P (62), en su estudio titulado determinantes de la salud en adultos jóvenes varones con adicción a drogas. A.H Sr. de los Milagros. Chimbote-2012. Los resultados dieron a conocer lo siguiente; el 50% (50), duerme de 8 a 10 horas; el 100% (100), no se realizan ningún examen médico periódico en un establecimiento de salud; el 75% (75), no realiza actividad física en su tiempo libre; el 75% (75), no realizó ninguna actividad física en las dos últimas semanas durante más de 20 minutos; el 59% (59), consume huevos de 1 o 2 veces a la semana; el 44% (44), consume pescado 3 o más veces a la semana; el 85% (85), consume pan y cereales a diario; el 65% (65), consume legumbres 1 o 2 veces a la semana; el 43% (43), consume lácteos menos de 1 vez a la semana; el 36% (36), consume dulces menos de 1 vez a la semana;

El 41% (41), consume refrescos con azúcar a diario; el 89% (89), consumen entre otros tipos de alimentos a diario como frituras y fideos. Sin embargo difieren en lo referente al consumo de cigarro el 58% (58), fuman cigarrillos diariamente; el 55% (55), consume frutas 1 o 2 veces a la semana. Difieren en lo referente al consumo de carne el 50% (50), consume carne 1 o 2 veces a la semana; el 53% (53), consume verduras y hortalizas 1 o 2 veces a la semana; el 49% (49), consume embutidos menos de 1 vez a la semana, de igual manera en lo referente al baño el 65% (65), no se baña; el 57% (57), consume bebidas alcohólicas 1 vez a la semana (63)

Los resultados encontrados en la presente investigación asemejan a los resultados encontrados por Sánchez. M. (63), quien realizó una investigación sobre hábitos deportivos y actividad física en jóvenes de 20 a 29 años de edad: propuesta del marketing deportivo como herramienta empleada por el gobierno federal para hacer frente al problema de sobrepeso y obesidad” Los resultados dieron a conocer que 37% come fruta, 36% verduras, 26% consume cereales y 46%, lácteos (éstos alimentos en las proporciones adecuadas componen una dieta balanceada). No obstante, alimentos con altos contenidos de harina y grasas saturadas como el pan son consumidos por el 39% de los jóvenes, 19% consume dulce salados, 21% golosinas, 18% come tubérculos y 36% toma refresco todos los días. Con lo que respecta a la práctica de ejercicio, de los jóvenes encuestados, 60% no realiza ejercicio y el resto sí.

Los resultados encontrados en la presente investigación se aproximan a los resultados encontrados por Gonzales. E. y colab (64), quienes realizaron una investigación sobre la Evaluación de la frecuencia de consumo de alimentos de los adultos jóvenes de Zamorano Se ve reflejado un consumo poco adecuado de más de la mitad de la población adulta joven en lo que son lácteos (57,1%), y vegetales (57%), En lo que son carnes (35%), y frutas (20,7%), Esto refleja una proyección de planes a futuro de los alimentos que mejor se debería de promover.

Por otro lado los resultados encontrados son similares a la presente encontrado por Ávila J (65), en su investigación titulada determinantes de la salud en adultos del caserío los Olivos del sector “O” Huaraz , 2013, estudio de tipo cuantitativo de diseño descriptivo con un cuestionario de determinantes de

la salud aplicado a los adultos . Se obtuvieron los siguientes datos el 52,4% consume fruta diario, el 39,5% consume huevos 3 a más veces a la semana, el 54,4% consume pescado de una a dos veces a la semana 76,8% consume pan y cereales diario.

Una alimentación saludable es aquella que permite alcanzar y mantener un funcionamiento óptimo del organismo, conservar o restablecer la salud, disminuir el riesgo de padecer enfermedades, asegurar la reproducción, la gestación y la lactancia, y que promueve un crecimiento y desarrollo óptimos. Debe ser satisfactoria, suficiente, completa, equilibrada, armónica, segura, adaptada, sostenible y asequible (66).

El estilo de vida saludable, es la forma como cada uno decide vivir, son las cosas que decidimos hacer. Es la hora de levantarnos, la hora en que descansamos, el tipo de alimentos que consumimos, la clase de actividad física que practicamos, la forma de relacionarnos con los demás y la actitud que asumimos frente a los problemas. Todo esto hace que tengamos o no un estilo de vida saludable (67).

Según la OMS (68), dice que el ejercicio es una necesidad natural del cuerpo, que nos permite favorecer el bienestar y la satisfacción personal de los participantes, facilitando la formación de una autoimagen positiva. Contribuye a prevenir de forma directa e indirecta un elevado número de dolencias, tanto a nivel fisiológico como psicológico, siendo un determinante de la vitalidad del cuerpo y de su capacidad funcional. Por otra parte, un estilo de vida sedentario es responsable de un gran número de enfermedades, especialmente de tipo crónico.

La actividad física ya sea de corta o larga duración, contribuye a establecer un bienestar mental, mejorando la autonomía de la persona, la memoria, rapidez de ideas, etcétera, y promoviendo sensaciones como el optimismo, mejora la autoestima de las personas, lo que produce beneficios en diferentes enfermedades como la osteoporosis, la hipertensión o las crisis diabéticas; también realizar de forma regular y sistemática una actividad física ha demostrado ser una práctica muy beneficiosa en la prevención, desarrollo y rehabilitación de la salud, a la vez que ayuda al carácter, la disciplina y a la toma de decisiones en la vida cotidiana (69).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (70), catalogó el sedentarismo como uno de las 10 causas fundamentales de mortalidad, morbilidad y discapacidad; constituyendo el segundo factor de riesgo más importante de una mala salud, después del tabaquismo. El sedentarismo duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, de diabetes tipo II y de obesidad; asimismo, aumenta la posibilidad de sufrir hipertensión arterial, osteoporosis, cáncer de mama y colon, entre otros. Además considera que una persona es sedentaria cuando su gasto semanal en actividad física no supera las 2000 calorías , También lo es aquella que sólo efectúa una actividad semanal de forma no repetitiva por lo cual las estructuras y funciones de nuestro organismo no se ejercitan y estimulan al menos cada dos días, como requieren.

Por otro lado podemos decir que una alimentación saludable, hace referencia a la disponibilidad de alimentos, el acceso de las personas a ellos y el aprovechamiento biológico de los mismos. Se considera que un hogar está en una situación de seguridad alimentaria cuando todos sus miembros tienen

acceso y disponen de manera sostenida alimentos suficientes en cantidad y calidad según las necesidades biológicas. La seguridad alimentaria existe cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social, y económico a alimentos suficientes, seguros y nutritivos para cubrir sus necesidades nutricionales y las preferencias culturales para una vida sana, activa y saludable (71).

Con respecto a la actividad física podemos evidenciar que menos de la mitad de adultos jóvenes si realizan ejercicios ya que saben que si no lo realizan les puede afectar a su salud, se sabe que la práctica de ejercicios es útil para mantener la condición física saludable, ya que puede contribuir positivamente al mantenimiento de un peso saludable, al desarrollo y mantenimiento de la densidad ósea, fuerza muscular y movilidad articular; promueve numerosos procesos biológicos, además proporciona un sistema fisiológico saludable, lo que reduce los riesgos quirúrgicos; causantes de numerosos problemas de salud tanto físicos como mentales.

**TABLA 4,5,6:** Del 100% (120) adulto joven del asentamiento humano “25 de mayo”, el 81,9%(104) se atendió en un Puesto de Salud en estos últimos 12 meses; en considera usted que el lugar donde lo atendieron esta , el 81,1%(103) respondió que está muy cerca a su casa, en tipo de seguro el 70,0% (94) tiene Sis-Minsa; en el tiempo que espero para que lo atendieran el 80,3% (102) respondieron que el tiempo es regular ; en la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de salud el 80,3% (102) respondieron que es buena y en si existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa el 90,6% (115) respondió

que sí; el 84,2% (107) no recibe apoyo social natural; en recibe apoyo social organizado el 100,0% (127) no recibe; el 100,0% (127) no recibe apoyo social de las organización de pensión 65; en comedor popular el 89,0%(113) no recibe apoyo; en vaso de leche el 89,8% (114) no recibe apoyo; en otros el 100,0%(127) no recibe apoyo.

Estos resultados son similares en el indicador de la institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses en el estudio elaborado por Pacheco, P. (72), en su investigación titulada: Los determinantes de la salud percibida en España, donde el 54,4% de la población de la población se atendió en estos últimos 12 meses en hospital.

En los resultados encontrados difieren en el estudio realizado por la Asociación Pro Bienestar de la familia Colombiana Pro Familia, con el apoyo del Gobierno de los Estados Unidos, a través de su Agencia para el Desarrollo Internacional USAID, (73), El 54% acuden al hospital o puesto de salud; Así mismo se asemejan el 5% utilizan clínicas privadas para su atención.

Los resultados difieren a los encontrados por Ramírez T y colab (74), en su estudio sobre Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina – 2011. Según tiempo que demora para conseguir turno se observó que el 94,6% de los encuestados obtuvieron el turno el mismo día en que fue solicitado. El tiempo de demora para recibir la atención fue en el 79,5% de los casos de menos de media hora. El 94% de los usuarios consideró que el tiempo de espera fue aceptable. El 81,1% de los encuestados refirió que se encuentra totalmente

satisfecho, en relación a la última consulta. Como así también el 82,7% se encuentra satisfecho con el trato brindado por el profesional y el 80,5% se encuentra totalmente satisfecho con el alivio o curación de su problema.

Los resultados encontrados se aproximan La Instituto Nacional de Estadística e Informática, (75), En su estudio del perfil sociodemográfico del Perú, con respecto a la tipo de seguro el 16,3 % tienen el SIS-MINSA, el 15,7 % tiene ESALUD el 57,7% no tiene seguro.

Los resultados encontrados se asimilan al de Vilma, P. (76), Cuya investigación es titulada factores biosocioeconómicos del adolescente pandillero en la Urb. San José – Piura, Se aprecia que el 75% adolescentes pandilleros son de sexo masculino pero hay que resaltar que un 25% de ellos son mujeres, lo que indica la presencia de las mujeres en las pandillas juveniles.

Los resultados son similares a lo encontrado por García. A. (77), en su estudio determinantes de la salud en el preescolar con anemia. Institución educativa n° 317, urb. El Carmen. Chimbote – 2012, el 100% (60) no recibe algún apoyo social organizado; así mismo difieren 75% (45) no reciben ningún apoyo social natural, el 83,4 % (50) no reciben ningún apoyo social de las organizaciones.

Así mismo los resultados se asemeja a lo encontrado por Colchado, A. (78), en su estudio determinantes de la salud de adultos maduros con infección respiratoria aguda Vinzos distrito Santa-2012. Se observa que el 95%(72) no reciben apoyo social natural y el 5% (4) recibe apoyo familiar, el 87,5% (70)

no recibe apoyo de ninguna entidad de apoyo social organizado, 18,75% (10) recibe del comedor popular; el 37,5% (30).

Por otro lado los resultados encontrados se aproximan a los de Román. R. (79). Titulada: determinantes de la salud en niños menores de 5 años, A.H “Bellavista” – Nvo Chimbote, 2012, 81,4% (57) no recibe algún apoyo social natural, así mismo son similares 100% (70) no recibe algún apoyo social organizado, el 85,7% (78) no recibe ningún apoyo social de las organizaciones.

Por otro lado encontramos que la mayoría de las personas manifiestan que la calidad de atención que reciben fue regular, esto influye para que la próxima vez que necesiten acudir a un establecimiento de salud lo hagan y de esta manera eviten auto medicarse y es positivo para las personas. Sin embargo lo que espera la población es que la atención debe ser de calidad y satisfactoria.

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), concebido por el Ministerio de Salud del Perú identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el conjunto de características técnico científicas, humanas y materiales que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ella (80).

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios. La calidad, incluyendo la seguridad del

paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud (81).

Así mismo podemos evidenciar que los adultos jóvenes manifestaron que existe un alto porcentaje de pandillaje o delincuencia cerca de su casa, la delincuencia suelen provenir de zonas económicamente desfavorecidas y de ámbitos urbanos y suburbanos de clase trabajadora con bajos ingresos, esto también se da por que no recibieren apoyo, protección, amor de parte de sus familiares y esto hace que se desencadene estas actitudes no deseadas en las personas.

Por otro lado no podemos dejar de mencionar que las pandillas nacen en la persona que desde niño no sintió afecto, amor cariño o protección de parte de sus padres o familia, también se da por el abuso de padres o maltratos de padres a temprana edad, es por ello que muchos jóvenes optan por el pandillaje, ya que lo ven como un medio para sobrevivir, de protección en la cual ellos pueden verse refugiados; esto causa problemas para la convivencia ya que las pandillas tienen sus propias leyes y su propio código moral distinto al del resto de la sociedad y que solo usan entre ellos. De manera que causan estragos a la sociedad como robos o violencia, lo que ocasiona que además de estar encerrados en su grupo, sean marginados por el resto de la población sus inadecuadas actitudes.

El riesgo a las que están expuesto los adultos jóvenes que viven alrededor de las pandillas es que pueden sufrir daños de su integridad personal, corren el

riesgo de ser asaltados, además el vivir con pandillas también están expuestos a juntarse con este grupo de personas y formar parte de ellos debido a que como son personas jóvenes están en busca de nuevos rumbos u horizontes y pues no miden las consecuencias de sus actos.

Los pandilleros típicamente son jóvenes de entre 13 y 21 años de edad. A la mayoría no le ha ido bien en la escuela y muchos hasta han abandonado sus estudios antes de terminarlos. A menudo tienen familiares que han estado en las pandillas. Usualmente los jóvenes más involucrados en la pandilla tienen historial de estar sin supervisión adulta diariamente por largos periodos de tiempo desde una temprana edad. Estos jóvenes se unen a las pandillas en busca de aceptación, compañía, reconocimiento y el sentimiento de pertenecer (82).

Una pandilla es una agrupación de adolescentes y jóvenes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. Se le puede definir al pandillaje como un conglomerado humano con fines propios, cuyo objetivo es la de propiciar la vida en común entre los miembros del grupo. El pandillaje juvenil es un problema que afecta a los derechos humanos de todos los seres que convivimos en una misma sociedad. Con el tiempo, estos grupos son sinónimos de violencia, robo, inseguridad ciudadana; esto afecta de manera directa a todos los pobladores de una misma sociedad pues no permite que la convivencia dentro de ella sea de la mejor manera posible (83).

El chequeo médico es la forma de identificar esos factores de riesgo que pueden ser modificables y que, en muchos casos son la consecuencia de malos

estilos de vida. Otros son hereditarios. La importancia del chequeo médico es la prevención y la inversión en salud, lo cual permitirá una mejor calidad de vida (84).

Los seguros son instrumentos financieros que nos ayudan a reducir la incertidumbre económica sobre el futuro, ya que firmando un contrato (póliza) con una Compañía de Seguros (ya sea de Vida o Generales) en la cual yo me comprometo a pagar una determinada cantidad de dinero (prima) estoy garantizando cierto pago futuro en la eventualidad que ocurra alguna circunstancia por la cual yo me estoy asegurando (85).

Con respecto las variables de redes sociales y comunitarias en los adultos jóvenes observamos que este grupo de personas no reciben ningún apoyo social natural, ni organizado, esto lo puede llevar aun una crisis en la familia debido a que todos necesitamos ayuda de entidades para poder superarnos y cumplir con objetivos planteados, además podemos decir que el apoyo natural u organizado nos puede ayudar superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.).

La importancia del apoyo social radica y puede influir positivamente, y de forma directa, sobre la salud y el bienestar en la medida que contribuye a satisfacer necesidades humanas como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima y afecto. En este sentido, los efectos positivos de apoyo social sobre la salud pueden compensar los negativos del estrés y brindar mayor soporte. Por el contrario, la pérdida o ausencia de apoyo especialmente por parte de la familia, asociada a las diferentes fuentes de estrés que pueden

presentarse en la vida de la persona como una enfermedad, minusvalía, pérdida de un ser querido, cambios de rol, etc., pueden interactuar, potenciándose y creando un alto nivel de vulnerabilidad individual (86).

Las redes de apoyo social tiene un impacto significativo en la calidad de vida de la persona adulta joven, existe evidencia de que las relaciones y las transferencias que se establecen en las redes cumplen un papel protector ante el derecho de la salud. También contribuyen a generar un sentimiento de satisfacción puesto que logren un mayor sentido de control y de competencia personal (87).

Se ha verificado que el apoyo social de organizaciones en la comunidad mejora la salud y que la confianza mutua y la cohesión de los miembros de un grupo contribuyen a reducir la mortalidad. Por el contrario, la falta de control, de autoestima y de apoyo social aumenta la morbilidad. Además, la evaluación de necesidades enfocada en la comunidad no solo da con los problemas, sino a veces con las soluciones (87).

El MINSA tiene la mayor cobertura de servicios de salud a nivel nacional y administra el 84,7% del total de establecimientos entre hospitales, centros de salud y puestos de salud ubicados en zonas urbanas, urbano marginales y rurales dispersas. Atiende a la población predominantemente pobre que no cuenta con seguro social de salud. Por otra parte, ESSALUD atiende a trabajadores del sector formal y a sus familias. Sus establecimientos están ubicados principalmente en áreas urbanas. Finalmente, los servicios de las Fuerzas Armadas y Policiales sólo atienden a sus trabajadores y familiares directos. El sub sector privado, conformado por clínicas, consultorios y

organismos no gubernamentales, otorga sus servicios en las principales ciudades del país (88).

El seguro es un instrumento financiero que nos ayuda a reducir la incertidumbre económica sobre el futuro, para el cuidado de la salud; ayuda a la gente a protegerse contra los elevados costos médicos, debido a que accede a cubrir parte de los gastos médicos firmando un contrato (póliza) con una Compañía de Seguros (ya sea de Vida o Generales) en la cual la persona se compromete a pagar una determinada cantidad de dinero (prima) y garantizar cierto pago futuro en la eventualidad que ocurra alguna circunstancia por lo que la persona se asegura (88).

Finalmente se concluye que la salud es lo más valioso que posee un ser humano, por ello, su cuidado y la prevención de cualquier enfermedad debe ser una prioridad, es por ello importante realizar un control y prevención de nuestra salud, para llevar una vida más saludable. Por otro lado se puede decir que si los adultos jóvenes siguen sin recibir apoyo de sus familiares o de alguna institución de apoyo pues en un futuro van a desencadenar una serie de enfermedades como la depresión, la tensión, además va alterar su estado de ánimo debido a que toda persona requiere de ayuda aunque sea de un familiar que le brinde apoyo no solo económico sino también moral o emocional para de esta manera disminuir el riesgo de presentar en un futuro situaciones estresantes en este grupo de personas.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 Conclusiones

- En los Determinantes Biosocioeconómico y Ambientales; La totalidad de los adultos jóvenes del asentamiento humano “25 de mayo”; tienen vivienda propia, su disposición e eliminación de basura lo realizan en el carro recolector de basura, casi la totalidad tienen energía eléctrica permanente, cocinan en gas y su piso es de tierra; de la mayoría tienen grado de instrucción secundaria completa/incompleta, un ingreso económico menor de 750 soles al mes, tienen trabajo eventual, sus techos y paredes es de esteras, en las una habitación duermen más de dos a tres miembros, son vivienda unifamiliar, su agua tiene conexión domiciliaria, un poco más de la mitad su eliminación de excretas lo realizan en letrinas, son de sexo femenino y el carro recolector de basura pasa al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas.
- En los Determinantes de Estilos de Vida: La totalidad de los adultos jóvenes del asentamiento humano “25 de mayo”; consumen diario fideos, pan y cereales, de tres o más veces a la semana un poco menos de la mitad consumen frutas y carne, de uno a dos veces a la semana consumen verduras y hortalizas, menos de una vez a la semana consumen embutidos, y una casi nunca consumen lácteos, la mayoría no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, se bañan diariamente, se bañan diariamente, un poco menos de la mitad consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, menos de la mitad duermen de 8 a 10 horas, en si se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud es que no; en actividad física que realiza en su tiempo libre camina; en las dos últimas semanas que actividad física realiza durante más de 20 minutos salen a camina.

- En los Determinantes de Redes Sociales y Comunitarias; se obtuvo que la totalidad de adultos jóvenes del asentamiento humano “25 de mayo”, no reciben algún apoyo social organizado, la mayoría se atendió en un Puesto de Salud en estos últimos 12 meses; en considera usted que el lugar donde lo atendieron esta , respondió que está muy cerca a su casa, en tipo de seguro tiene Sis-Minsa; en el tiempo que espero para que lo atendieran respondieron que el tiempo es regular; en la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de salud respondieron que es buena, en apoyo social natural no reciben y casi la totalidad en si existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa respondió que sí y en recibe apoyo de algunas de estas organizaciones en pensión 65 no reciben , en comedor popular solo el 52% recibe, en vaso de leche 48% reciben mientras que los demás no reciben ningún tipo de ayuda.

## 5.2 Recomendaciones

- Sensibilizar y concientizar a las autoridades, para que por medio de los resultados encontrados coordinen, elaboren y ejecuten acciones a favor de un adecuado estilo de vida y además acudan al establecimiento de salud a un chequeo anual y que sean atendidos favorablemente, de manera que se invierta los recursos necesarios y el presupuesto en salud que tienen a su cargo a fin de disminuir algunas enfermedades que atentan contra la salud de los Adultos jóvenes del asentamiento humano “25 de mayo” y por otro lado dar una mejor calidad de vida mediante acciones que determinen recuperar o tener una vida saludable.
- Informar a la Municipalidad de Chimbote a cerca de los resultados obtenidos sobre los determinante de la salud en Adultos jóvenes, para que por medio de esta investigación prioricen los problemas que aqueja a los Adultos jóvenes asentamiento humano “25 de mayo” para que se promuevan estilos de vida saludables; así mismo servirá para que fortalezcan la estrategia sanitaria nacional de enfermedades no transmisibles.
- Realizar nuevas investigaciones en diferentes campos de la provincia tales como asentamiento humano, pueblos jóvenes, Distritos o por qué no decirlos zonas rurales; En base a los resultados obtenidos en el presente estudio, de manera que permitan mejorar los estilos de vida de los adultos jóvenes del asentamiento humano “25 de mayo” y de igual manera que sirva para concientizar a la población sobre la importancia de mantener un estilo de vida saludable y conocer los factores que determinan una vida productiva y saludable o problemas en la salud.

## 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](http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm)
3. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
4. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
5. Tarlov A, Social determinants of Health: the sociobiological transition, BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.
6. LipLicham, C; Rocabado, F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.
7. Gonzalo Valdivia Cabrera. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile ;1994; 23:18-22
8. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302
9. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.
10. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar , editorial; 2008

11. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
12. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
13. Dirección de la Promoción de la salud. Sistema de vigilancia comunal, censo familiares del AA.HH 25 de Mayo. Chimbote; 2013.
14. Gonçalves M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre.. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006
15. Tovar L, García G. “La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”. Colombia. Agosto 2006. Nro. 027. 2004.
16. Rodríguez 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. OPS, OMS Y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>
27. Eusko Jaurlaritza. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en [http://www.eustat.es/documentos/opt\\_0/tema\\_165/elem\\_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID](http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID)
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).: Mexico; 2010. Disponible en:<http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
29. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
30. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. Mexico. 2011. Disponible en [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco\\_conceptual\\_cpv2010.pdf](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 Martínez Morán. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en [http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0\\_736\\_1.pdf](http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf)
33. Martos Carrión Esther. Analisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
34. Sánchez Isla Laura: “satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [ Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
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](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm)
38. Figueroa, J. Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto joven en el Distrito de Chacas – Asunción// tesis para optar el título de licenciado en Enfermería. Distrito de Chacas – Asunción: Universidad Católica de Chimbote. 2011
39. Jiménez, L. Determinantes de la salud en adultos maduros sanos en el A.H Los Paisajes, Chimbote, 2012// Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Chimbote: Universidad Católica de Chimbote.

2012. Disponible en <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000033277>
40. Cribillero, L. Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto joven. P.J. Florida Alta// tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Chimbote: Universidad Católica. 2012
41. Justino, K. Estilos de vida y factores biosocioculturales del Adulto Joven en la Comunidad de Paria Huaraz// tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Huaraz: Universidad Católica de Chimbote. 2011.
42. Carrillo G. Determinantes de la salud de los adultos en el sector “BB” piedrasazules Huaraz.//tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Huaraz: Universidad Católica de Chimbote .2014.
43. Kise, C. Determinantes de salud en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas en el A.H. Villa María - Nuevo Chimbote, 2012// tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Nuevo Chimbote: Universidad Católica. 2012. Disponible en <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000033268>.
44. Gonzales, A. Estilos de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta joven del AA.HH vista alegre// tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Nuevo Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. 2012.
45. Instituto nacional de estadística e informática Censos nacionales 2007. [Serie Internet] [Citado el 2011 Junio 04] [Alrededor de 120 planillas]. Disponible desde el URL: <http://censos.inei.gob.pe/censos2007/>
46. Serna R, Factores socio-culturales que influyen en la trasmisión de blstotocysti hominis en dos parroquias del municipio girardot del estado Aragua. (agosto diciembre 2001 y enero febrero 2002) [Apuntes en internet]. 2003. [citado 2005]. Disponible en URL: [http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/b\\_hominis.pdf](http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/b_hominis.pdf)
47. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud 2005. Ginebra: Organización mundial de la Salud; 2005.

48. Diane L. Determinantes de la salud en el adulto joven. A.H. Golfo Pérsico \_  
Chimbote, 2013.//tesis para optar el título profesional de licenciado en  
enfermería. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote  
.2013.
49. Garay, N. determinantes de salud en la persona adulta de la Asociación el  
Morro II de Tacna 2013// tesis para optar el título de licenciado en  
enfermería. Morro II de Tacna: Universidad Católica de Chimbote. 2012.  
Disponible en  
<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000032856>
50. García, P. Determinantes de la salud en adultos jóvenes varones con  
adicción a drogas. A.H Sr. De los Milagros. Chimbote-2012// Tesis para  
optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Chimbote:  
Universidad Católica de Chimbote. 212. disponible en  
<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000033258>.
51. Cardenas. F, y colab; Determinantes de la Demanda de Vivienda en las  
ciudades de Guayaquil, Quito y Cuenca//doctorado.Chile.2009.
52. Uchazara, M. Determinantes de la salud en la persona adulta del centro  
poblado menor los Palos. Tacna// tesis para optar el título de licenciado en  
enfermería. Tacna: Universidad las Américas. 2012.
53. Rosales, J. determinantes en la salud en adultas jóvenes del p. j “la Victoria”  
– Chimbote// tesis para optar el título de licenciado en enfermería.  
Chimbote: Universidad Católica. 2012
54. Moreno D, Derechos Humanos Vivienda Digna y No Digna 2 [Uladech  
Católica 2014] Disponible en URL:  
<http://es.scribd.com/doc/230057729/Derechos-Humanos-Vivienda-Digna-y-No-Digna-2>
55. Carmen R. La vivienda precaria urbana marginal y su relación con la salud  
de la población en el proceso de sustentabilidad. (Centro Experimental de  
Vivienda Económica) 2012. [internet]  
<http://www.alapop.org/docs/publicaciones/investigaciones/PoblacionMedioAmbiente02.pdf>
56. Martínez R. Estudio sobre condiciones de vivienda y salud. Madrid:  
Vallecas; 2001.

57. Rafael N. Condiciones Precarias de Hábitat y Vivienda. ( internet) Caracas, octubre de 2006. <http://fegs.msinfo.info/fegs/archivos/pdf/HYV.PDF>
58. Bosch, M.J. (2006). El problema de la vivienda en la vejez en Cataluña. *Architecture, City an Enveronment*, 1(1), 80-101.
59. Jacinto, G. Determinantes de la salud en mujeres adultas maduras obesas A.H Villa España Chimbote. 2012// Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2012.disponible en <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000034409>.
60. Maya, L. “Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida”. Colombia: 2006. Disponible desde el URL: [mado/m3/t4/Los\\_estilos\\_de\\_vida\\_saludables.pdf](http://mado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf)
61. Marlit, Q. “Estilo De Vida Y Factores Biosocioculturales De La Persona Adulta Dela Asociación De Vivienda Villa Colonial De Viñani, Tacna 2011.” [trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Chimbote: universidad los angeles de Chimbote[http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion\\_salud/recursos/diploDiaz,J](http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diploDiaz,J).
62. García, P. Determinantes de la salud en adultos jóvenes varones con adicción a drogas. A.H Sr. De los Milagros. Chimbote-2012// Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Chimbote: Universidad Católica de Chimbote. 212. disponible en <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000033258>.
63. Sánchez. M. Hábitos deportivos y actividad física en jóvenes de 20 a 29 años de edad: propuesta del marketing deportivo como herramienta

empleada por el gobierno federal para hacer frente al problema de sobrepeso y obesidad” en Chile, 2005.

64. Gonzales. E. Evaluación de la frecuencia de consumo de alimentos de los adultos jóvenes de Zamorano// tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Zamorano: Universidad Cesar Vallejo 2001.
65. Ávila J. Determinantes de la salud de los adultos del caserío los Olivos del sector “O” Huaraz.//tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Huaraz: Universidad Católica de Chimbote .2014.
66. Martínez Z, Alimentación saludable. Disponible en <http://nuevoestilodevida.-com/que-es-una-alimentacion-saludable/>
67. “Protocolo de estilos de vida saludables y educación física en la escuela”. Cali – Colombia. [Citado 2011 Mayo. 10]. [4 páginas]. Disponible desde el URL:<http://www.col.opsoms.org/Municipios/Cali/08EstilosDeVidaSaludables.htm>
68. La OM de salud [página en internet]. Mexico: Viviendas saludables. [Citado 05 Nov 2014]. Disponible [http://www.madridsalud.es/temas/senderismo\\_salud.php](http://www.madridsalud.es/temas/senderismo_salud.php)
69. Sais L, Beneficios del ejercicio físico. Disponible en <http://allterrainpeoplevenezuela.blogspot.com/2014/02/beneficios-del-ejercicio-fisico.html>
70. La OM de salud [página en internet]. Mexico: Viviendas saludables. [Citado 05 Nov 2014]. Disponible [http://www.madridsalud.es/temas/senderismo\\_salud.php](http://www.madridsalud.es/temas/senderismo_salud.php)

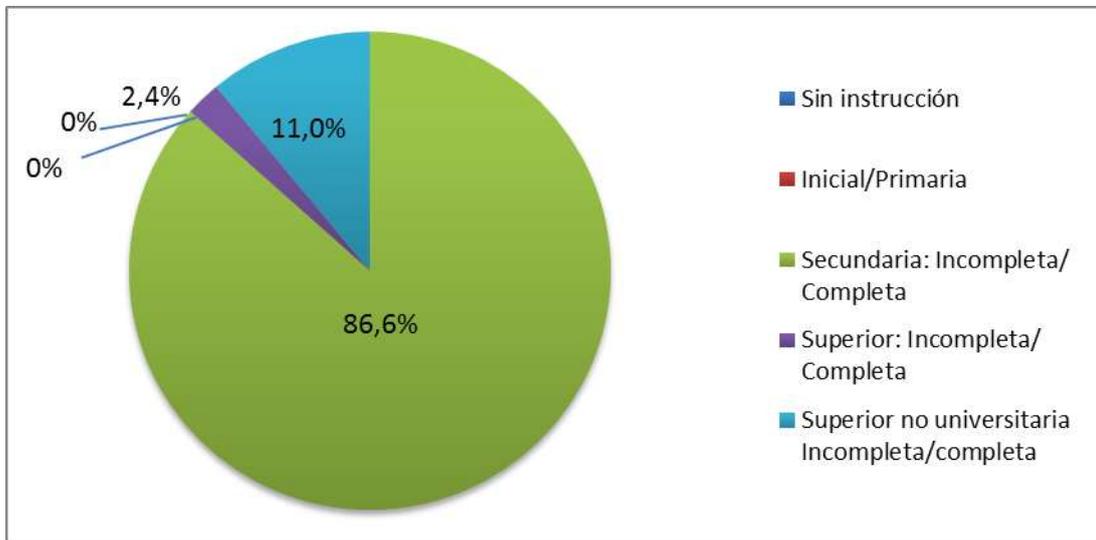
71. Red de agricultura ecológica. Guía para consumo para una alimentación saludable 2011. Perú: Red de agricultura ecológica; 2011.
72. Pacheco, P. Los determinantes de la salud percibida en España. [Tesis para optar por el título de doctor]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid: 2010.
73. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana pro familia, con el apoyo del Gobierno de los Estados Unidos, a través de su agencia para el desarrollo Internacional (USAID) Colombia: Editorial Mc Graw Hill; 2003.
74. Ramirez T Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención. Rev. méd. Chile. 2011; 112 (11): 980-983.
75. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda [Nota informativa en internet]. 2008 [Citado 2012 Abr. 10]. [3 páginas]. Disponible desde el URL: <http://ceirbera.blogdiario.com/1217257320/catolicos-disminuyen-y-vangelicos-van-en-aumento-en-el-peru-informa-jefe-del-inei/>
76. Vilma, P. Factores biosocioeconómicos del adolescente pandillero en la urb. San José – Piura, 2010.
77. García. A. Determinantes de la salud en el preescolar con anemia. institución educativa N° 317, urb. el Carmen// tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Chimbote: Universidad Católica. 2012.
78. Colchado, A. Determinantes de la salud de adultos maduros con infección respiratoria aguda Vinzos distrito Santa// tesis para optar el título de licenciado en enfermería.Santa: Universidad Católica. 2012.

79. Román. R. Determinantes de la salud en niños menores de 5 años, A.H “Bellavista” // tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Nvo Chimbote: Universidad Católica. 2012.
80. Ministerio de Salud. Norma técnica de estándares de calidad para hospitales e institutos especializados 2003. Perú: Ministerio de Salud; 2003.
81. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud 2005. Perú: Ministerio de Salud; 2005.
82. Las 4 pandillas más grandes y peligrosas del mundo no son simples ladrones callejeros ya que han evolucionado para convertirse en verdaderas máquinas de la muerte. [Publicado en junio del 2009] Disponible en <http://zonaj.net/noticia/1110/9/las-4-pandillas-mas-grandes-y-peligrosas-del-mundo/>
83. El pandillaje. [Publicado el martes, 5 de abril de 2011] Disponible en <http://urcia-oscar.blogspot.com/2011/04/que-es-el-pandillaje.html>
84. Organización Mundial de la Salud. Riesgos para la salud de los jóvenes. Agosto del 2011. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.
85. Solís R, Sixto E, Sánchez M Carrión. Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú. Rev. perú. med. exp. salud pública. 2009; 26 (2): 7-12

86. Gonzales M Redes de apoyo social, [Nota informativa en internet]. Costa Rica 2008 Disponible en [http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM\\_cap5web.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf)
87. Ministerio de salud. encuesta de satisfacción de usuarios externos de servicios de salud en Lima 2002. Ministerio de salud; 2002.
88. Solís R, Sixto E, Sánchez M Carrión. Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú. Rev. Perú. Med. Exp. salud pública. 2009; 26 (2): 7-12.

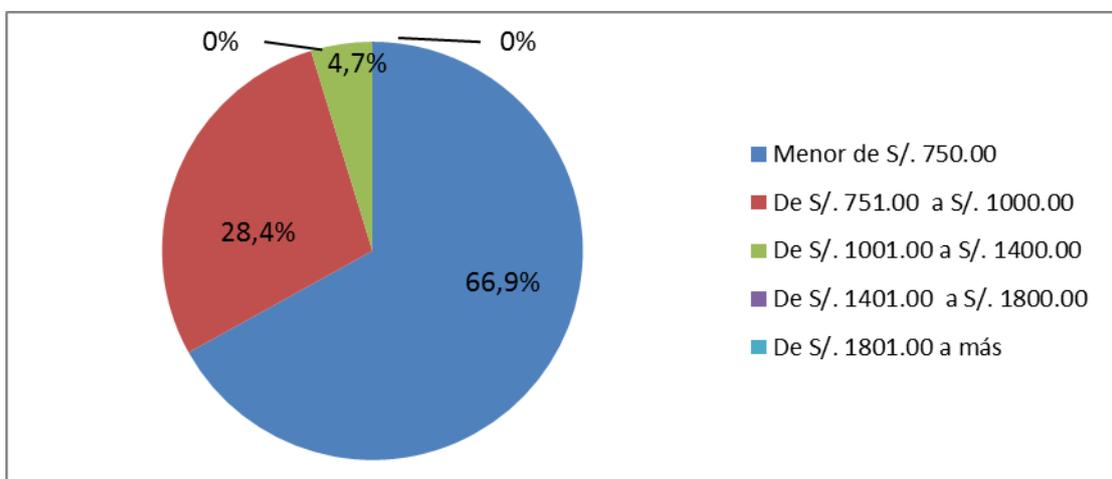
**ANEXO**  
**DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS**

**GRAFICO 1: GRADO DE INSTRUCCIÓN**



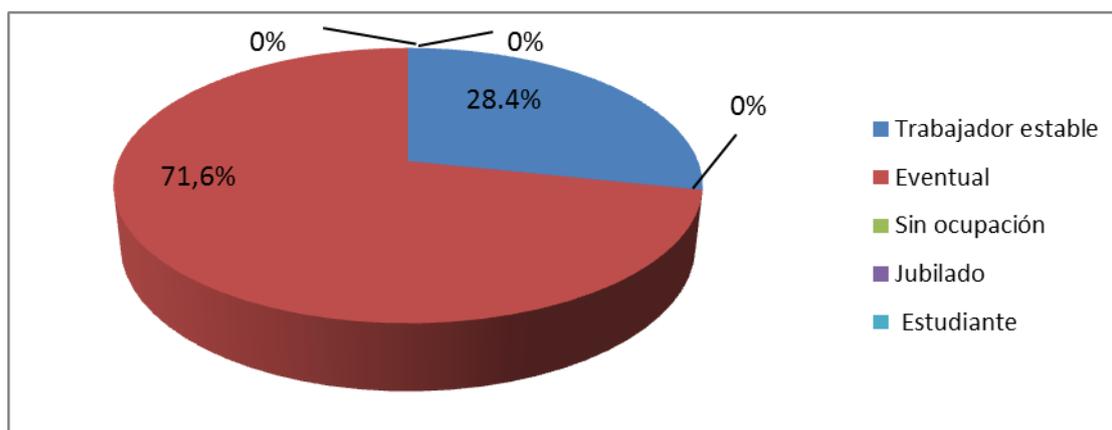
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 2: INGRESO ECONOMICO**



**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

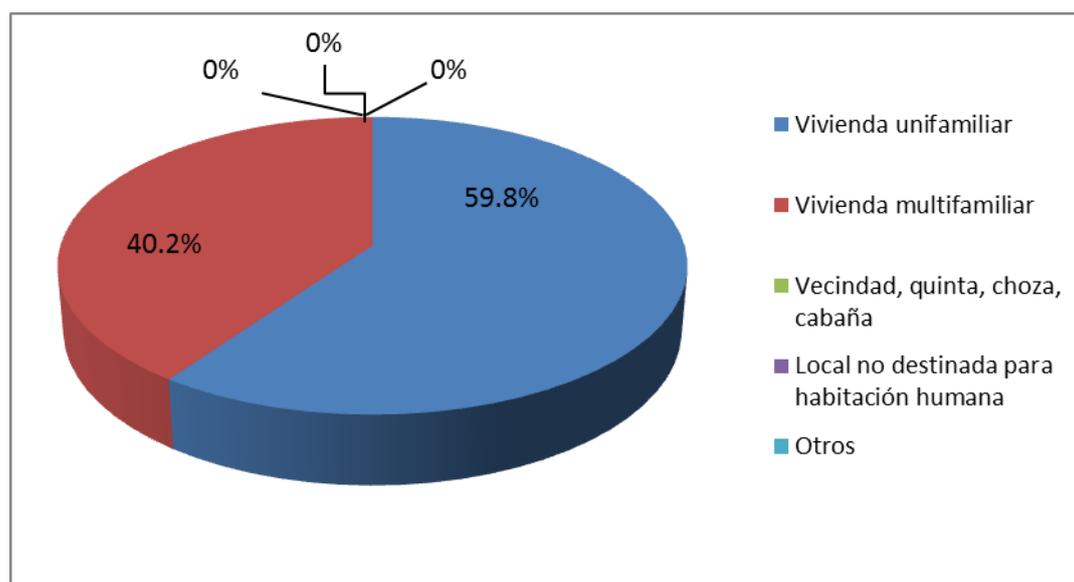
**GRAFICO 3: OCUPACION**



**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

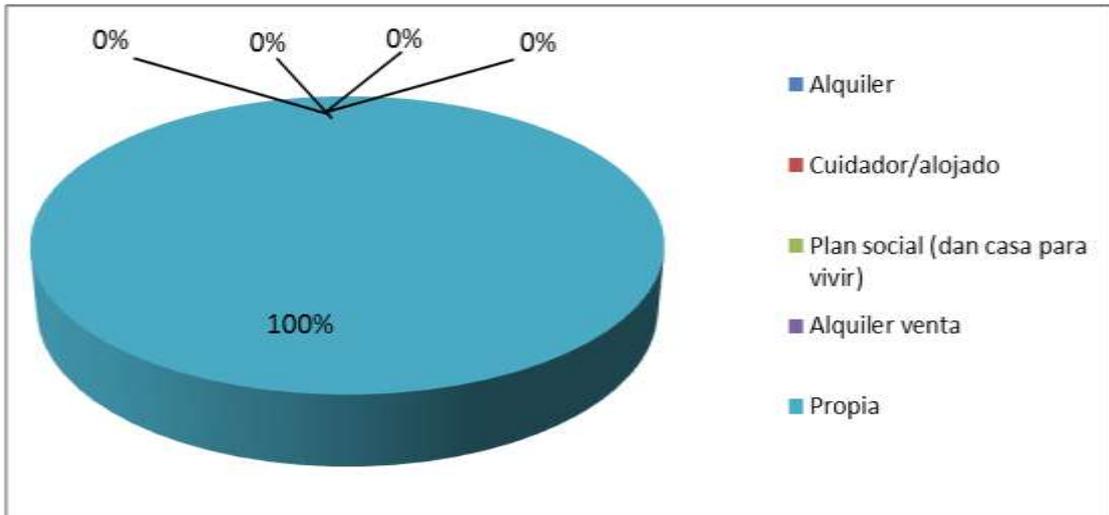
**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA**

**GRAFICO 4: TIPO DE VIVIENDA**



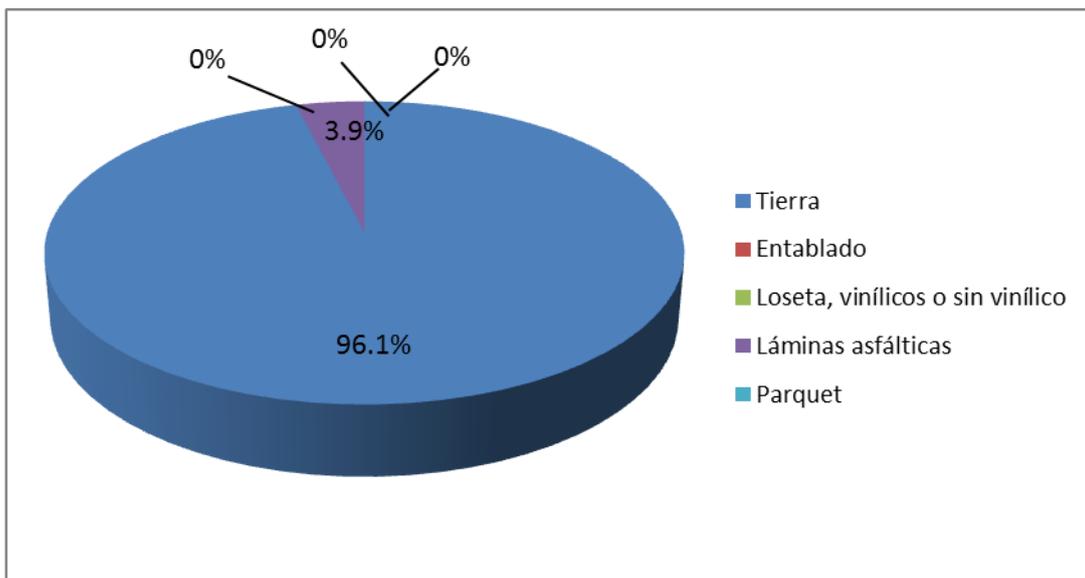
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 5: TENDENCIA**



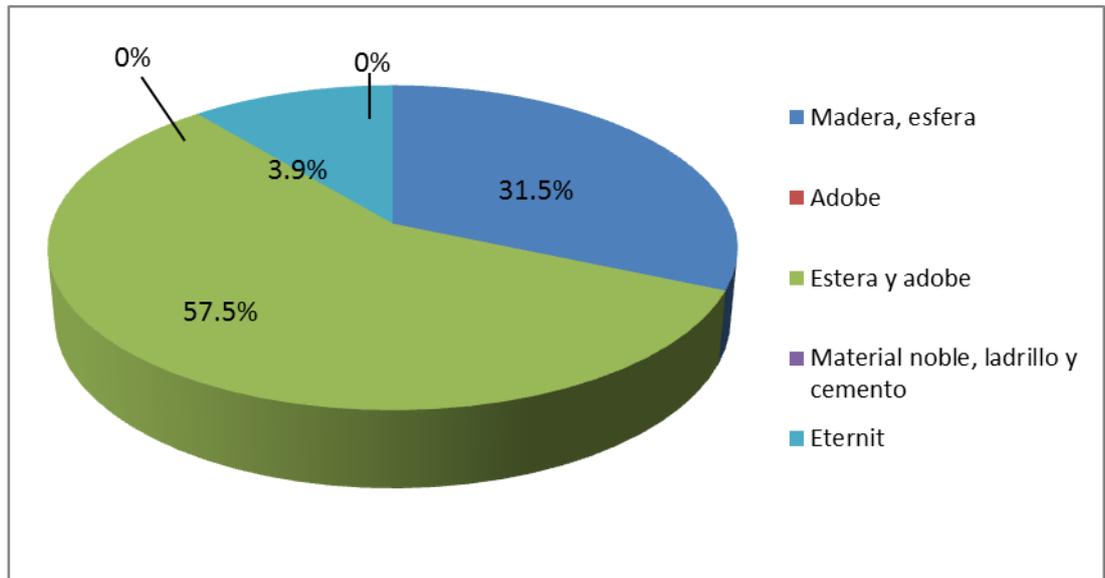
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 6: MATERIAL DE PISO**



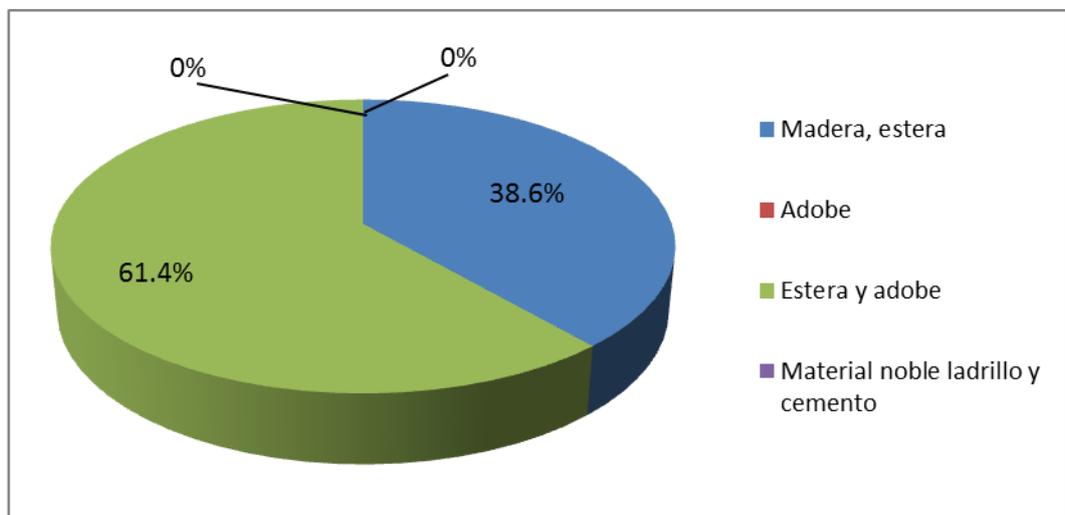
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 7: MATERIAL DE TECHO**



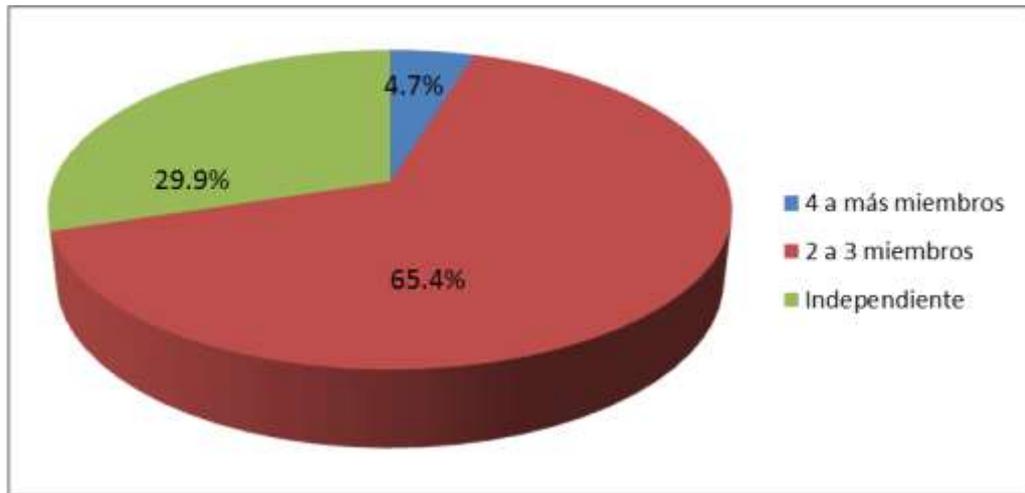
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 8: MATERIAL DE LAS PAREDES**



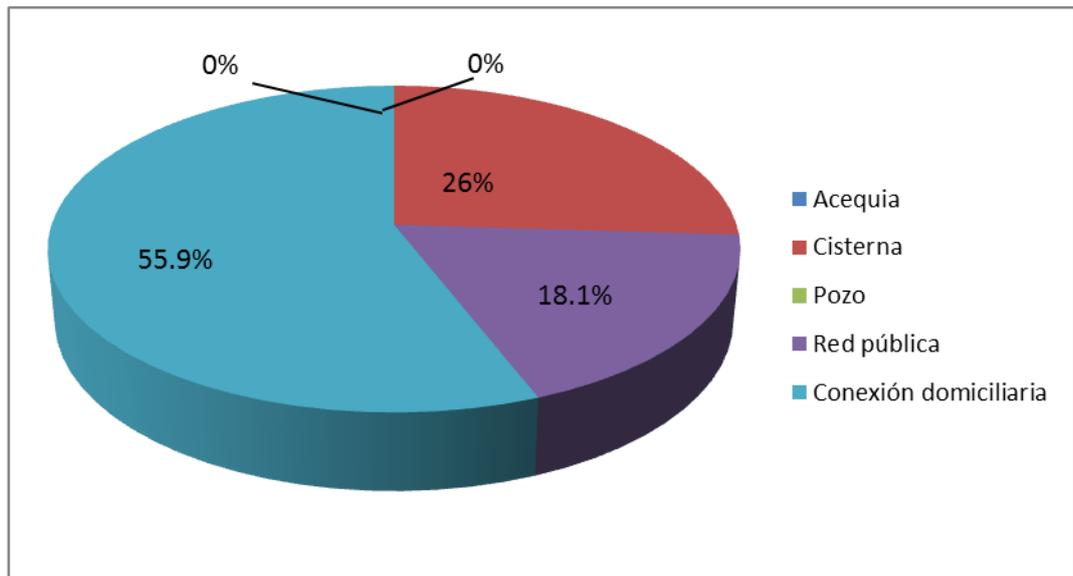
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 9: NUMERO DE PERSONAS QUE DUERME EN UNA HABITACION**



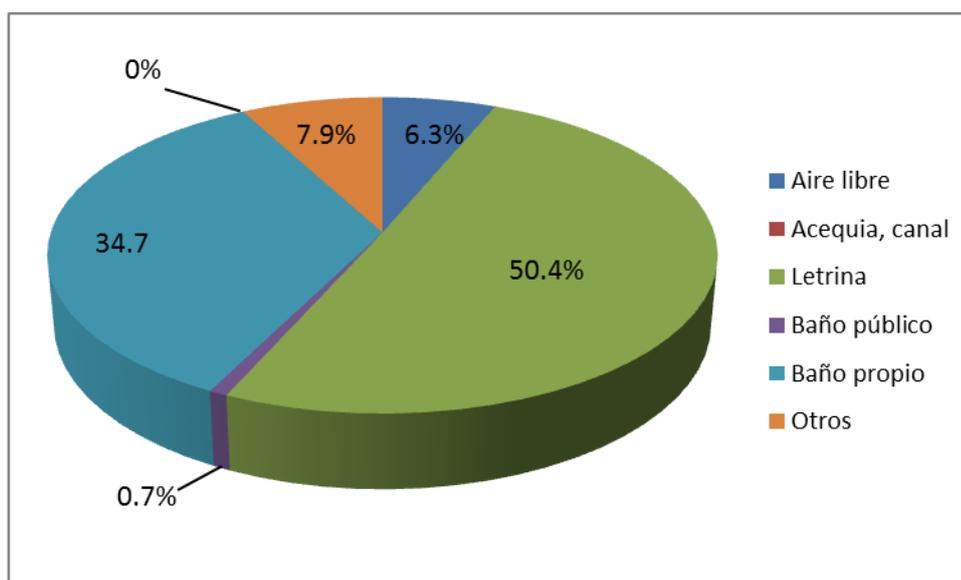
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 10: ABASTECIMIENTO DE AGUA**



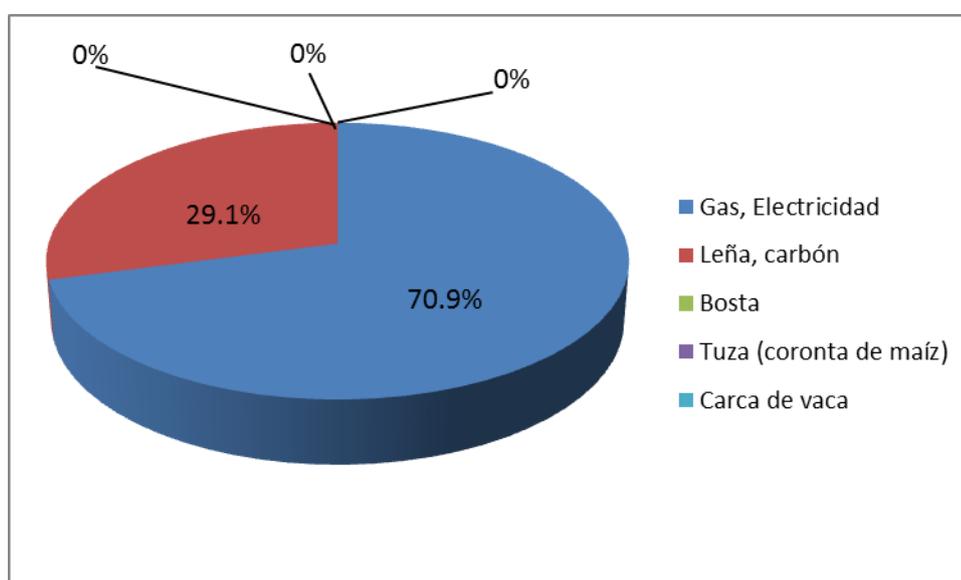
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 11: GRAFICO SEGÚN ELIMINACION DE EXCRETAS**



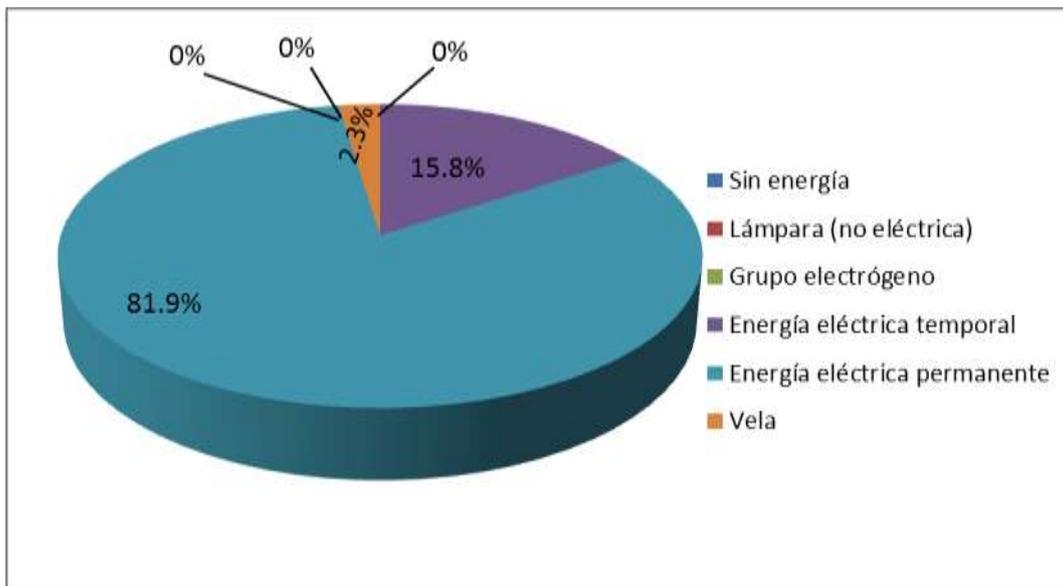
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 12: COMBUSTIBLE PARA COCINAR**



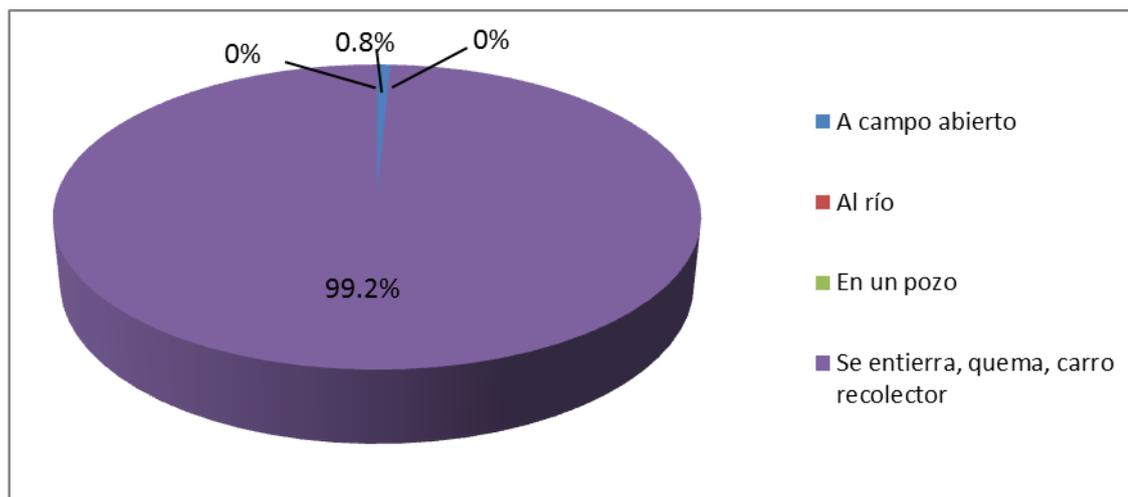
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 13: ENERGIA ELECTRICA**



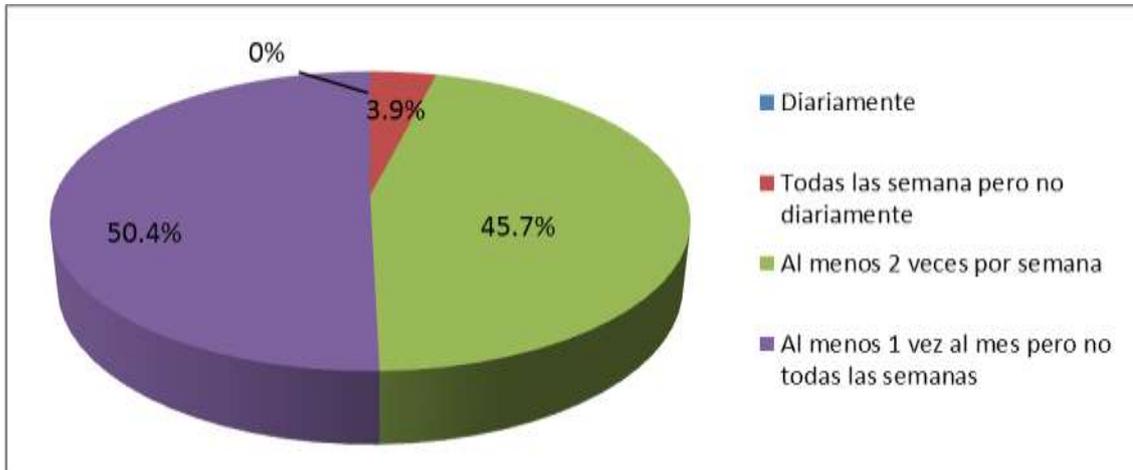
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 14: DISPOSICION DE BASURA**



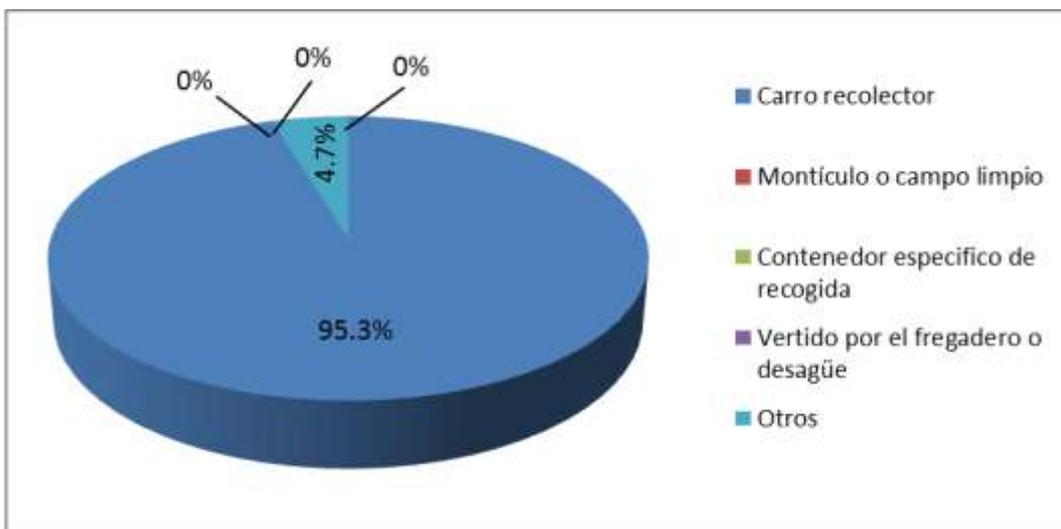
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 15: FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR SU CASA**



**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

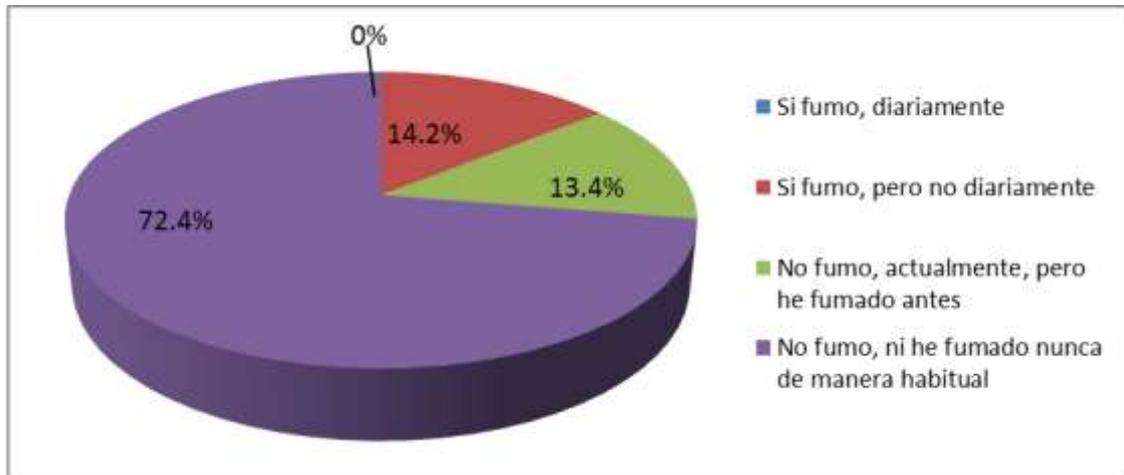
**GRAFICO 16: DONDE SUELEN ELIMINAR SU BASURA EN LOS SIGUIENTES LUGARES**



**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

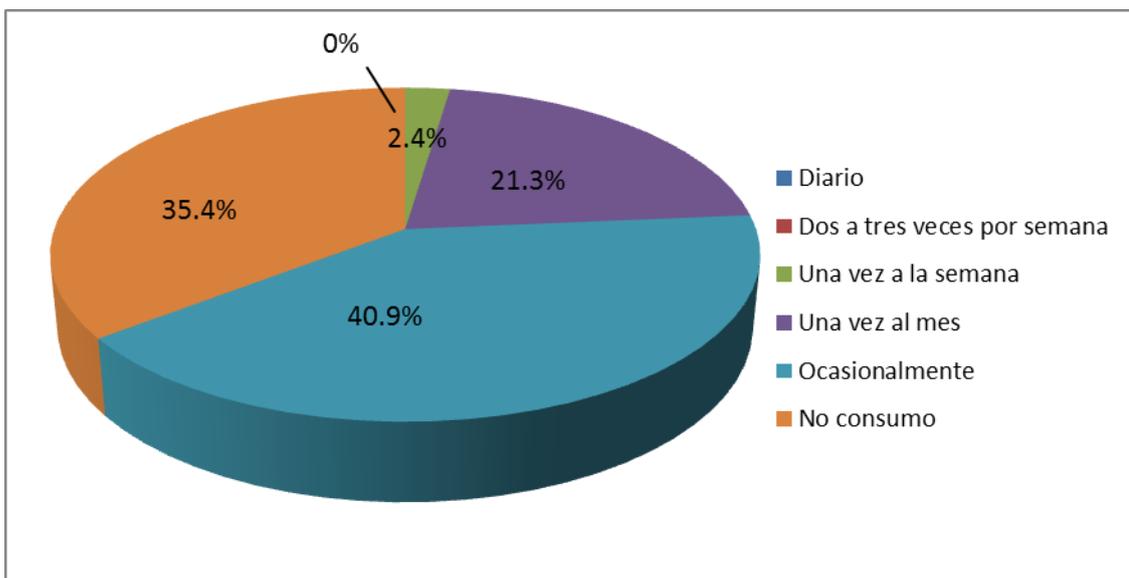
## DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRAFICO 17: COMO FUMAN ACTUALMENTE



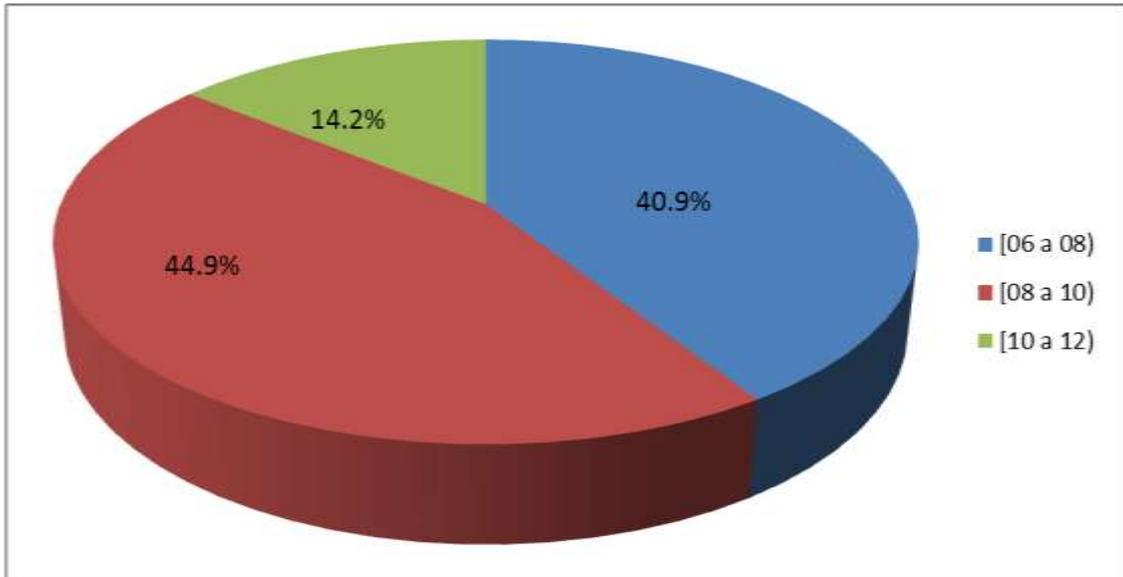
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 18: LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOHOLICAS



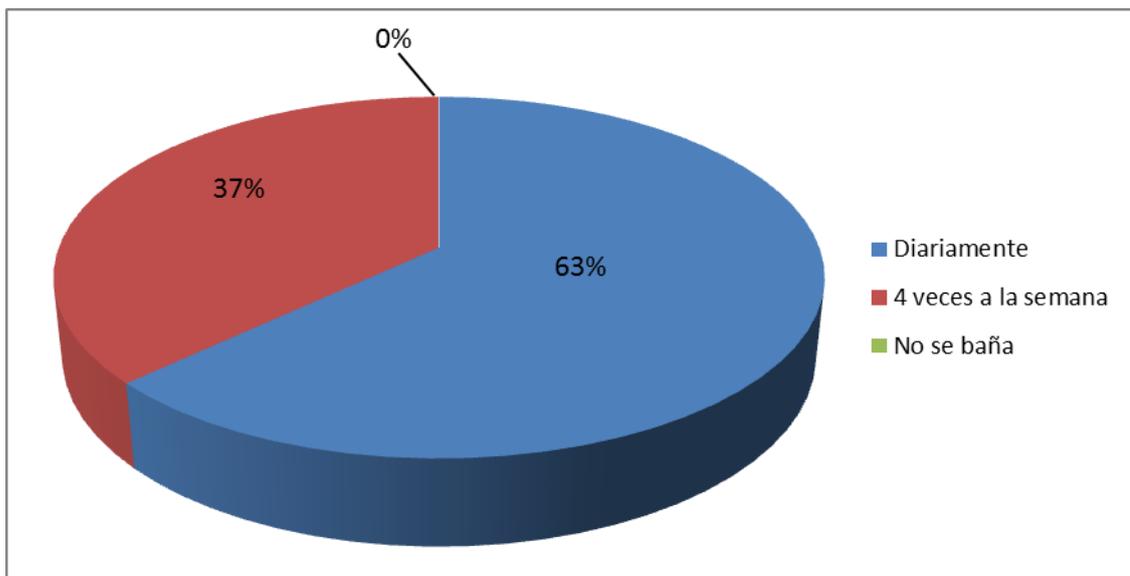
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 19: NUMERO DE HORAS QUE DUERMEN**



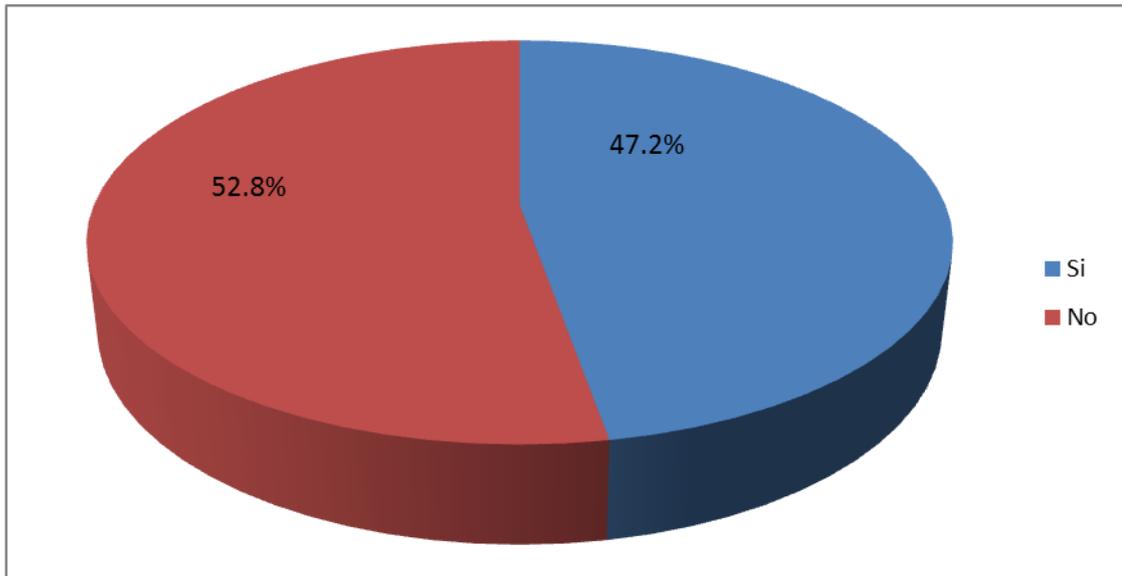
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 20: LA FRECUENCIA CON QUE SE BAÑA**



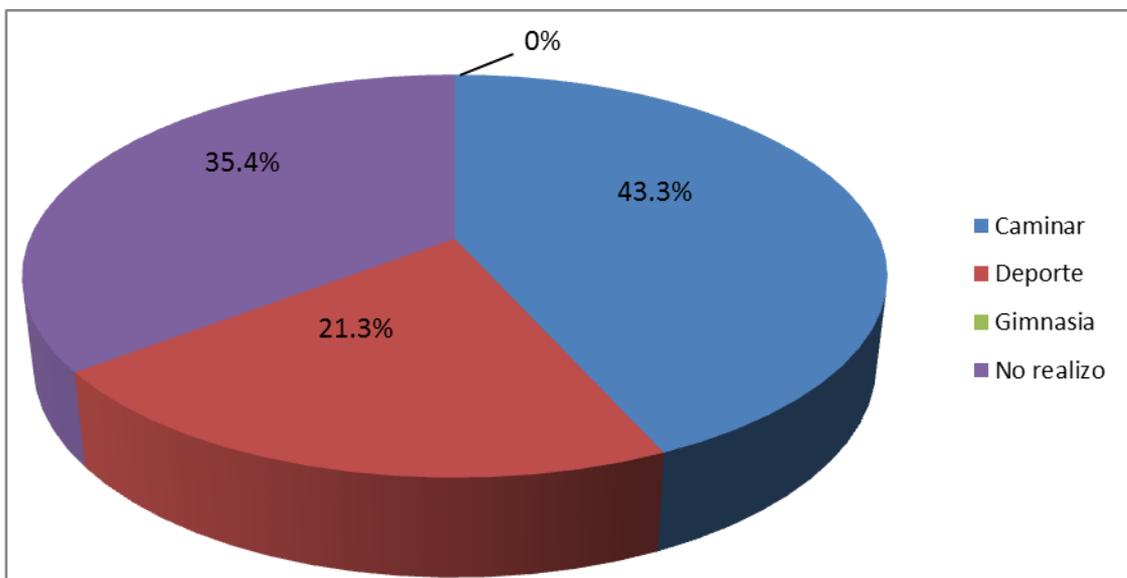
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 21: SE REALIZO EXAMEN MEDICO PERIODICO, EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD**



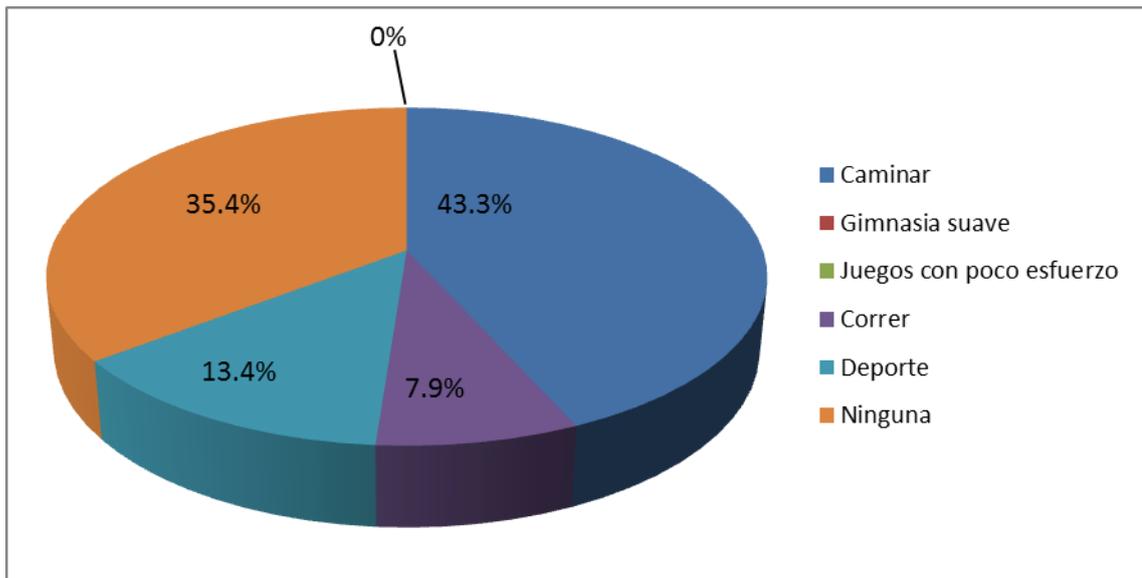
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 22: ACTIVIDADES FISICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE**



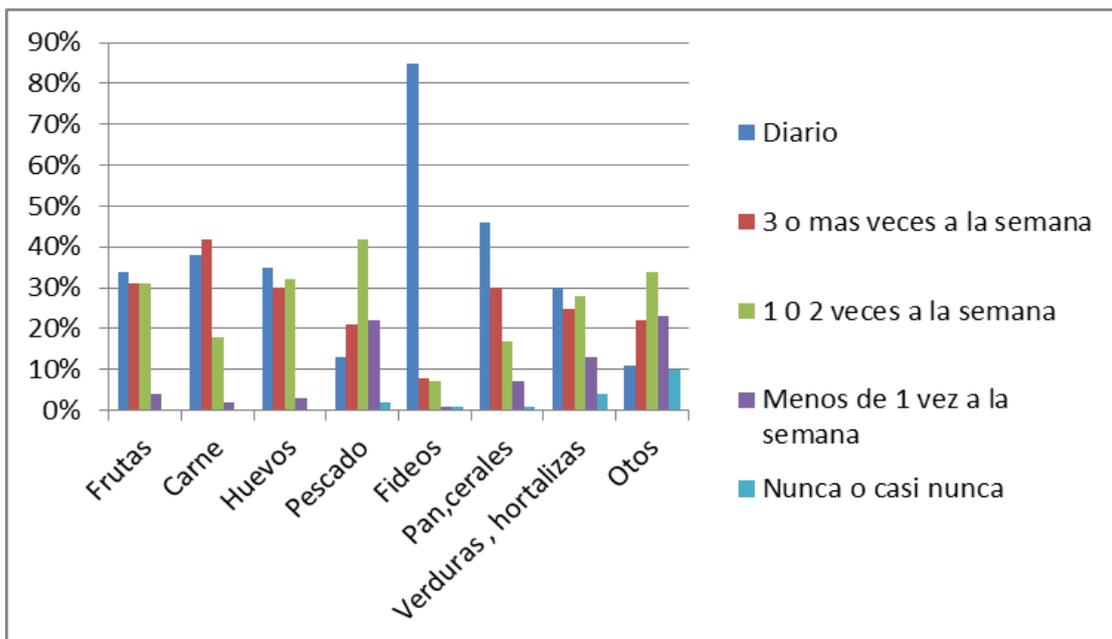
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 23: LAS DOS ULTIMAS SEMANAS DE ACTIVIDAD FISICA REALIZO DURANTE MAS 20.MINUTOS**



**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

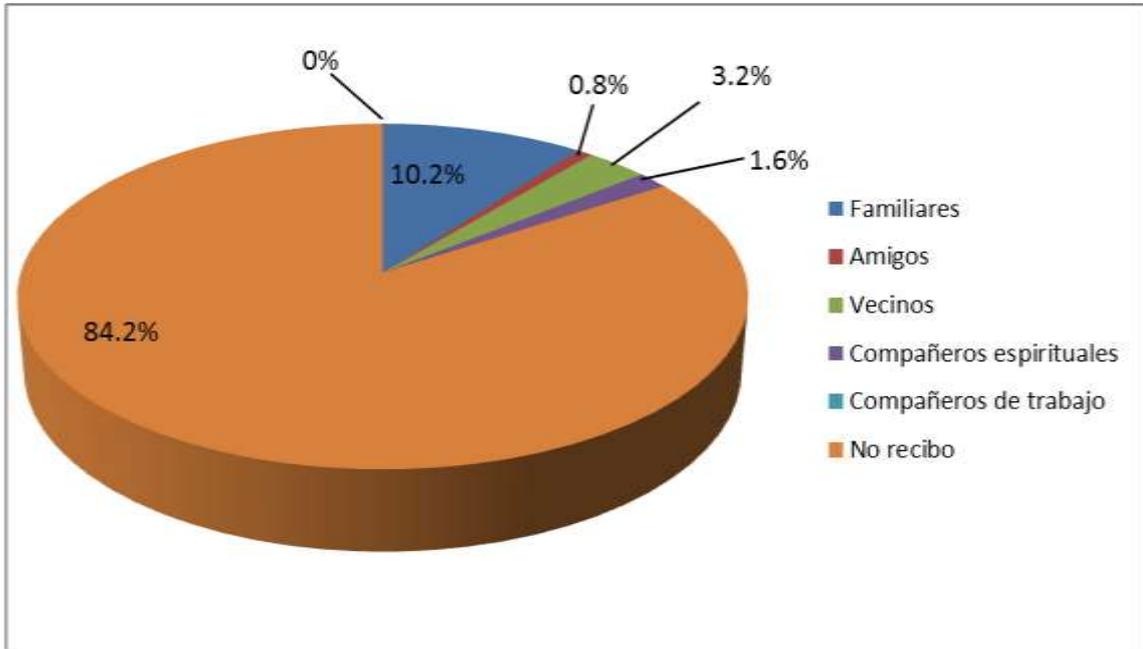
**GRAFICO 24: FRECUENCIA CON QUE CONSUMEN LOS ALIMENTOS**



**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

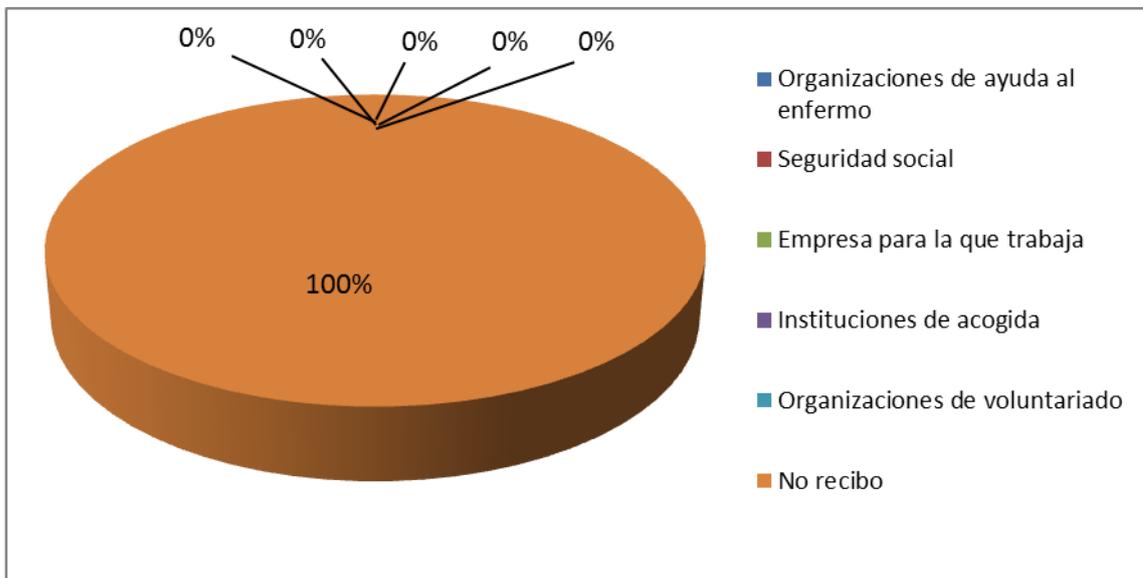
## DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRAFICO 25: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL NATURAL



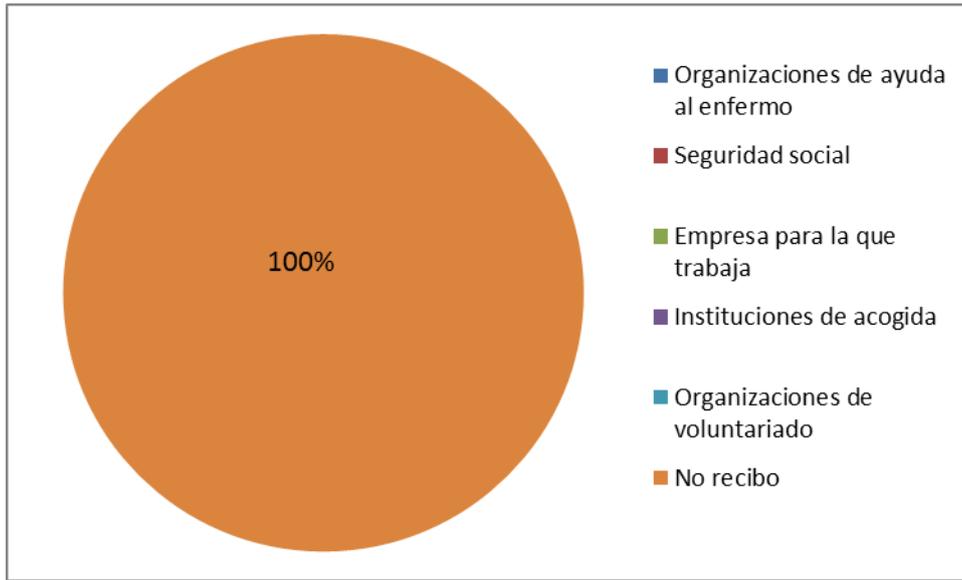
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 26: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO



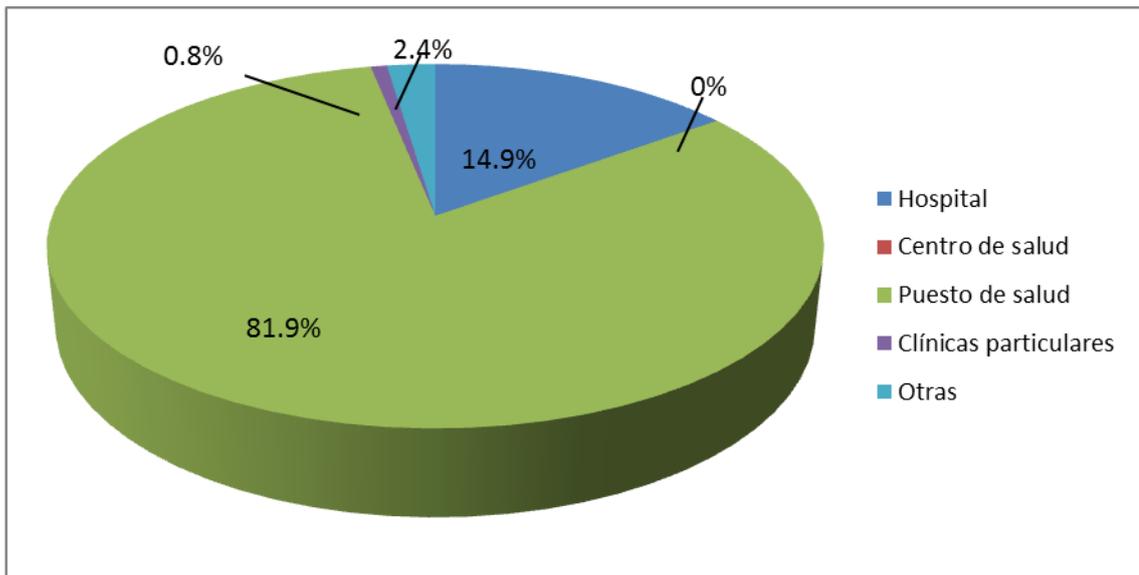
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 27: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO**



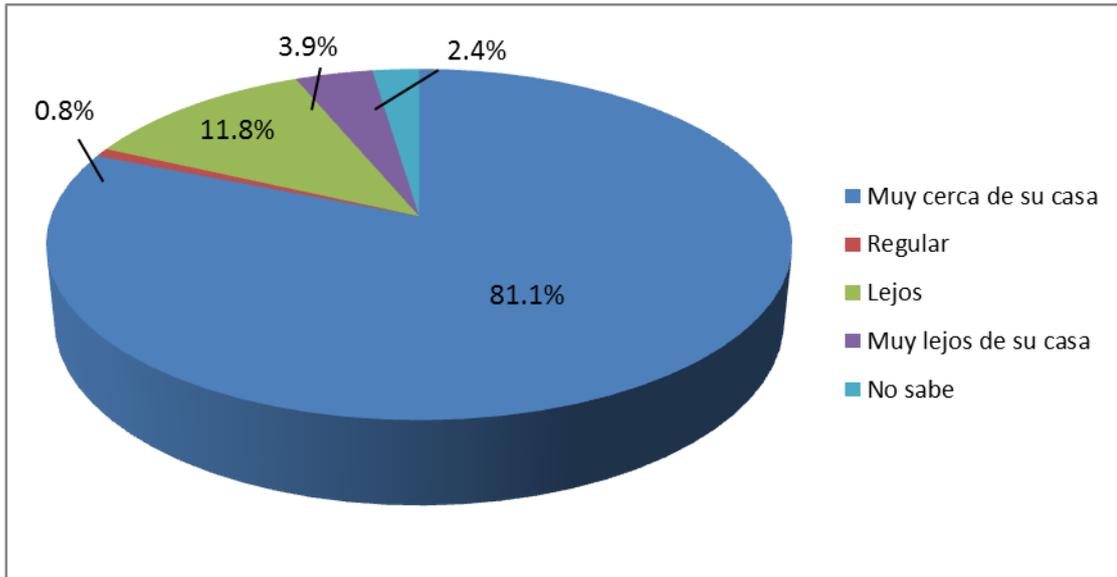
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vélchez Reyes.

**GRAFICO 28: SEGÚN INSTITUCION DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIO EN ESTOS 12 ULTIMO MESES**



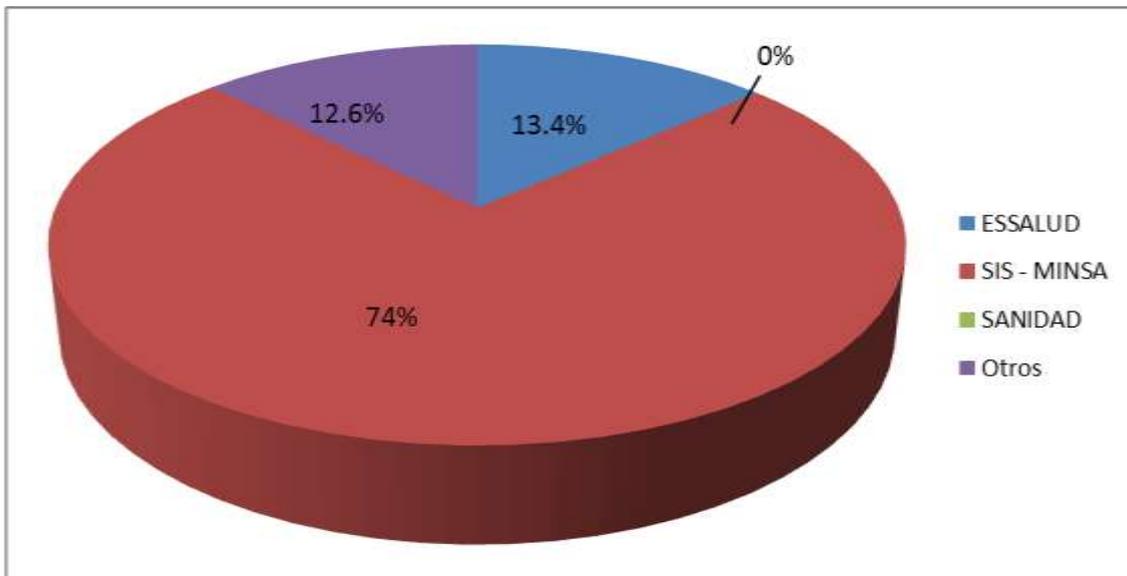
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vélchez Reyes.

**GRAFICO 29: EL LUGAR DONDE LAS ATENDIERON**



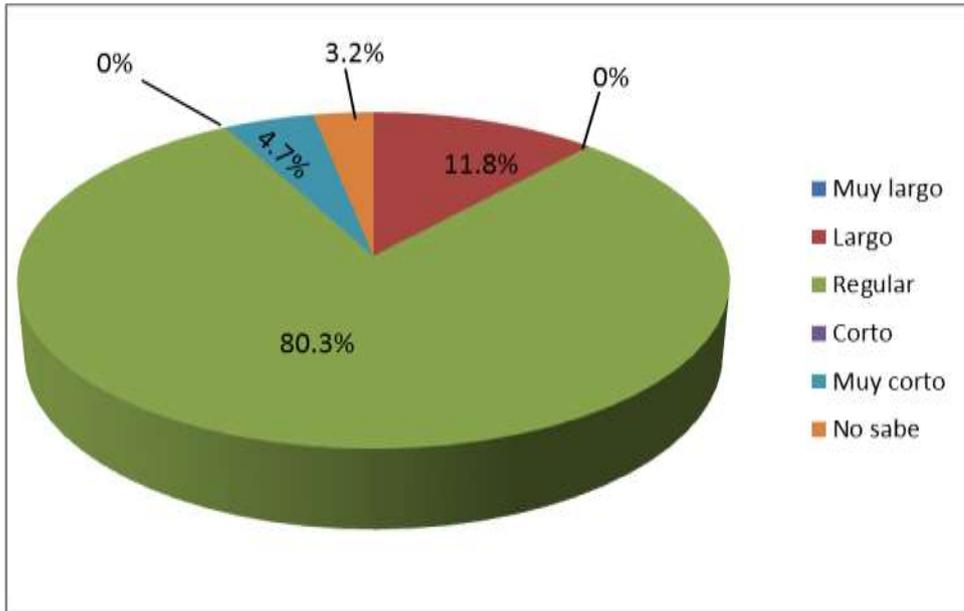
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 30: TIPO DE SEGURO**



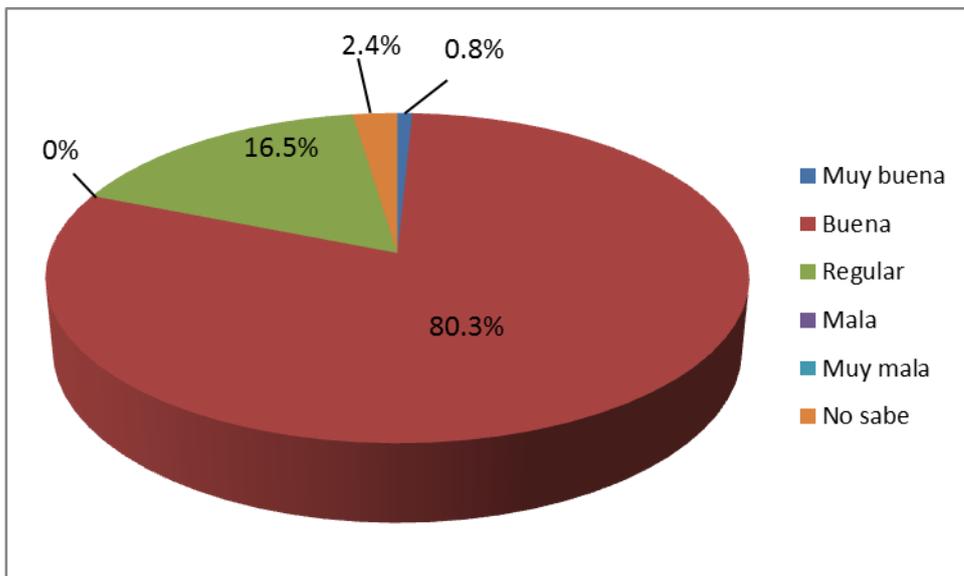
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 31: EL TIEMPO QUE ESPERO PARA QUE LA ATENDIERON**



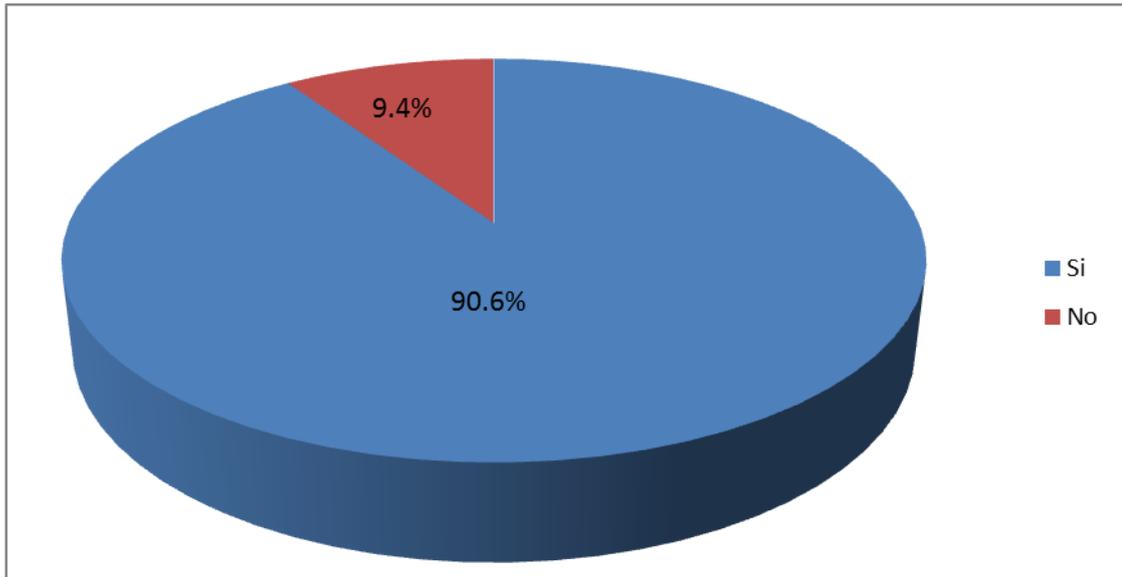
**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 32: CALIDAD DE ATENCION QUE REALIZA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**



**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vílchez Reyes.

**GRAFICO 33: PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA**



**FUENTE:** Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos jóvenes del asentamiento humano 25 de mayo. Chimbote, 2014, elaborado por la directora de la línea de investigación Ms. Adriana Vélchez Reyes.

ANEXO N° 1



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN  
ADULTOS DE 18 A MAS AÑOS EN EL PERU

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

**DATOS DE IDENTIFICACION:**

**Iniciales o seudónimo del nombre de la  
persona.....**

**Dirección.....**  
...

• **DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO**

• **Sexo:** Masculino ( ) Femenino ( )

• **Grado de instrucción de adolescente y madre:**

**3.1 Grado de instrucción del adolescente**

- Sin instrucción ( )
- Inicial/Primaria ( )
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ( )
- Superior completa / Superior incompleta ( )

### 3.2 Grado de instrucción de la madre

- Sin nivel instrucción ( )
- Inicial/Primaria ( )
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ( )
- Superior completa / Superior incompleta ( )
- Superior no universitaria completa e incompleta ( )

### • 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 ( )

### • Ocupación del jefe de familia:

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

### • 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?**

- 4.5.1 Carro recolector ( )
- 4.5.2 Montículo o campo limpio ( )
- 4.5.3 Contenedor específicos de recogida ( )
- 4.5.4 Vertido por el fregadero o desagüe ( )
- 4.5.5 Otros ( )

**• DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA**

**14. ¿Actualmente fuma?**

- Si fumo, diariamente ( )
- Si fumo, pero no diariamente ( )
- No fumo actualmente, pero he fumado antes ( )
- No fumo, ni he fumado nunca de manera 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. Tiene establecidas sus reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina.**

Si ( ) No ( )

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

- Caminar ( )
- Deporte ( )
- Gimnasia ( )
- No realizo ( )

**20. ¿En las dos últimas semanas realizó actividad física durante más de 20 minutos?**

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

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

Alimentos:	Diario	3 o más veces a la semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
• 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					

- **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 3

#### **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:**

##### **EVALUACIÓN CUALITATIVA:**

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

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

##### **EVALUACIÓN CUANTITATIVA:**

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

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

Donde:

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

$l$  : Es la calificación más baja posible.

$k$  : Es el rango de los valores posibles.

### Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 10 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada uno de los expertos la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS DE 18 AÑOS A MÁS EN EL PERÚ”.
3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
  - esencial?
  - útil pero no esencial?
  - no necesaria?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla 1)
6. Se evaluó que preguntas cumplieran con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 10 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla 2)

**Tabla 1**

**V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos de 18 a más años en el Perú.**

Nº	V de Aiken	Nº	V de Aiken
1	1,000	18	1,000
2	1,000	19	1,000
3	1,000	20	0,950
4	1,000	21	0,950
5	1,000	22	1,000
6.1	1,000	23	1,000
6.2	1,000	24	1,000
6.3	1,000	25	1,000
6.4	1,000	26	1,000

<b>6.5</b>	1,000	<b>27</b>	1,000
<b>6.6</b>	1,000	<b>28</b>	1,000
<b>7</b>	1,000	<b>29</b>	1,000
<b>8</b>	1,000	<b>30</b>	1,000
<b>9</b>	1,000	<b>31</b>	1,000
<b>10</b>	1,000	<b>32</b>	1,000
<b>11</b>	1,000	<b>33</b>	1,000
<b>12</b>	1,000	<b>34</b>	1,000
<b>13</b>	1,000	<b>35</b>	1,000
<b>14</b>	1,000	<b>36</b>	1,000
<b>15</b>	1,000	<b>37</b>	1,000
<b>16</b>	1,000	<b>38</b>	1,000
<b>17</b>	1,000		
<b>Coefficiente V de Aiken total</b>			<b>0,998</b>

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

#### **ANEXO N° 4**

##### **EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:**

###### **Confiabilidad interevaluador**

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

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

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

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

10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
21	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
35	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
38	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
<b>Coefficiente de validez del instrumento</b>															<b>0,998</b>

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

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS  
DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTOS DE 18 A MAS AÑOS  
EN EL PERÚ**

**NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:**

**INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:**

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

(\*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

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

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

Comentario:								
P15								
Comentario:								
P16								
Comentario:								
P17								
Comentario:								
P18								
Comentario:								
P19								
Comentario:								
P20								
Comentario:								
P21								
Comentario:								
P22								
Comentario:								
P23								
Comentario:								

P24								
Comentario								
P25								
Comentario								
P26								
Comentario								
P27								
Comentario								
P28								
Comentario								
  <b>DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIA</b>								
P29								
Comentario								
P30								
Comentario								
P31								
Comentario								
P32								
Comentario								
P33								
Comentario								
P34								
Comentario								
P35								
Comentario								
P36								
Comentario								

P37								
Comentario								
P38								
Comentario								

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

*Gracias por su colaboración*



**ANEXO N°05**

**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

**TÍTULO**

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS ADULTOS JOVENES.  
ASENTAMIENTO HUMANO “25 DE MAYO” – CHIMBOTE, 2015**

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

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

**FIRMA**

.....