



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA
ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA
ESPERANZA, 2013.**

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

AUTORA:

LEÓN MOSTACERO MASSIEL JAQUELINE

ASESORA:

Mgtr. ROSA MARIBEL QUIÑONES SÁNCHEZ

TRUJILLO – PERÚ

2016

HOJA DE FIRMAS DEL JURADO

Mgtr. Eva María Arévalo Valdiviezo

Presidente

Mgtr. Elcira Leonor Grados Urcia

Secretaria

Mgtr. Mónica Elizabeth Herrera Alva

Miembro

DEDICATORIA

A DIOS,

Quien hizo posible mi existencia, el único ser que me da fuerza y la esperanza para seguir adelante en el cumplimiento de mis metas.

A MI DOCENTE:

Rosa Quiñones Sánchez que me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su Orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación como estudiante

A MIS PADRES:

Higinio y Micaela como muestra de eterna gratitud: gracias por darme el regalo de la vida, su inquebrantable esfuerzo, dedicación, amor y estímulo constante; hicieron posible mi más anhelado sueño.

MASSIEL

AGRADECIMIENTO

A DIOS:

Por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A MI NOVIO:

Porque me ha brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

A LA ULADECH:

Porque dentro de sus aulas, me brindó los conocimientos necesarios, para ser una buena profesional, se preocupó porque cuente con docentes calificados para mi formación, no solo como profesional sino también como persona.

MASSIEL

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de describir los Determinantes de Salud en la persona adulta mayor del sector San Martín del distrito de La Esperanza, 2013. Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo-transversal, diseño de una sola casilla y cuya muestra estuvo constituida por 83 Adultos mayores de ambos sexos. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario sobre Determinantes de la Salud en la Persona Adulta Mayor, para el cual se contó con criterios de validez y confiabilidad. El análisis y procesamiento de datos se realizaron en el Software SPSS versión 18.0, elaborándose tablas y gráficos de una sola entrada. Se llegó a las siguientes conclusiones: la mayoría son de sexo masculino; menos de la mitad tienen grado de instrucción inicial/Primaria, un ingreso económico de 751 a 1000 nuevos soles y además realiza una actividad de por lo menos una hora para obtener ingresos. Con respecto a la vivienda, la mayoría cuenta con casa propia, paredes de material nobel y piso a base de tierra. Además menos de la mitad tiene techo a base de esteras y adobe. Todos cuentan con agua potable, gas y energía eléctrica. El carro recolector pasa diariamente recogiendo la basura. La mayoría no fuma, todos consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, duermen de 6 a 8 horas diarias y asisten a un establecimiento de salud. Todos realizan caminatas durante más de 20 minutos, reciben atención médica por el SIS/MINSA, califican como mala la atención que reciben y refieren que hay mucha delincuencia cerca de su casa.

Palabras claves: Determinantes de la Salud, Adulto Mayor.

ABSTRACT

The present research was performed with the objective of describing the health determinants in older adult sector of San Martin district of La Esperanza, 2013. This study is quantitative descriptive cross-sectional design, one box and whose shows It consisted of 83 older adults of both sexes. For data collection a questionnaire on Determinants of Health was implemented in Older Persons, for which he had validity and reliability criteria. Analysis and data processing were performed in the SPSS software version 18, being elaborated charts and graphs of a single entry. It came to the following conclusions: the majority are male; less than half have a degree of initial / primary education, an income of 751-1000 soles and also carries out an activity of at least one hour for income. With regard to housing, most home has walls of noble materials and land-based floor. In addition less than half are based mats roof and adobe. All have water, gas and electricity. The collector car passes every day picking up trash. Most do not smoke, drink alcohol all times, sleeping 6 to 8 hours a day and attend a health facility. All walks performed for over 20 minutes, receiving medical care and SIS / MINSA qualify as bad their care and concern that there is a lot of crime near his house.

Keywords: Determinants of Health, Elderly.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	7
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación	11
III. METODOLOGÍA.....	17
3.1. Tipo y nivel de la investigación.....	17
3.2. Diseño de la investigación.....	17
3.3. Población y muestra	17
3.4. Definición y Operacionalización de variables.....	18
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	28
3.6. Procedimientos de recolección de datos.....	32
3.7. Procedimiento y análisis de datos	32
3.8. Consideraciones éticas.....	32
IV. RESULTADOS.....	34
4.1. Resultados.....	34
4.2. Análisis de resultados	55
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	76
5.1. Conclusiones	76
5.2. Recomendaciones.....	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS.....	90

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 01	
Determinantes de la salud biosocioeconómicos en la persona adulta mayor del Sector San Martín - La Esperanza, 2013.....	34
Tabla N° 02	
Determinantes relacionados al entorno físico en la persona adulta mayor del Sector San Martín - La Esperanza, 2013.....	37
Tabla N° 03	
Determinantes de los estilos de vida en la persona adulta mayor del Sector San Martín - La Esperanza, 2013.....	45
Tabla N° 04	
Determinantes de redes sociales y comunitarias en la persona adulta mayor del Sector San Martín - La Esperanza, 2013.....	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráficos de la Tabla n°01	
Determinantes de la salud biosocioeconómicos en la persona adulta mayor del Sector San Martín - La Esperanza, 2013.....	35
Gráficos de la Tabla n°02	
Determinantes de la salud relacionados con el entorno en la persona adulta mayor del sector San Martín – La Esperanza, 2013.....	39
Gráficos de la Tabla n°03	
Determinantes de la salud de los estilos de vida en mujeres en la persona adulta mayor del Sector San Martín – La Esperanza, 2013.....	47
Gráficos de la Tabla	
Determinantes de la salud de las redes sociales y comunitarias en la persona adulta mayor del Sector San Martín – La Esperanza, 2013.....	53

I. INTRODUCCIÓN

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y las influencias de la sociedad en estas condiciones. Los determinantes sociales de la salud son las principales influencias en la calidad de vida, incluida la buena salud, y la extensión de la esperanza de vida sin discapacidad.

Desde el punto de vista de la Promoción de la salud, es indispensable que los profesionales de la salud tengamos un enfoque que vaya más allá de cuidar a una persona enferma o realizar procedimientos, dando énfasis en las personas aparentemente sanas que desarrollan su día a día en una familia y comunidad, cargada de tantos aspectos que muchas veces no son tomados en cuenta y que es allí donde radica la causa o causas principales de las carencias de salud de una persona, las mismas que deberíamos identificar y rescatar a fin de trabajar en promocionar hábitos y estilos de vida saludables, porque solamente así lograremos el desarrollo de nuestra población.

El presente trabajo de investigación se fundamentó en las bases conceptuales de los Determinantes de la Salud, definiendo la OMS como 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 (1).

Los determinantes de la salud suponen una íntima unión y relación con el estilo de vida, que es el conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de la alternativas que están disponibles a las personas de acuerdo a su circunstancia socioeconómicas a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones (2).

El presente trabajo está organizado en 5 capítulos: Capítulo I: Introducción, Capítulo II: Revisión de la Literatura, Capítulo III: Metodología, Capítulo IV: Resultados, Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones, los cuales contiene

hallazgos importantes y valiosos que contribuirán de una u otra manera, al enriquecimiento del sistema de conocimientos teóricos. El desarrollo de la siguiente investigación formativa empezó mediante la caracterización del problema.

La salud en el Siglo XXI cobra una importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está tomando una dimensión muy especial en cuanto a seguridad respecta. Como tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud la población está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales y sociales que aborda una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente (3).

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 (4).

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.

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 (5).

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 (6).

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla”. De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (6).

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (7).

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

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo (6). 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 (8).

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 (9).

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.” (10)

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 (11).

En definitiva, la perspectiva de los determinantes de la salud han surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX desde 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 (12).

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 (12).

El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, sino que supone necesariamente un imperativo ético-político. Las desigualdades en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas. Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tales inequidades, carecen de justificación. En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado (12).

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

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

poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (12).

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).

El Distrito La Esperanza, está considerado como uno de los principales y el más poblado de nuestra Región. Fue creada el 29 de enero de 1965 (Ley de Creación. Ley 15418), tiene una extensión de 18.64 Km² y una altitud. 77 m.s.n.m. Además cuenta con 151 845 habitantes con una tasa anual de crecimiento poblacional de 4.47 % (INEI), en relación al sexo masculino se da un 48.5% y al sexo femenino se da un 51.5 %. Sus límites son: Por el Norte y Oeste con el Distrito de Huanchaco, por el Este con el Distrito de Florencia de Mora y por el Sur con el Distrito de Trujillo (13).

Actualmente se halla dividido en 10 sectores: Central, Santa Verónica, Jerusalén, Pueblo Libre, San Martín, Fraternidad, Indoamérica, Wichanza, Urb. Manuel Arévalo II y III etapa, Urb. Parque Industrial, los mismos que forman parte de la zona urbana del Distrito.

El Sector San Martín está Ubicada a 30 minutos de la ciudad de Trujillo, su clima es sub tropical se encuentra conformado por terrenos rústicos Los Adultos mayores del sector San Martín, pertenecen a la jurisdicción del Puesto de salud “San Martín”, ubicada en la Calle José Martín - 1656, donde solo cuentan con medico de medicina general no cuentan con un especialista para ser atendidos adecuadamente. Los motivos principales por los cuales acuden son enfermedades respiratorias, enfermedades diarreicas y enfermedades de la piel.

La mayoría de habitantes proceden de la Sierra, Cajamarca, Cajabamba y de Otuzco., la mayoría de las casas son de material noble Asimismo, la población adulta mayor se dedica a trabajar en el mercado o en pequeñas bodegas y otras son amas de casa. Además cuenta con energía eléctrica en la mayoría de las viviendas y alumbrado público, servicio de agua y desagüe y parques recreacionales. La delincuencia y el pandillaje también es un gran problema latente en dicho sector (13).

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en la persona adulta mayor del Sector San Martín - La Esperanza, 2013?

Para dar respuesta al problema se ha planteado el siguiente objetivo general: Identificar los determinantes de la salud en la persona Adulta Mayor del Sector San Martín - La Esperanza, 2013.

Para poder conseguir el objetivo general, se han planteado los siguientes objetivos específicos:

Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómicos (Sexo, Grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo) en la persona adulta mayor del Sector San Martín - La Esperanza.

Identificar los determinantes relacionados al entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) en la persona adulta mayor del Sector San Martín - La Esperanza.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), en la persona adulta mayor del sector san Martín - La Esperanza.

Identificar los determinantes de las redes sociales comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social en la persona adulta mayor del sector san Martín - La Esperanza.

Esta Investigación es necesaria en el campo de la salud ya que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población y a partir de ello proponer estrategias y soluciones.

En ese sentido, la investigación realizada es una función que todo sistema de salud requiere cumplir puesto que ello contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios. Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de la población y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

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

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

Además es conveniente para las autoridades regionales de la Dirección de salud de la Libertad y de la municipalidad de La Esperanza, así como para la población del Sector de San Martín; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes sociales y se motiven operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes sociales se podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismos.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes:

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”, encontró que los factores socioeconómicos, medidos por la escolaridad, influyen significativamente en la condición de salud de los ancianos. Además, fueron observadas diferencias 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.

Gonçalves, M. y col destaca que aun cuando el proceso de envejecimiento poblacional fue iniciado más temprano en Buenos Aires las condiciones de salud de la población fueron mejores que la de San Pablo.

Tovar, C. y García, C. (15) realizaron una investigación titulada “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”, donde concluyen 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, encontró los siguientes determinantes sociales: analfabetismo en madres (22.5%), en padres (10%), actividad económica predominante: agricultura en padres (72.5%), comercio en las madres (20%), limitado acceso al mercado, tecnología y financiamiento económico (45.5%). En relación a los determinantes del derecho humano: encontró limitado acceso a vida larga y saludable en niños con bajo peso al nacer (20%), limitado acceso al control de gestante (77.5%) e inmunizaciones (60%). En los determinantes interculturales: uso de leña para cocinar (80%) y uso de plantas medicinales para cuidar su salud (65%).

Concluye 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 y limitando sus competencias para acceder a un trabajo bien remunerado y a servicios de salud.

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. Pero, existe relación estadística significativa entre lugar de nacimiento y sobrecarga laboral.

A nivel local:

Narro N. (18) en su investigación titulada: Determinantes De La Salud En La Persona Adulta Mayor. Sector Antenor Orrego – El Porvenir, 2012:

Concluye que En relación a los factores biosocioeconómicos un poco más de la mitad son de sexo femenino, tienen grado de instrucción primaria incompleta; la mayoría perciben un ingreso económico menor de 100 nuevos soles y tienen como condición de empleo eventual.

En relación a los determinantes del entorno físico la mayoría cuenta con vivienda propia, piso de tierra, techo de carrizo, paredes de ladrillo de barro, utiliza gas para cocinar; el total cuenta con agua intradomiciliaria y energía eléctrica. En relación a los determinantes de los estilos de vida se obtuvo que la mayoría realiza camita, no fuma, consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, consume fideos, pan, cereales y menos de la mitad legumbres ,pescado y frutas a diario. En relación a los determinantes de redes sociales y comunitarias la mayoría se atendió en un centro de salud, tiene SIS y refiere que la atención recibida fue regular.

2.2. Bases Teóricas

El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, quienes presentan 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 (19).

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud en uso en nuestros días, en el cual se reconoce el estilo de vida de manera particular, el ambiente incluyendo el aspecto social, biología humana y la organización de los servicios de salud. Plantea explícitamente que la salud es más que un sistema de atención, destacaron 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, en el cual 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. El siguiente nivel representa los comportamientos personales y los hábitos de vida; así 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 (20).

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 el nivel 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 (20).

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 los demás niveles. El nivel de vida que se logra en una sociedad, puede influir en la elección de la vivienda, trabajo e interacciones sociales, así como también en sus hábitos de alimentación.

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 (20).



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, resultan 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 (21)

Los terceros o los proximales son 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 (21).

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 depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubica también las relaciones de género y de etnia. Estos determinantes sociales a su vez están influidos en 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 (22).

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 entre salud y bienestar (22).

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 (22).

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 (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.

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

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de la investigación:

La investigación es de tipo Cuantitativo, descriptivo, corte transversal (23)
(24)

3.2. Diseño de la investigación:

El diseño de la investigación es una sola de casilla (25) (26)

3.3. Población y muestra:

La población estuvo constituido por 920 adultos mayores del Sector San Martín - La Esperanza.

Muestra:

Se utilizó el muestreo aleatorio simple, el tamaño de la muestra calculada fue de 276 adultos mayores y se hizo un ajuste a 83 adultos mayores (Ver Anexo N°01).

Unidad de análisis:

La persona Adulta mayor que cumplan con los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión:

- La persona Adulta mayor que vive en el Sector San Martín la esperanza.
- La persona Adulta mayor que fueron afectadas por determinantes de la Salud.
- La persona Adulta mayor que acepta participar en el estudio.
- Tener la disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Persona Adulta mayor que tenga algún trastorno mental.

3.4. Definición y Operacionalización de variables:

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS:

Son características biológicas, sociales, económicas y ambientales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud (7).

Sexo:

Definición Conceptual:

Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, los animales y las plantas (27).

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 (28).

Definición Operacional:

Escala Ordinal

Sin Nivel de 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 (29).

Definición Operacional:

Escala de razón

No tiene ingreso

Menor de 750 nuevos soles

De 751 a 1000 nuevos soles

De 1001 a 1400 nuevos soles

De 1401 a 1800 nuevos soles

De 1801 nuevos soles a más

Ocupación:

Definición Conceptual:

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (30).

Definición Operacional:

Escala Nominal

Trabajador estable

Eventual

Sin ocupación

Jubilado

Estudiante

No trabaja

Condición de empleo:

Definición conceptual:

Las condiciones de empleo se refieren a las circunstancias en las que el trabajo se realiza y se refieren para efecto de distinción analítica a la exposición a los riesgos físicos, químicos, mecánicos, biológicos y que son conocidos como factores relacionados con la organización del trabajo (31).

Definición operacional:

Escala nominal

Tenencia de trabajo

Tenencia de algún empleo fijo o negocio propio }

Actividad realizada de al menos una hora para generar un ingreso.

DETERMINANTES RELACIONADOS AL ENTORNO FISICO

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 (32).

Tipo

Escala nominal

Vivienda unifamiliar

Vivienda multifamiliar

Vecindad, quinta, choza, cabaña

Local no destinada para habitación humana

Otros

Tenencia

Escala Nominal

Alquiler

Cuidador/alojado

Plan social (dan casa para vivir)

Alquiler venta

Propia

Material del piso

Escala Nominal

Tierra

Entablado

Loseta, vinílicos o sin vinílico

Láminas asfálticas

Parquet

Material del techo

Escala Nominal

Madera, esfera

Adobe

Estera y adobe

Material noble, ladrillo y cemento

Eternit

Material de las paredes

Escala Nominal

Madera, estera

Adobe

Estera y adobe

Material noble ladrillo y cemento

N° de personas que duermen en una habitación

Escala Nominal

4 a más miembros

2 a 3 miembros

Independiente

Abastecimiento de agua

Escala Nominal

Acequia

Cisterna

Pozo

Red pública

Conexión domiciliaria

Eliminación de excretas

Escala Nominal

Aire libre

Acequia, canal

Letrina

Baño público

Baño propio

Otros

Combustible para cocinar

Escala Nominal

Gas, Electricidad

Leña, carbón

Bosta

Tuza (coronta de maíz)

Carca de vaca

Energía eléctrica

Escala Nominal

Sin energía

Lámpara (no eléctrica)

Grupo electrógeno

Energía eléctrica temporal

Energía eléctrica permanente

Vela

Disposición de basura

Escala Nominal

A campo abierto

Al río

En un pozo

Se entierra, quema, carro recolector

Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa

Escala Nominal

Diariamente

Todas las semana pero no diariamente

Al menos 2 veces por semana

Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (33).

Fuma

Escala nominal

Si fumo, diariamente

Si fumo, pero no diariamente

No fumo, actualmente, pero he fumado antes

No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

Escala Nominal

Diario

Dos a tres veces por semana

Una vez a la semana

Una vez al mes

Ocasionalmente

No consumo

N° de horas que duerme

Escala Nominal

06 a 07 horas

08 a 09 horas

10 a 12 horas

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

Escala Nominal

Si

No

Actividad física que realiza en su tiempo libre.

Escala Nominal

Caminar

Deporte

Gimnasia

No realizo

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos

Escala Nominal

Caminar

Gimnasia suave

Juegos con poco esfuerzo

Correr

Deporte

Ninguna

Alimentación

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la salud (34).

Definición Operacional

Escala ordinal

Frutas

Carne

Huevos

Pescado

Fideos

Pan, cereales

Verduras, hortalizas

Otras

DETERMINANTES DE 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 (35).

Definición Operacional

Escala ordinal

Recibe algún apoyo social natural.

Familiares

Amigos

Vecinos

Compañeros espirituales

Compañeros de trabajo

No recibo

Recibe algún apoyo social organizado.

Escala ordinal

Organizaciones de ayuda al enfermo

Seguridad social

Empresa para la que trabaja

Instituciones de acogida

Organizaciones de voluntariado

No recibo

Institución de Salud donde se atendió en estos 12 últimos meses

Escala ordinal

Hospital

Centro de salud

Puesto de salud

Clínicas particulares

Otras

Ninguna

Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está.

Escala ordinal

Muy cerca de su casa

Regular

Lejos de su casa

Muy lejos de su casa

No sabe

Tipo de seguro

Escala ordinal

ESSALUD

SIS - MINSA

SANIDAD

Otros

No tiene

El tiempo que esperó para que la atendieran ¿le pareció?

Escala ordinal

Muy largo

Largo

Regular

Corto

Muy corto

No sabe

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue.

Escala ordinal

Muy buena

Buena

Regular

Mala

Muy mala

No sabe

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

Escala nominal

Si

No

3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

En el presente trabajo de investigación se utilizó el instrumento sobre Determinantes de la salud de la persona, elaborado por Vílchez, A. y consta de dos partes: Datos de identificación y la segunda parte con datos de: Determinantes biosocioeconómicos (sexo, grado de instrucción, ingreso económico, condición de la actividad), determinantes relacionados a la vivienda (tipo de vivienda, material de piso, material de techo, material de paredes, número de habitaciones, abastecimiento de agua, combustible para cocinar, energía eléctrica, frecuencia con la que recogen la basura por su casa, eliminación de basura), determinantes de estilos de vida (frecuencia de fumar, frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas, actividad física que realiza, actividad física que realizó durante más de 20 minutos) y determinantes de redes sociales y comunitarias (institución en la que se atendió los 12 últimos meses, tipo de seguro, calidad de atención que recibió, pandillaje cercano a su casa). 30 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (Ver Anexo N°02):

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

Los determinantes del entorno biosocioeconómicos (sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).

Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), Alimentos que consumen las personas, morbilidad.

Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACION CUALITATIVA

Validez de contenido: Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, nueve en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación al constructo evaluado por dimensiones. Para efectos de este análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004) (Ver anexo N° 03).

Dónde:

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

: Es la calificación más baja posible.

: Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta del Perú. (Ver anexo N° 03)

Confiabilidad

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.(36)

3.6. Procedimientos de la recolección de datos:

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

- Se informó y pidió consentimiento en la persona adulta mayor, sector San Martín La Esperanza, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con la persona adulta mayor su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada participante
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones del instrumento
- El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

3.7. Procesamiento y análisis de los datos:

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

3.8. Consideraciones éticas

En la investigación realizada se consideró importante valorar los siguientes aspectos éticos (37):

Anonimato

Se aplicó el cuestionario, indicándole a la persona adulta mayor que la investigación es 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 la exposición, respetando la intimidad de la persona adulta mayor, siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó a la persona adulta mayor los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con la persona adulta mayor que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Ver Anexo N° 04).

IV- RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

4.1. RESULTADOS:

TABLA N° 01.

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN- LA ESPERANZA, 2013.

SEXO	N	%
Masculino	56	67
Femenino	27	33
TOTAL	83	100,0

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N	%
Sin nivel de instrucción	25	30
Inicial/Primaria	30	36
Secundaria Completa /Secundaria Incompleta	10	12
Superior universitaria	15	18
Superior no universitaria	3	4
TOTAL	83	100,0

INGRESO ECONÓMICO (NUEVOS SOLES)	N	%
Menor de 750	30	36.14
De 751 a 1000	40	48.19
De 1001 a 1400	11	13.25
De 1401 a 1800	2	2.41
De 1801 a más	0	0
TOTAL	83	100,0

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	N	%
Tendencia al trabajo	30	36.14
Tendencia de algún empleo fijo o negocio	20	25.10
Actividad realizada al menos una hora para obtener ingresos	33	39.79
TOTAL	83	100,0

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la salud en la persona adulta mayor elaborado por Vílchez A. aplicado en la persona adulta mayor sector San Martín _La Esperanza, 2013.

GRÁFICO N° 01
SEXO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN
- LA ESPERANZA, 2013.

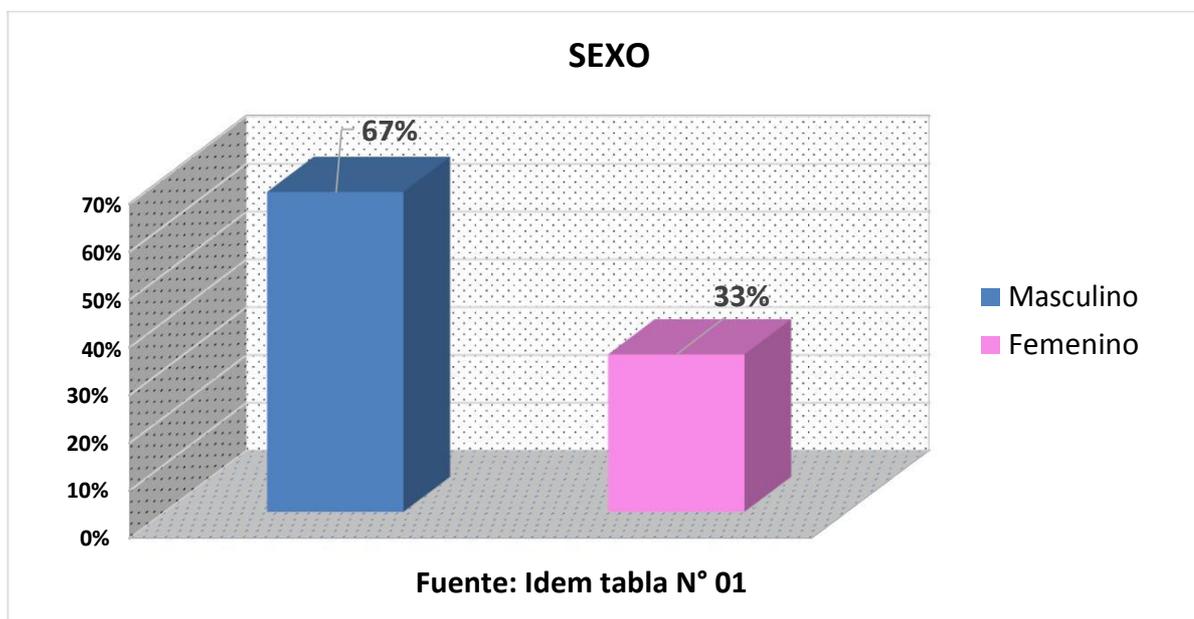


GRÁFICO N° 02
GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LA PERSONA ADULTA MAYOR.
SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

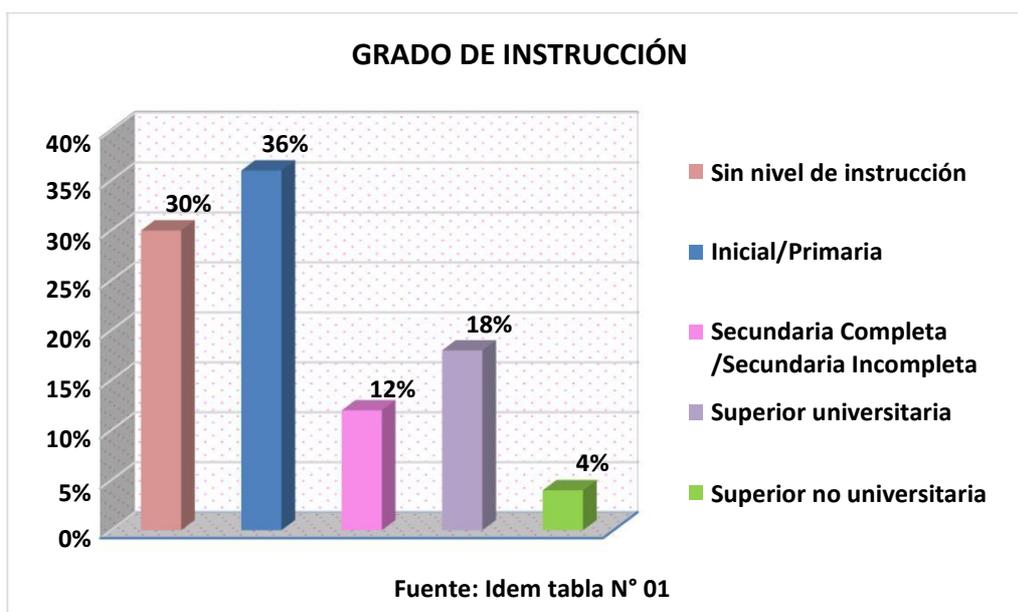


GRÁFICO N° 03

INGRESO ECONÓMICO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013

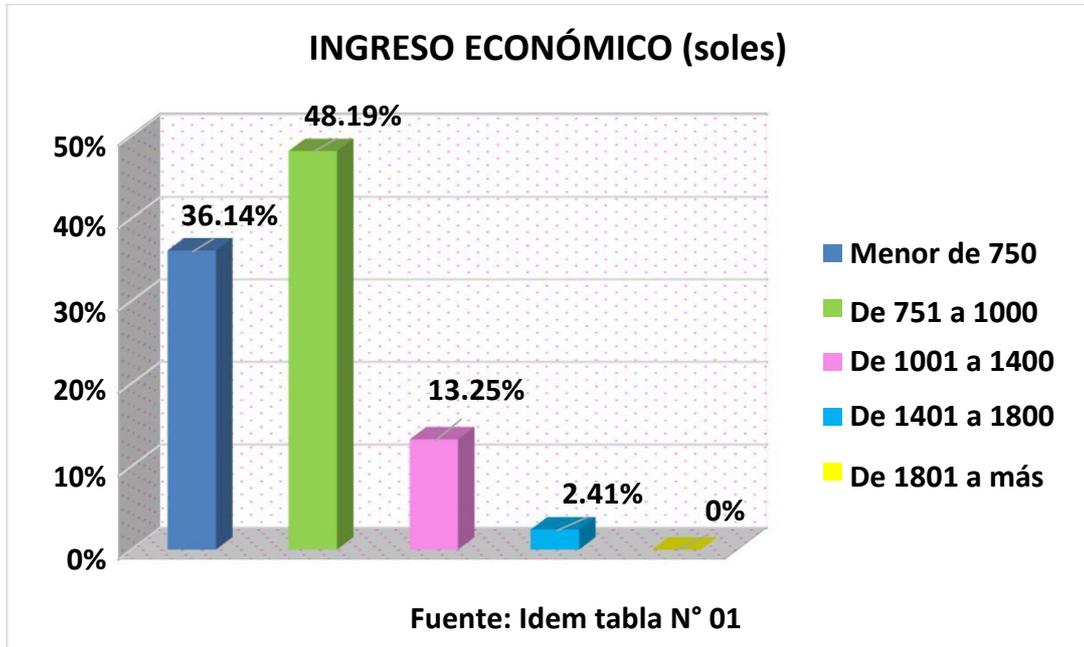


GRÁFICO N° 04

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD EN LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

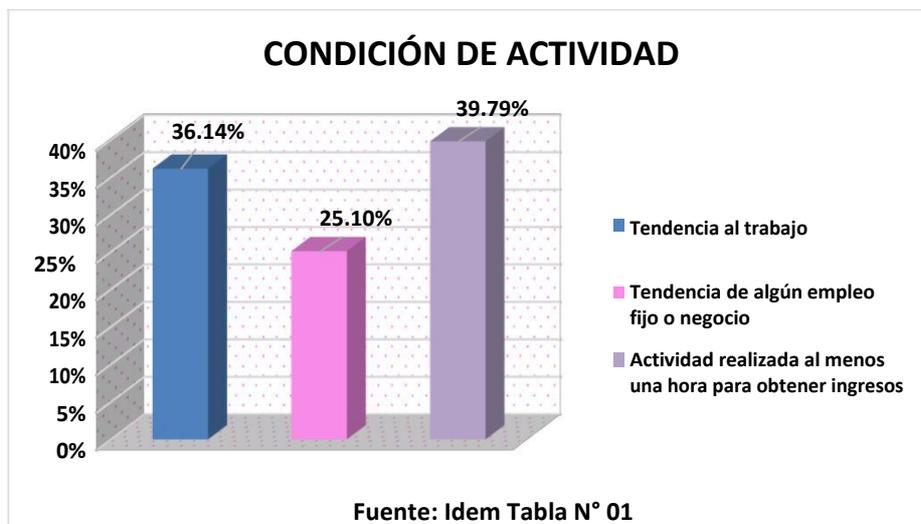


TABLA N° 02

**DETERMINANTES RELACIONADOS AL ENTORNO FISICO EN LA
PERSONA ADULTA MAYOR.SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA,
2013.**

TENENCIA	N	%
Propia	50	60.24
Alquilada	10	12.05
Encargada	33	27.71
No sabe	0	0
Otros	0	0
TOTAL	83	100
MATERIAL DEL PISO	N	%
Tierra	70	84.34
Entablado	0	0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	13	15.66
Láminas asfálticas	0	0
Parquet	0	0
TOTAL	83	100
MATERIAL DEL TECHO	N	%
Madera, estera	0	0
Adobe	30	36.14
Estera y adobe	33	39.76
Material noble, ladrillo y cemento	20	24.10
Eternit	0	0
TOTAL	83	100
MATERIAL DE LAS PAREDES	N	%
Madera, estera	0	0
Adobe	30	36.14
Estera y adobe	0	0
Material noble ladrillo y cemento	53	63.86
TOTAL	83	100
N° DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN	N	%
4 a más miembros	20	24.10
2 a 3 miembros	50	47.85
Independiente	13	27.27
TOTAL	83	100
ABASTECIMIENTO DE AGUA	N	%
Acequia	0	0
Cisterna	0	0
Pozo	0	0
Red pública	0	0
Conexión domiciliaria	83	100
TOTAL	83	100
	N	%

ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		
Aire libre	0	0
Acequia, canal	0	0
Letrina	0	0
Baño público	0	0
Baño propio	83	100
Otros	0	0
TOTAL	83	100
COMBUSTIBLE PARA COCINAR		
	N	%
Gas, Electricidad	83	100
Leña, carbón	0	0
Bosta	0	0
Tuza (coronta de maíz)	0	0
Caca de vaca	0	0
TOTAL	83	100
ENERGÍA ELÉCTRICA		
	N	%
Sin energía	0	0
Lámpara (no eléctrica)	0	0
Grupo electrógeno	0	0
Energía eléctrica temporal	0	0
Energía eléctrica permanente	83	100
Vela	0	0
TOTAL	83	100
DISPOSICIÓN DE BASURA		
	N	%
A campo abierto	0	0
Al río	0	0
En un pozo	0	0
Se entierra, quema, carro recolector	83	100
TOTAL	83	100
FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR SU CASA		
	N	%
Diariamente	83	100
Todas las semana pero no diariamente	0	0
Al menos 2 veces por semana	0	0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0
TOTAL	83	100
SUELE ELIMINAR SU BASURA EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES LUGARES:		
	N	%
Carro recolector	83	100
Montículo o campo limpio	0	0
Contenedor específico de recogida	0	0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0
Otros	0	0
TOTAL	83	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la salud en la persona adulta mayor elaborado por Vélchez A. aplicado a la persona adulta mayor sector San Martín_ La Esperanza, 2013.

GRÁFICO N° 05

TENENCIA O TIPO DE VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

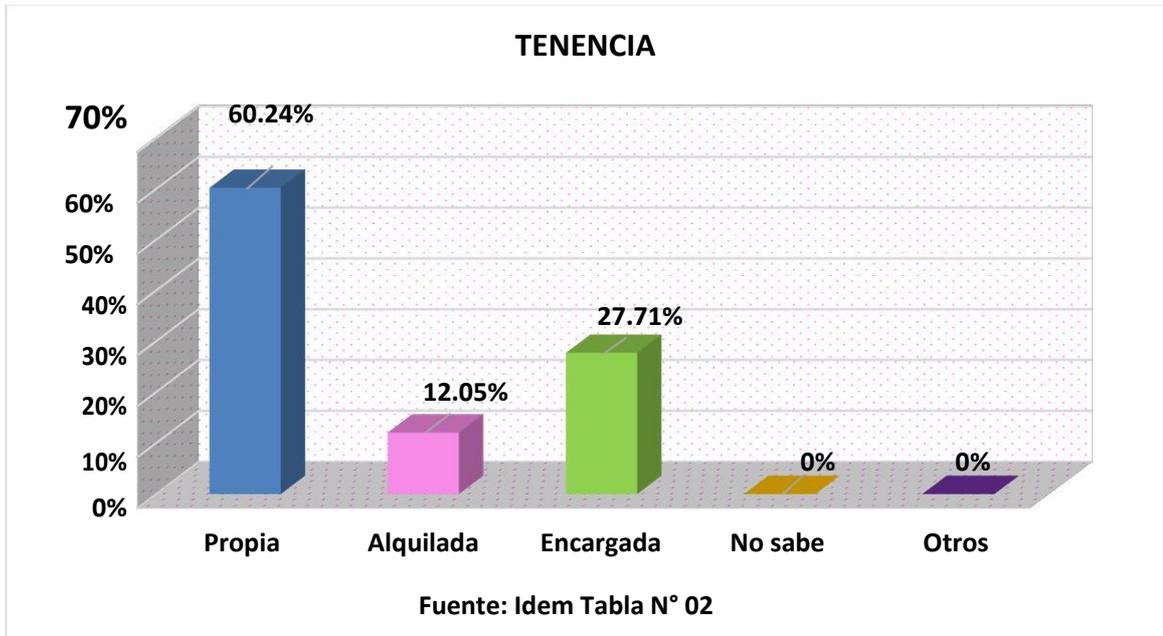


GRÁFICO N° 06

MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.



GRÁFICO N° 07

MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

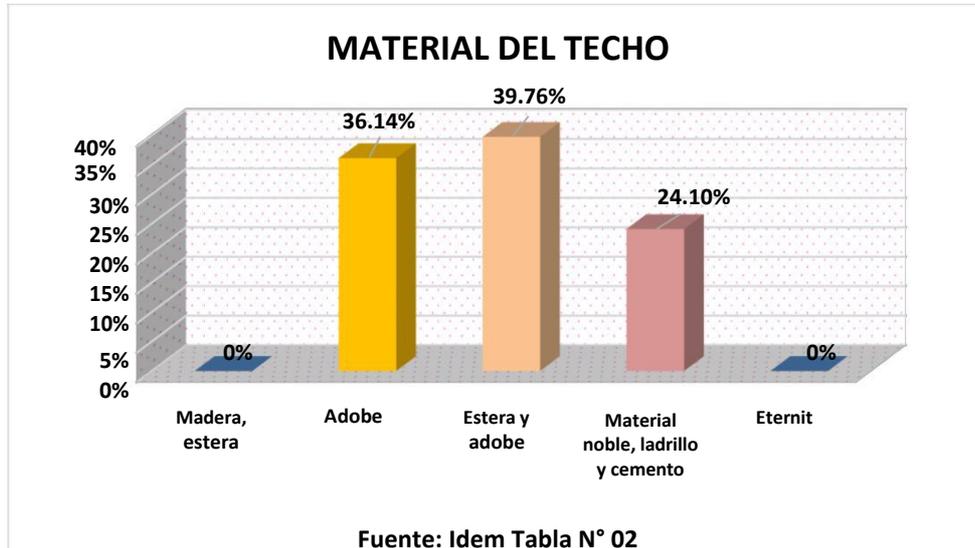


GRÁFICO N° 08

MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

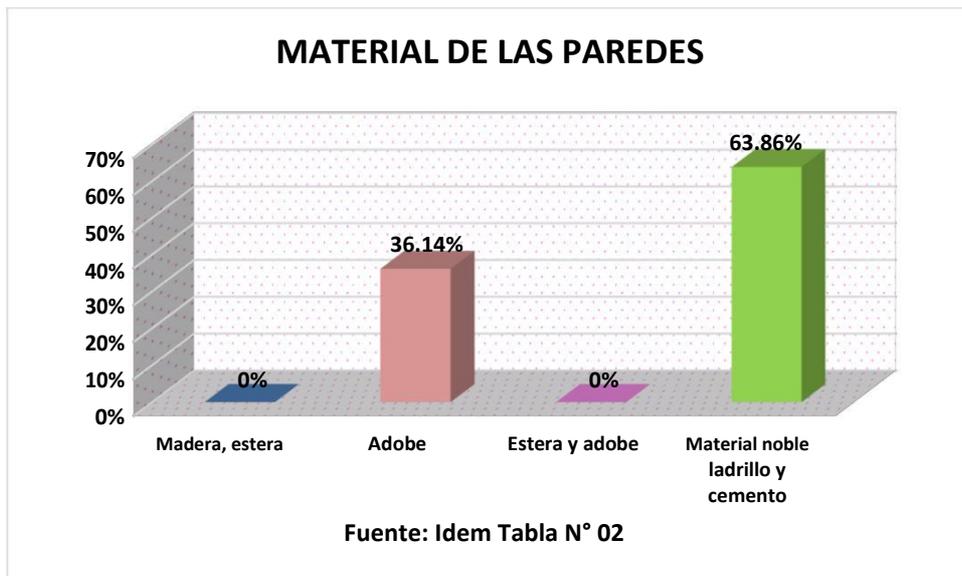


GRÁFICO N° 09

N° DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

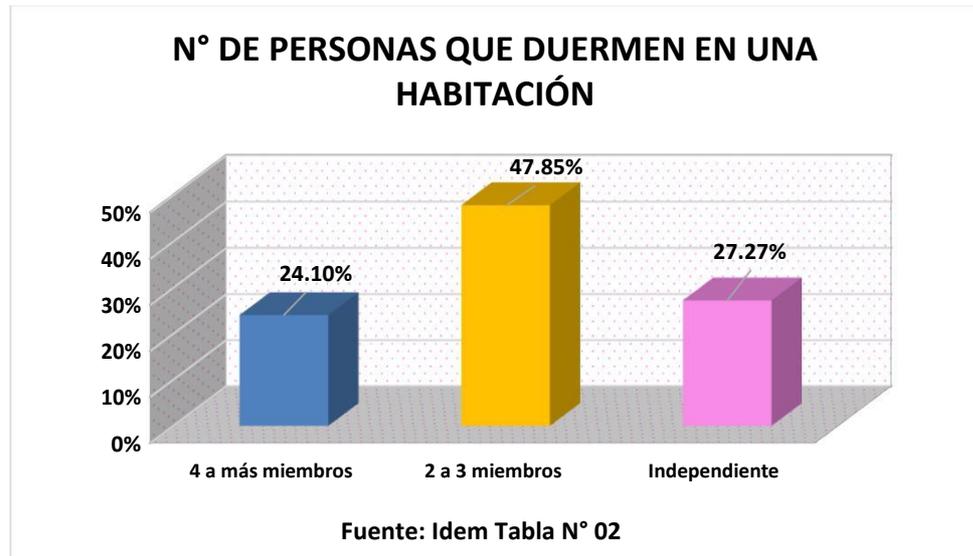


GRÁFICO N° 10

ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

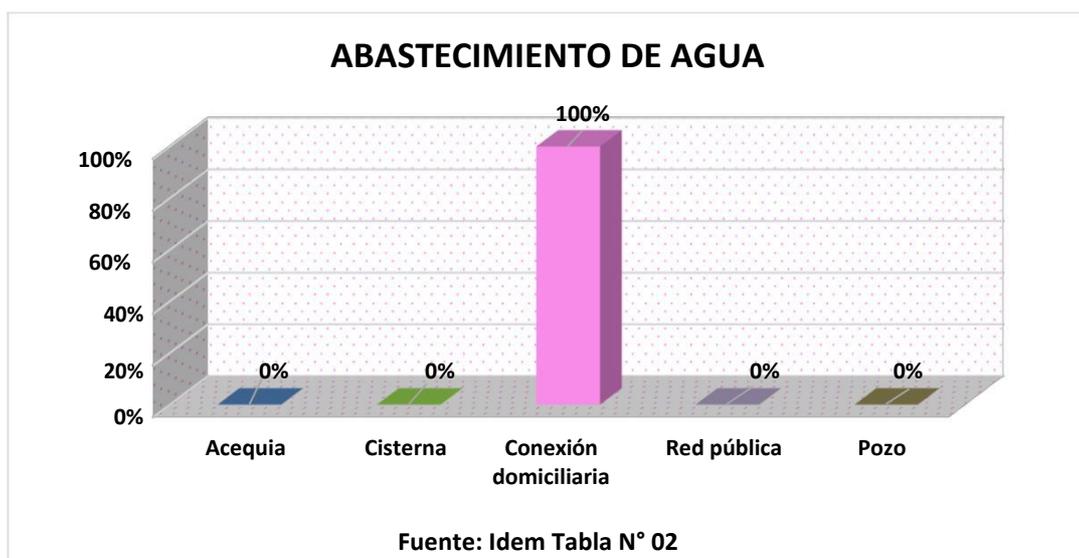


GRÁFICO N° 11

**ELIMINACIÓN DE EXCRETAS DE LA PERSONA ADULTA MAYOR.
SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.**

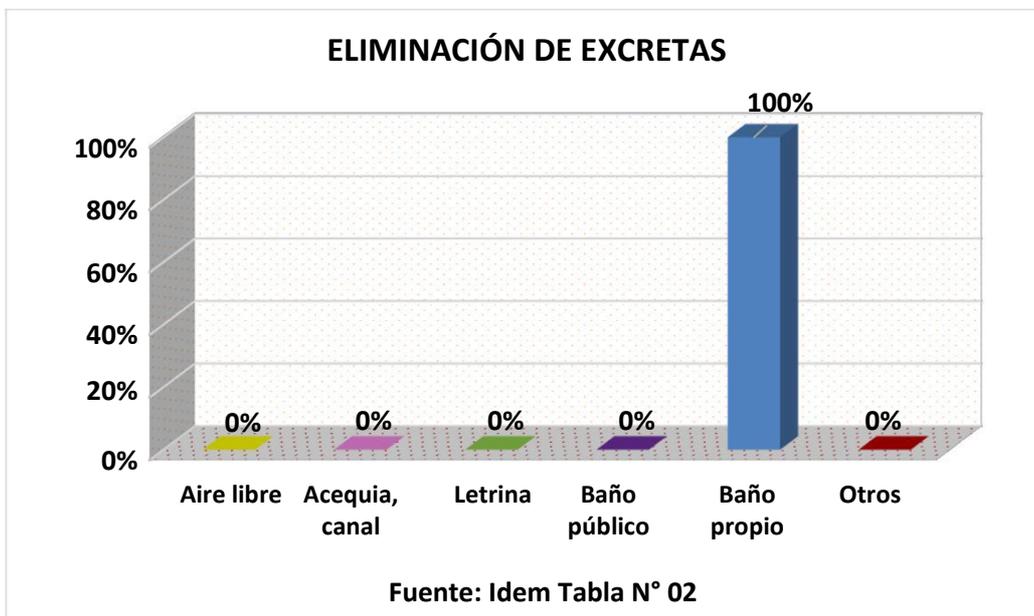


GRÁFICO N° 12

**COMBUSTIBLE PARA COCINAR DE LA PERSONA ADULTA MAYOR.
SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.**

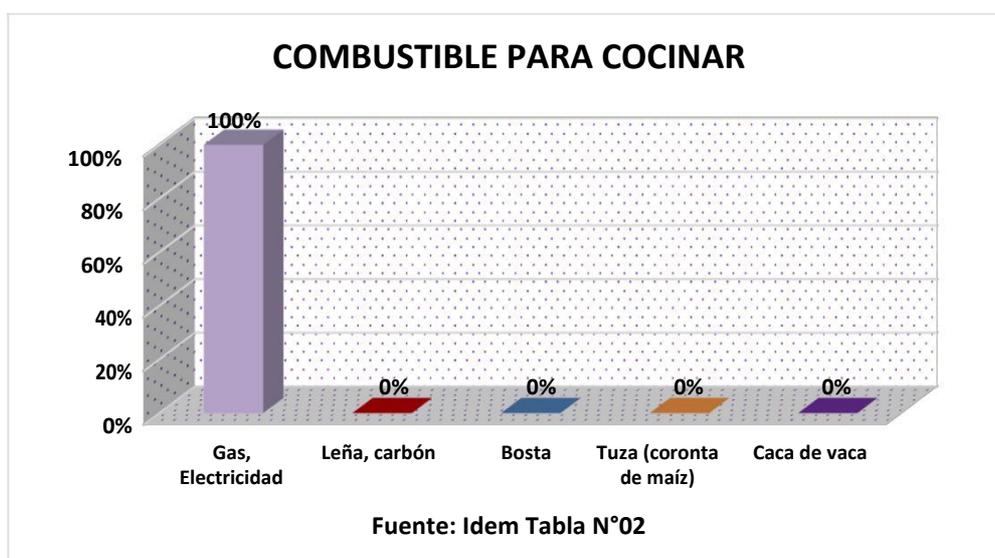


GRÁFICO N° 13

ENERGÍA ELÉCTRICA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

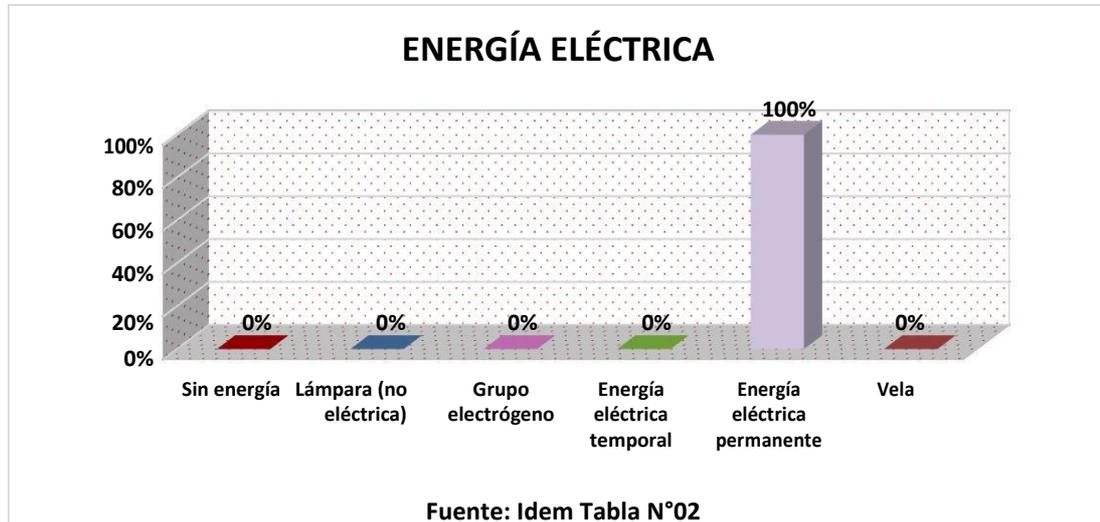


GRÁFICO N° 14

DISPOSICIÓN DE BASURA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

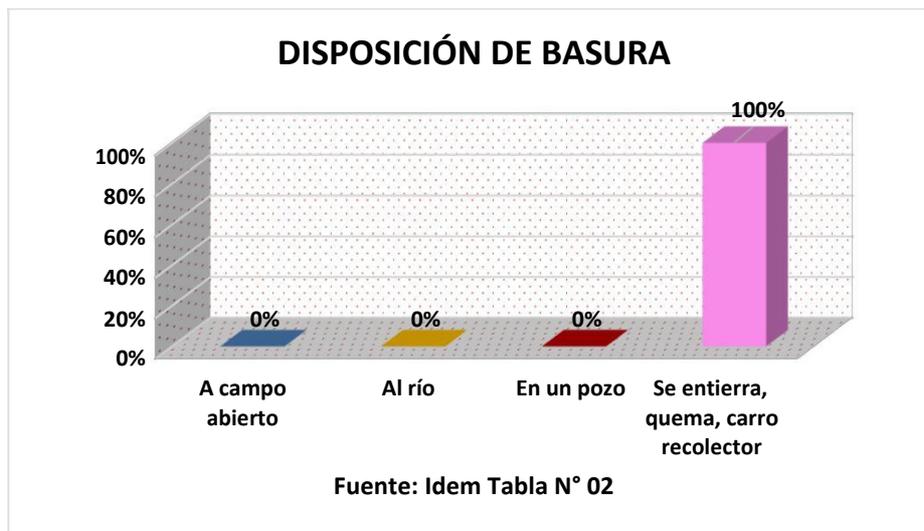


GRÁFICO N° 15

FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR LA CASA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

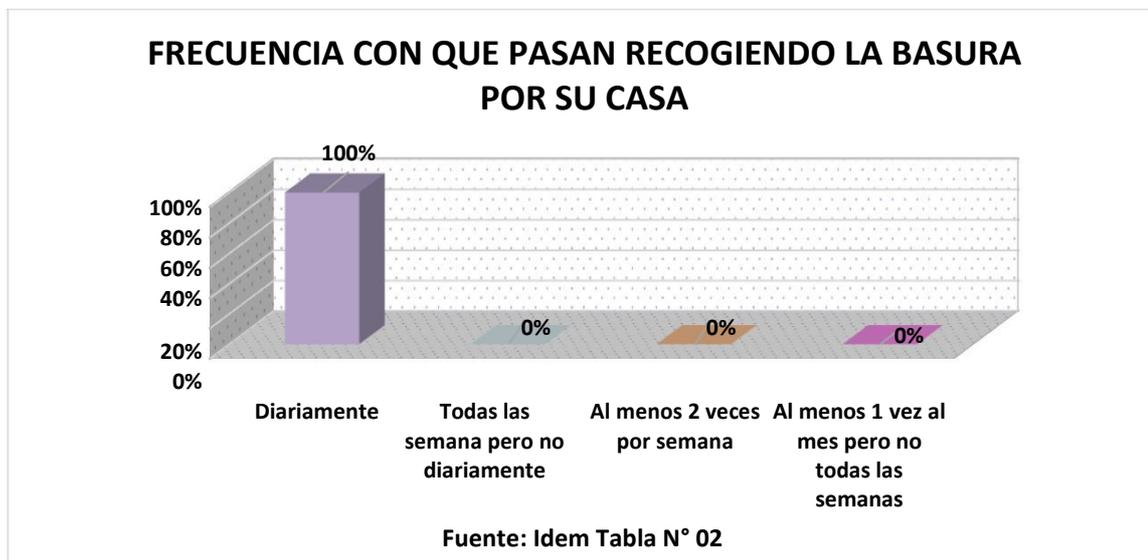


GRÁFICO N° 16

LUGAR DONDE ELIMINA LA BASURA LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

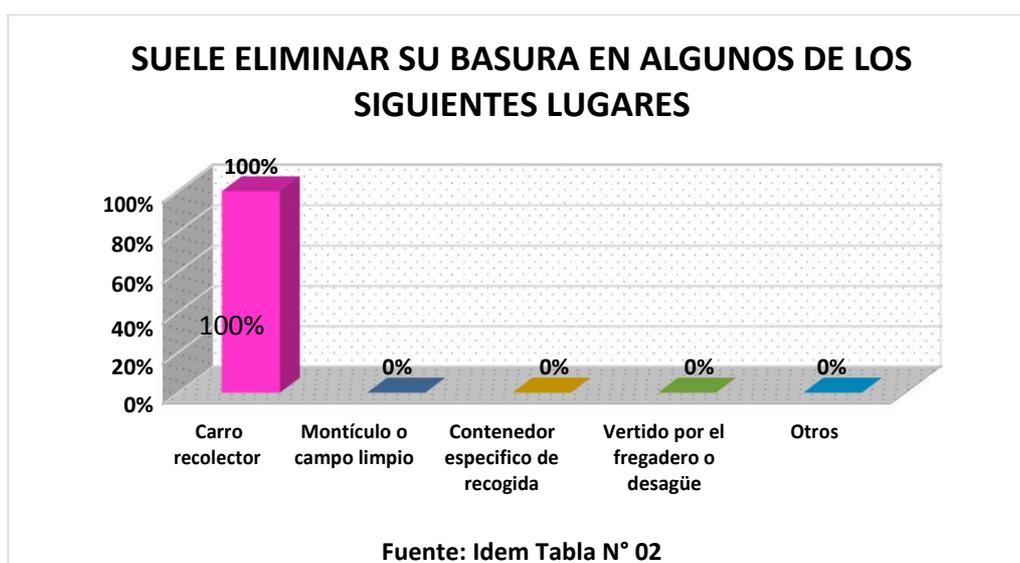


TABLA N° 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA PERSONA ADULTA

MAYOR.SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

FUMA ACTUALMENTE:	N	%
Si fumo, diariamente	0	0
Si fumo, pero no diariamente	0	0
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	33	39.76
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	50	60.34
TOTAL	83	100

FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	N	%
Diario	0	0
Dos a tres veces por semana	0	0
Una vez a la semana	0	0
Una vez al mes	0	0
Ocasionalmente	83	100
No consumo	0	0
TOTAL	83	100

N° DE HORAS QUE DUERME	N	%
[06 a 08)	83	100
[08 a 10)	0	0
[10 a 12)	0	0
TOTAL	83	100

SE REALIZA ALGÚN EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO, EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	N	%
Si	83	100
No	0	0
TOTAL	83	100

ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE	N	%
Caminar	83	100
Deporte	0	0
Gimnasia	0	0
No realiza	0	0
TOTAL	83	100

EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZÓ DURANTE MÁS DE 20 MINUTOS	N	%
Caminar	83	100
Gimnasia suave	0	0
Juegos con poco esfuerzo	0	0
Correr	0	0
Deporte	0	0
Ninguna	0	0
TOTAL	83	100

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 a 2 veces a la semana		Nunca o casi nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Frutas	45	54.2	30	36.1	8	9.6	0	0
Carnes	13	15.7	23	27.7	45	54.2	2	2.4
Huevos	23	27.7	29	34.9	31	37.3	0	0
Pescado	5	6.0	13	15.7	65	78.3	0	0
Fideos	62	74.7	16	19.3	5	6.0	0	0
Pan, cereales	83	100	0	0.0	0	0.0	0	0
Verduras, hortalizas	56	67.5	7	8.4	8	9.6	12	14.5
Legumbres	80	96.4	3	3.6	0	0.0	0	0
Lácteos	10	12.0	14	16.9	24	28.9	35	42.2

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la salud en la persona adulta mayor elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta mayor. Sector San Martín_ La Esperanza, 2013.

GRÁFICO N° 17

HÁBITO DE FUMAR EN LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

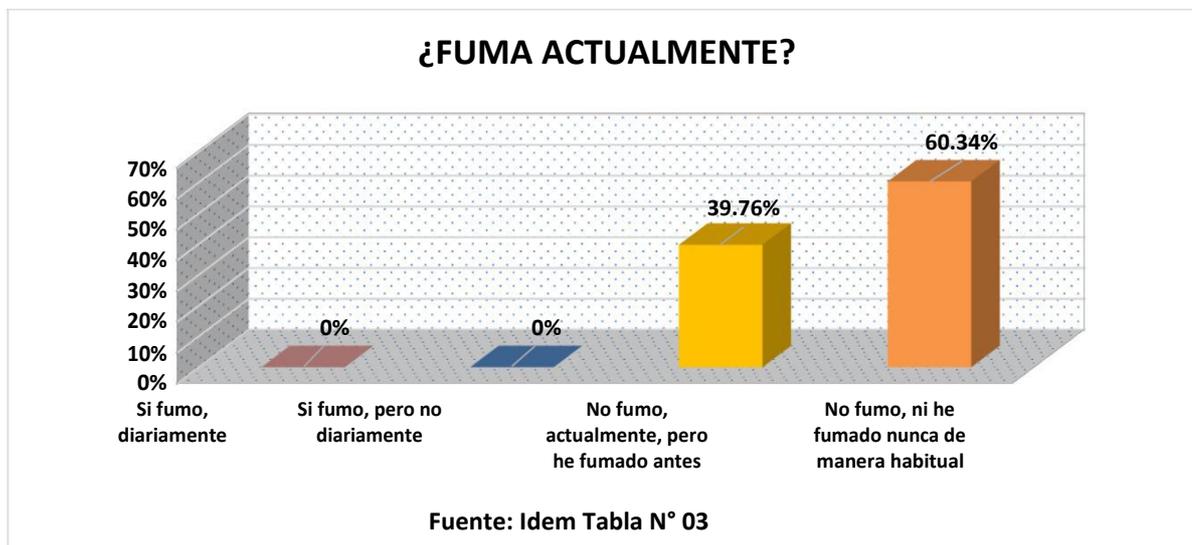


GRÁFICO N° 18

FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DE LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

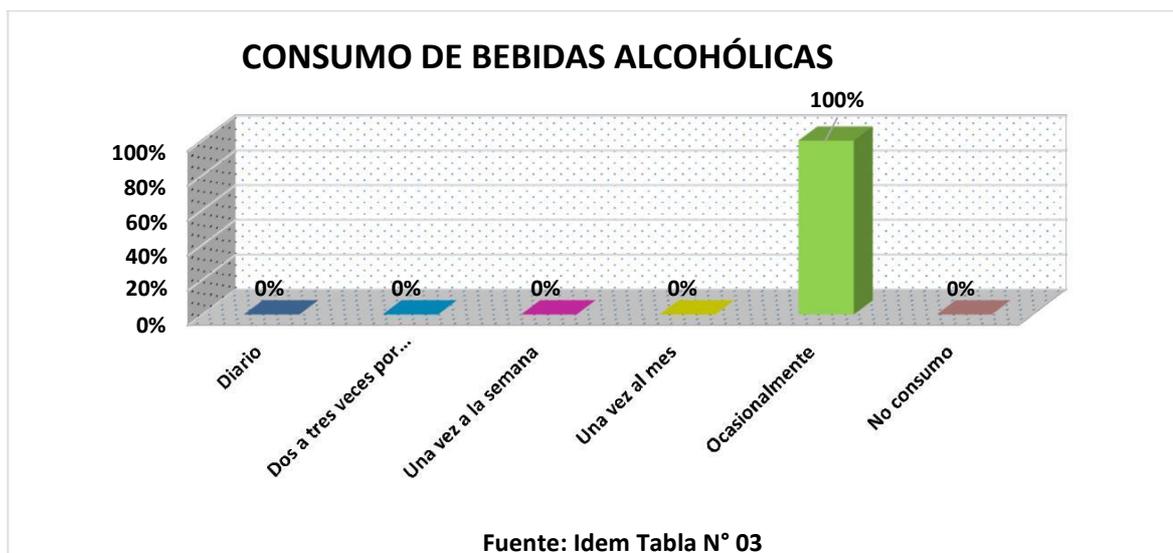


GRÁFICO N° 19

N° DE HORAS QUE DUERME LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

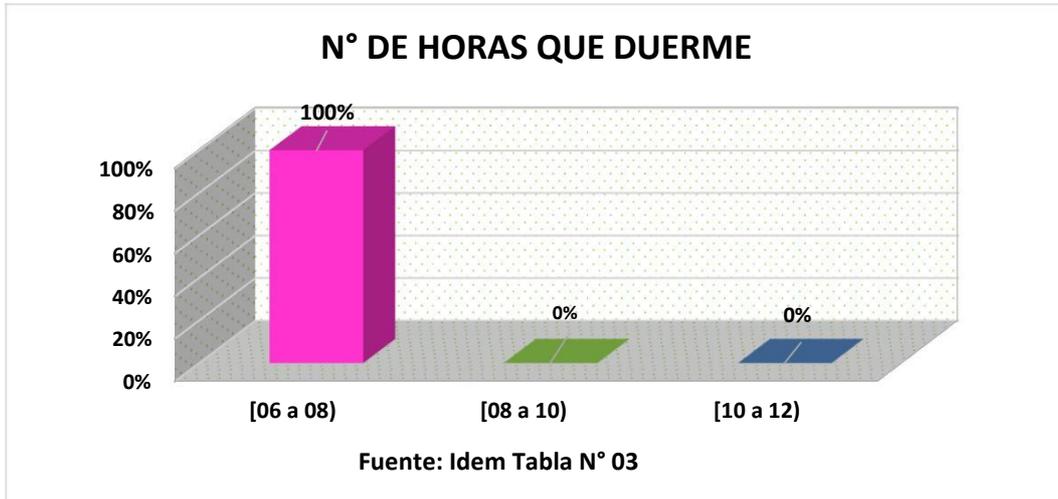


GRÁFICO N° 20

EXAMÉN MEDICO PERIÓDICO EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

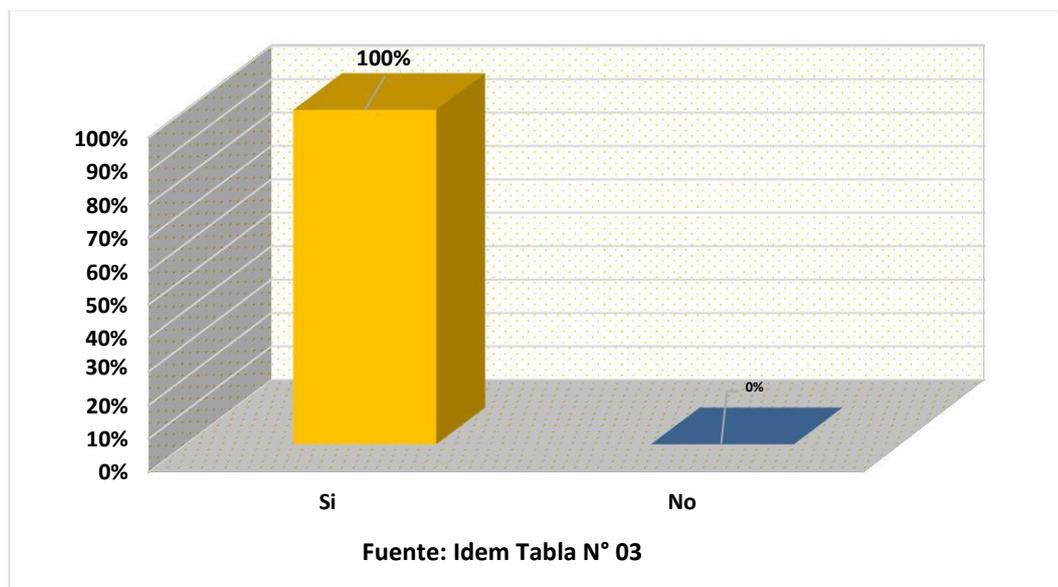


GRÁFICO N° 21

ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

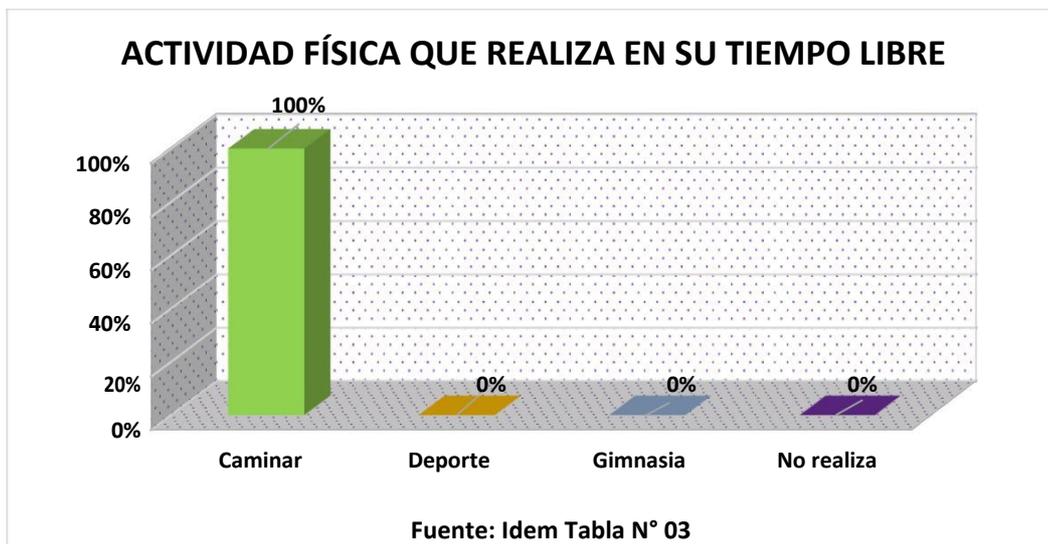
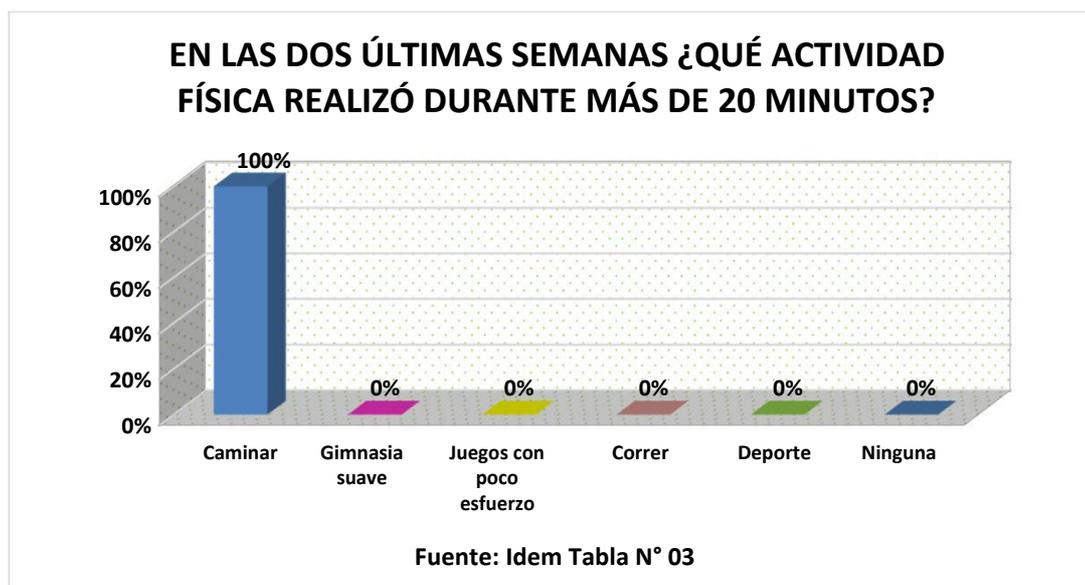


GRÁFICO N° 22

ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZÓ DURANTE MÁS DE 20 MINUTOS LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.



FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS DE LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

GRÁFICO N° 23

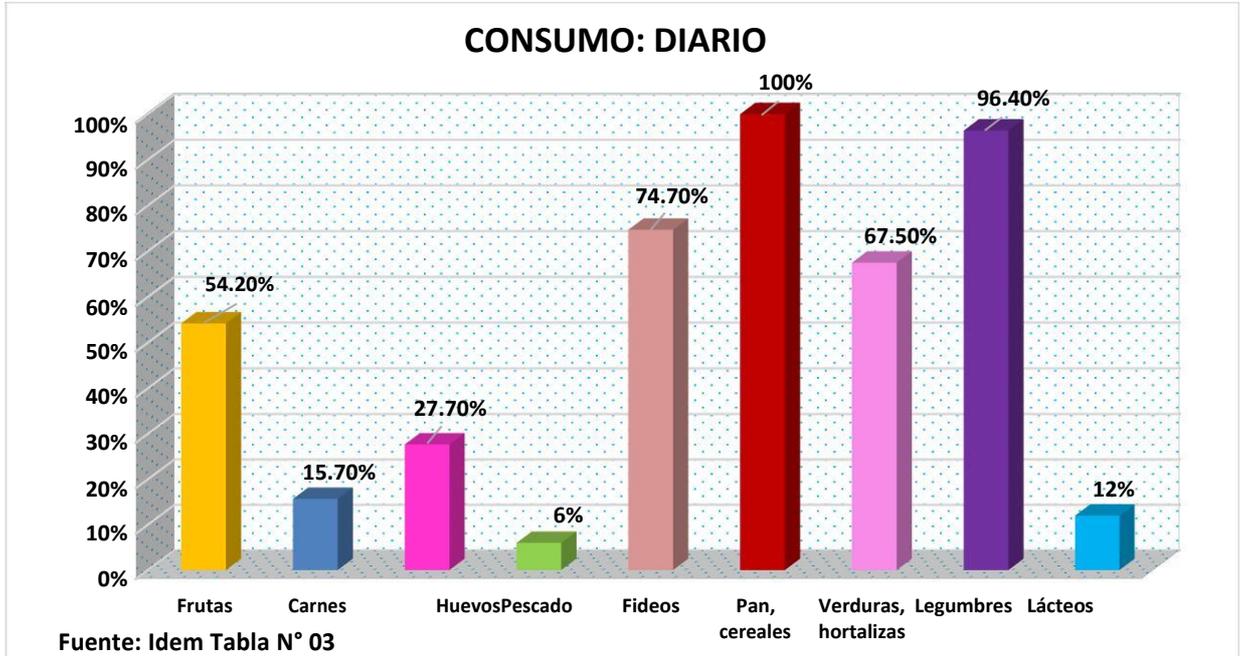


GRÁFICO N° 24

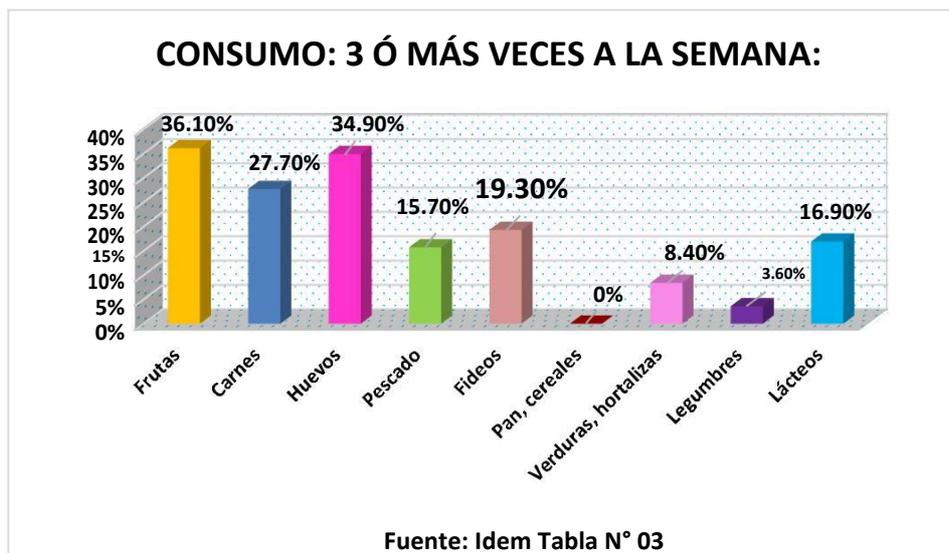


GRÁFICO N° 25

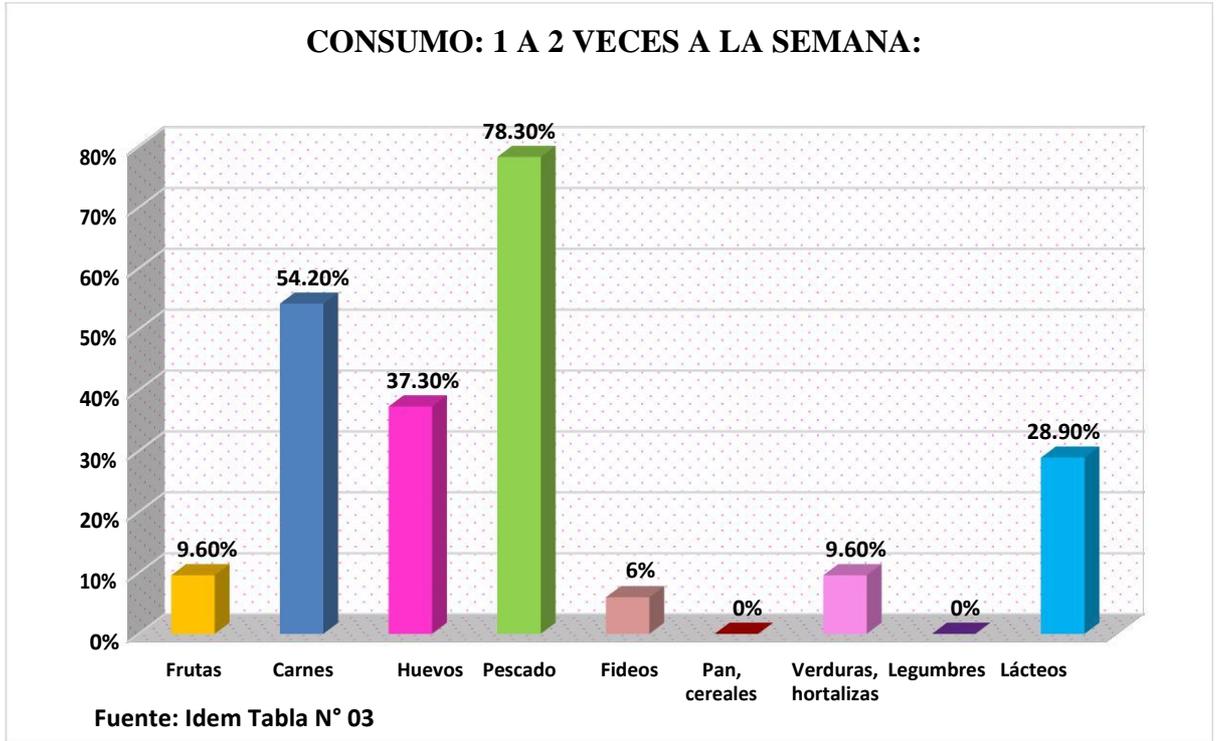


GRÁFICO N° 26

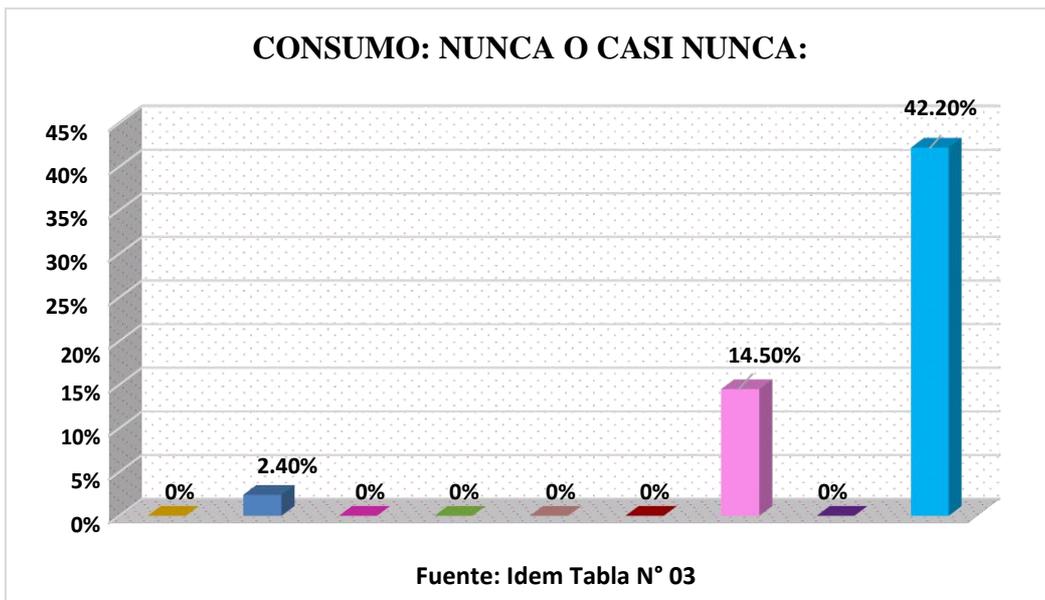


TABLA N° 04

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

TIPO DE SEGURO	N	%
ESSALUD	0	0
SIS – MINSA	83	100
SANIDAD	0	0
Otros	0	0
TOTAL	83	100

EL TIEMPO QUE ESPERÓ PARA QUE LO (LA) ATENDIERAN ¿LE PARECIÓ?	N	%
Muy largo	0	0
Largo	0	0
Regular	83	100
Corto	0	0
Muy corto	0	0
No sabe	0	0
TOTAL	83	100

CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD FUE:	N	%
Muy buena	0	0
Buena	0	0
Regular	0	0
Mala	83	100
Muy mala	0	0
No sabe	0	0
TOTAL	83	100,0

PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA:	N	%
Si	83	100
No	00	0
TOTAL	83	100,0

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la salud en la persona adulta mayor elaborado por Vílchez A. aplicado a la persona adulta mayor sector San Martín_ La Esperanza, 2013.

GRÁFICO N° 27

TIPO DE SEGURO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

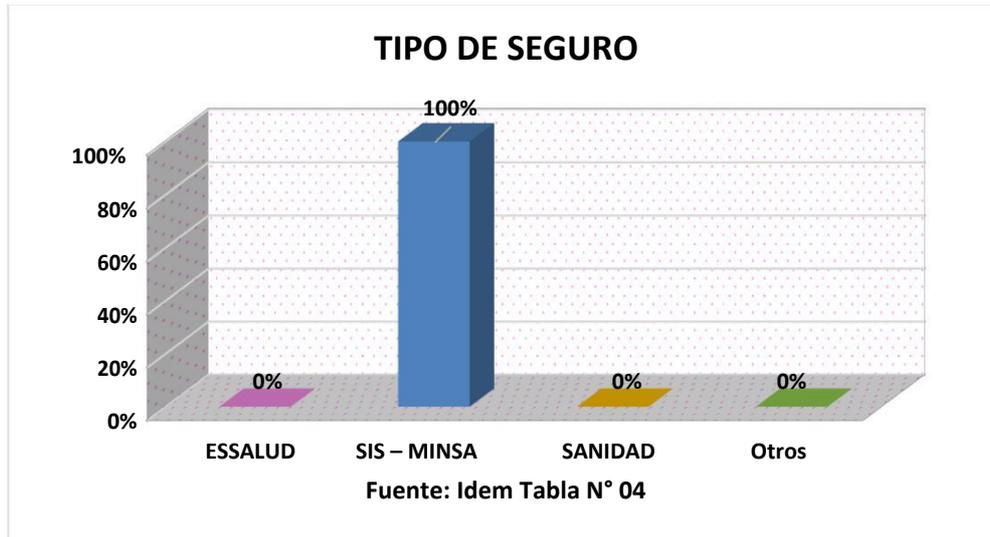


GRÁFICO N° 28

TIEMPO QUE ESPERÓ PARA SER ATENDIDO LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

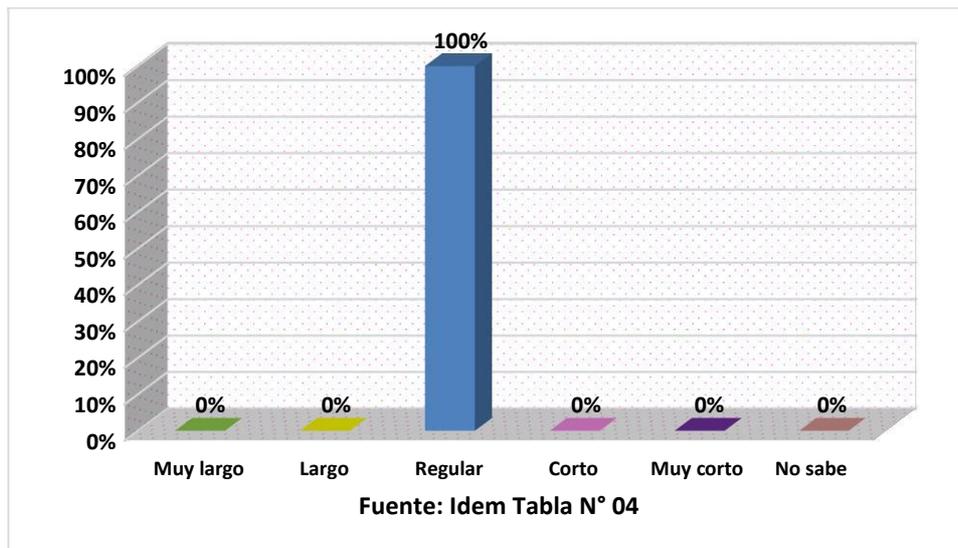


GRÁFICO N° 29

CALIDAD DE ATENCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE ASISTIÓ LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.

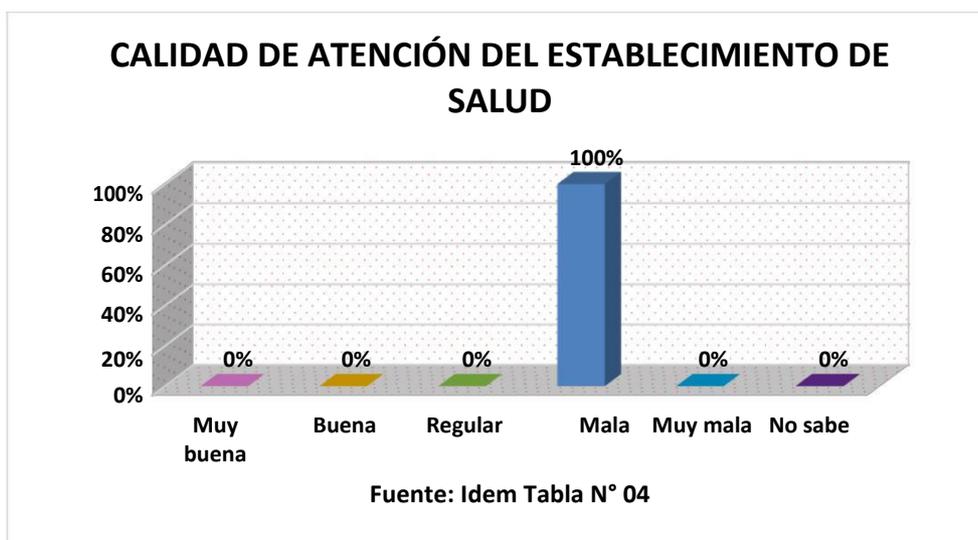
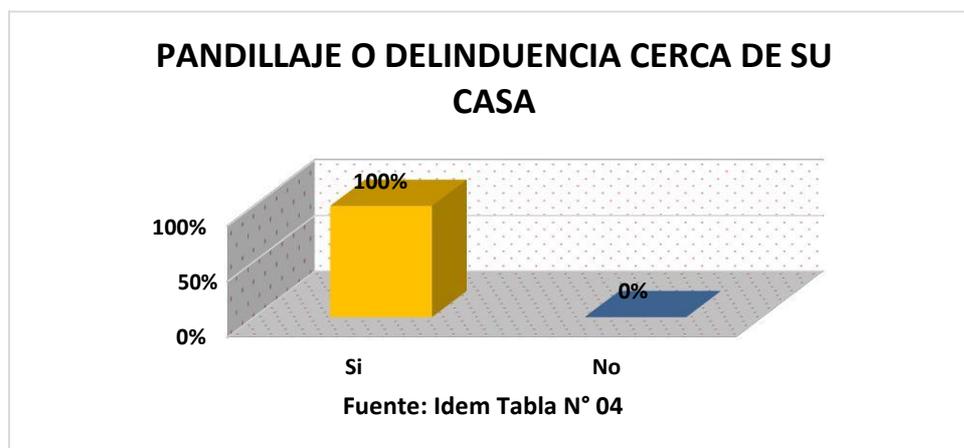


GRÁFICO N° 30

PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE LA CASADE LA PERSONA ADULTA MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013.



4.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS:

EN LA TABLA N° 01: Se observa la distribución porcentual de los determinantes Biosocioeconómicos realizado en una muestra de 83 adultos mayores, donde se constata que el mayor porcentaje son de sexo masculino (67%), el 36% cuenta con grado de instrucción inicial/primaria, el 48.19% percibe un ingreso económico entre 751 a 1000 nuevos soles al mes y el 39.79% realiza una actividad de al menos una hora para obtener ingresos.

Estos resultados son similares a los encontrados por Alvarado, Y. (38), en su investigación titulada “Determinantes de la Salud en los Adultos Mayores P.J. La Esperanza Baja - Chimbote, 2013”; donde concluye que el 51.7% son de sexo masculino, el 55.83% tiene grado de instrucción inicial/primaria, además el 57.5% perciben un ingreso económico de 701 a 1000 nuevos soles al mes.

Los resultados también se asemejan a los de Soto A. (39), la investigación titulada “Determinantes de la Salud, de los Adultos Mayores en el Asentamiento Humano Belén - Nuevo Chimbote, 2013”; concluye que más de la mitad son de sexo masculino (59.2 %) y menos de la mitad tiene grado de instrucción inicial/primaria (49.2%); siendo dichos valores similares a los obtenidos en la presente investigación.

De igual manera Salas M. (40), reporta datos similares en su investigación titulada “Determinantes de la Salud en Adultos Mayores Esperanza Baja, Chimbote, 2013”; siendo el 52% de su muestra de sexo masculino y donde además el 73% tienen un ingreso mensual comprendido entre 551 a 999 nuevos soles.

Por otro lado cabe recalcar que los datos obtenidos en la presente investigación difieren con los obtenidos por Mora, I. (41), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud en los Adultos Maduros en el Asentamiento Humano Nueva Caleta –Chimbote, 2013”. En dicho estudio se concluye que el 53.93% son de sexo femenino, además la mayoría tienen grado de instrucción

secundaria completa/ incompleta (74.15%) y el 49.43% tienen un ingreso económico mensual comprendido entre 1000 a 1499 nuevos soles.

Otros datos que también difieren son los encontrados por Delgado, M. (42), en su estudio “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta Mayor. Habilitación Urbana Progresista Luis Felipe de Las Casas - Nuevo Chimbote, 2013”. Donde concluye que el sexo femenino representa el 54% de su muestra, así también menos de la mitad tienen grado de instrucción secundaria completa/ incompleta (35%) y el 39% tiene un ingreso mensual de menos de 750 nuevos soles.

Colchado L. (43), en su estudio titulado “Determinantes de la Salud de los Adultos Maduros del Pueblo Joven la Unión-Chimbote, 2013”. Registra que el 52.7% tienen un ingreso mensual comprendido entre 1 a 550 nuevos soles y además un 37.4% son trabajadores independientes. Estos datos difieren a los encontrados en el presente estudio.

El nivel de salud y/o de enfermedad de una población depende de diversos factores: desarrollo económico, avances médicos, tipo de asistencia sanitaria, recursos sanitarios, entre otros. Probablemente estemos en una época en la que se ha producido un gran avance en todos los niveles anteriormente mencionados; sin embargo, la salud no sólo está determinada por esos aspectos más relacionados con el propio sistema sanitario sino, más bien, por otro tipo de determinantes sociales entre los que se encuentran el tipo de trabajo desempeñado, las características de ese empleo, el entorno ambiental y físico, la exclusión social, la situación económica, el nivel de estudios, etc. (44).

Como determinantes biosocioeconómicos de la salud se entienden las características específicas y las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud de las personas; son tanto de carácter socio individual, tales como las prácticas de salud, capacidad y aptitudes para la adaptación de la persona, como aquéllos derivados de la estructura de una sociedad, entre los que se sitúan la pobreza, la educación, el trabajo, el género, el nivel socioeconómico.

De esta manera, los determinantes biosocioeconómicos 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.

Las condiciones sociales en las que vive una persona influyen en su estado de salud, más aun en un adulto mayor, quien experimenta un proceso de declive de sus funciones orgánicas y psicológicas como la pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Evidentemente las personas de la tercera edad requieren de mayor atención médica que una persona de menor edad porque son más vulnerables a enfermedades (45).

Algunos autores definieron la vejez o la tercera edad a partir de los 60 años, otros a partir de los 65-70 años. Otros simplemente dicen que es una definición social. La OMS, considera anciano a toda persona mayor de 65 años para países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo, es decir que en Perú se considera anciana a una persona a partir de los 60 años (45).

La pérdida de facultades físicas que quizá obligue a aceptar el cuidado de otros; el fin de la vida laboral, el aislamiento, la pérdida de contacto social que da el trabajo y la viudez y la muerte de los amigos afectan la autoestima de los ancianos y provocan depresión. Hay ancianos que mantienen vivo el interés por muchas cosas y que disponen de más dinero que en ninguna otra época de su vida; pero, en muchos casos, lo normal es la falta de dinero, la soledad, la incapacidad física y la falta de estímulos mentales.

La rapidez con la que cambia la sociedad moderna la desorientación del anciano y la forma de vida actual no contribuyen a mejorar su situación; el resultado es apatía, pérdida de interés, resentimiento y estancamiento mental, que con frecuencia se explican atribuyéndolos a senilidad inevitable.

El estudiar y conocer los determinantes biosocioeconómicos presentes como factores predictores de la adopción de estilos de vida promotores de salud, en una población determinada, permite generar insumos que pueden aportar elementos necesarios a considerar en la formulación de políticas públicas y

programas, buscando el mayor impacto en cada una de ellas para la generación de conductas saludables en la población. (45)

En la biología, el sexo es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina (conocidas como sexo). El sexo de un organismo se define por los gametos que produce: el sexo masculino producen gametos masculinos (espermatozoides) mientras que los de sexo femenino producen gametos femeninos (óvulos) (46).

Por tanto en el presente estudio se observa que la mayoría de encuestados son adultos mayores de sexo masculino, esto se puede atribuir a que en el Perú la tasa de mortalidad en esta etapa de la vida es mayor en las mujeres.

El nivel de instrucción; es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado (47).

La tasa de analfabetismo en el Perú es de 7.1% correspondiente a la población mayor de 15 años que no sabe leer ni escribir (INEI, 2008) y de los 1.36 millones de habitantes analfabetos el 75% son adultos mayores. (44). Por regiones naturales, la región de la Sierra con 11,2% representa la tasa más elevada de analfabetismo, tres veces más que los analfabetos residentes de la región Costa (3,2%) y casi dos veces mayor que los de la Selva (7,2%).

En el año 2012 la tasa de analfabetismo en La Libertad registró un 6.7%. (54) El analfabetismo afecta en mayor proporción a las mujeres que a los hombres. Así, en el 2012, el 9,3% de las mujeres eran analfabetas, mientras que en los hombres representó el 3,1%.(48).

En los adultos mayores del Sector San Martín se observa que un 30% son analfabetos, 36% sólo culminaron la primaria, 12% culminó la secundaria y tan solo 22% tiene estudios superiores. Posiblemente esto se deba a la situación

económica de sus padres y al difícil acceso a la educación sobre todo para las mujeres en ese tiempo, razón por la cual no fueron enviados al colegio y se dedicaban a ayudar en los trabajos del hogar (agricultura) (48).

El ingreso económico son fuentes de Ingresos económicos: sueldos, salarios, dividendos, Ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás. Los economistas definen los ingresos económicos como el aumento de la riqueza (valor) de una entidad que se basa en los acontecimientos económicos en lugar de las transacciones comerciales (49).

En La Libertad, el 13.27% de la población económicamente activa (PEA) corresponde a adultos mayores. (56) En los países desarrollados los Adultos Mayores, por su liquidez, pueden aportar significativamente a la economía mediante el pago de servicios de turismo, recreación y bienestar, por otro lado, en los países en vía de desarrollo sus pensiones o ingresos son insuficientes, aun para responder a sus propias necesidades básicas de alimentación y vivienda, sin contar con que, muchos de ellos, son los únicos que tienen ingresos en un núcleo familiar donde las demás personas se encuentran desempleadas o en la informalidad (50)

En el presente estudio se observa que el 48% tiene un ingreso mensual de 751 a 1000 nuevos soles, 36% tiene un ingreso menor a 750 nuevos soles y un 40% aproximadamente realizan una actividad de al menos una hora para obtener ingresos; lo cual les permite tener un sustento, el mismo que debe ser administrado de forma apropiada para poder beneficiar su salud y la de su familia y no ponerla en riesgo.

Tenencia de trabajo es una necesidad principal, ya que una fuente de trabajo permite obtener un ingreso fijo para cubrir necesidades básicas como la alimentación, vivienda y salud. Tener seguridad en el trabajo implica buena salud, bienestar y satisfacción. La situación contraria supone problemas de salud mental (ansiedad y depresión), enfermedades crónicas, convirtiéndose la inseguridad laboral en un estresor de tipo crónico cuyos efectos crecen con el tiempo de exposición (51).

El trabajo que realiza la población en estudio es eventual en la mayoría de los adultos mayores y tan sólo un 25.1% cuenta con un empleo fijo o negocio propio, lo cual significa que la mayoría no tienen asegurado un ingreso económico estable, el mismo que a veces apenas cubre su alimentación, restringiendo la satisfacción de otras necesidades.

EN LA TABLA N° 02: Con respecto a los determinantes relacionados al entorno físico, la mayoría cuenta con casa propia (60.24%), paredes de material noble (63.83%) y piso a base de tierra (84.34%). Además menos de la mitad tienen techo a base de esteras y adobe (39.76%). Duermen de 2 a 3 personas por habitación en menos de la mitad de los encuestados (47.85%) y todos cuentan con conexión domiciliaria de agua potable, baño propio, gas y/o electricidad para cocinar y tienen acceso a energía eléctrica permanente. En todos los casos el carro recolector pasa diariamente recogiendo la basura, se entierra y/o se quema.

Los resultados antes mencionados son similares a los encontrados por Vásquez, Y. (52), en su investigación titulada Determinantes De La Salud En Los Adultos Mayores Varones Del Pueblo Joven La Unión -Chimbote, 2013, quien concluye que según los determinantes de la salud relacionados a la vivienda, la mayoría tiene vivienda propia, todos cuentan con abastecimiento de agua, baño propio y energía y utiliza gas para cocinar.

Los resultados también se asemejan a los encontrados por Herrera, L. (53), en su investigación titulada Determinantes De La Salud De La Mujer Adulta Madura. Pueblo. Joven. Villa María - Nuevo Chimbote, 2013, en donde encontró que el 87.66 % la mayoría tiene vivienda propia, el 100% tiene red pública dentro de su vivienda, el 100% utiliza gas para cocinar, el 100% tiene alumbrado eléctrico.

Estos resultados también se relacionan con lo reportado por Chávez, H. (54), en su investigación titulada Determinantes De La Salud En El Adulto Maduro Centro Poblado Cambio Puente Comité 8 – Chimbote, 2013, en donde encontró que el 87.66 % la mayoría tiene vivienda propia, 47.15% menos de la mitad tiene vivienda de estera y adobe, el 100% tiene red pública dentro de su vivienda, el 100% utiliza gas para cocinar, el 100% tiene energía eléctrica.

Por otro lado, estos resultados difieren a los encontrados respecto a la vivienda por Risco R. (55) ,en su estudio sobre los determinantes de la salud a los usuarios del P.S de Ana- Chimbote se observa que el resultados 50,5% viven en la casa alquilada, que el 25.8% se abastecen de agua mediante pozo, 69,9% utiliza carbón para cocina, 85.5% recogen la basura 2 veces por semana.

Estos resultados se diferencian a los encontrados por Cruz, L. (56), quien en su investigación titulada Determinantes de la salud de la mujer adulta madura del Asentamiento Humano Miraflores Bajo, Chimbote, 2013., encontró que respecto a los determinantes de la salud relacionados a la vivienda: todos cuentan con vivienda unifamiliar, utiliza letrina, cuenta con piso de tierra, material de las paredes de adobe.

Así mismo los resultados difieren a los encontrados por Colchado, A. (57), en su investigación titulada Determinantes de la salud adultos maduros con infección respiratoria aguda. Distrito Santa-2012, encontró que el 60% tiene sus hogares de material de adobe, techos de esteras y el 77.5% tiene pisos de tierra.

Definir el entorno físico es hablar de los factores físicos en el entorno natural (por ejemplo: calidad del aire y del agua son influencia claves en la salud). Los factores en el entorno también son creados por el hombre como por ejemplo la seguridad en la vivienda.

La vivienda es un 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 (58).

Una vivienda adecuada debe contener ciertos servicios indispensables para la salud, la seguridad, la comodidad y la nutrición. Todos los beneficiarios del derecho a una vivienda adecuada deberían tener acceso permanente a recursos naturales y comunes, a agua potable, a energía para la cocina, la calefacción y el

alumbrado, a instalaciones sanitarias y de aseo, de almacenamiento de alimentos, de eliminación de desechos, de drenaje y a servicios de emergencia.

La tenencia de vivienda se encuentra relacionada con el nivel económico de la persona o familia y por ende se relaciona con su salud, pues la economía va a jugar un papel importante en lo correspondiente a una estabilidad emocional, psicológica y física en sus integrantes (58)

Según el Censo del INEI del 2007, las viviendas asentadas dentro del ámbito territorial del distrito de La Esperanza llegan a 32,865; de las cuales según la tenencia de los predios en cuanto a la condición de propiedad es de 22,441 (68.3%) como propiedad única y directa; este dato se relaciona con el 60.24% de adultos mayores que cuentan con casa propia en el presente estudio.

Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran que sólo el 60.24% cuentan con casa propia. Esto se puede atribuir a que hace años atrás invadieron estos terrenos, fue así que iban llegando migrantes de lugares de la sierra e iban construyendo sus casa en los terrenos invadidos por ellos, con el pasar del tiempo les otorgaron el título de su propiedad, por el cual es un bien indispensable para estos moradores y tratando así de mejorar su entorno y economía. Además las viviendas formales del distrito de La Esperanza en su mayoría, se han consolidado en la parte baja del distrito, mientras que las viviendas informales se encuentran mayormente en la parte alta del distrito (por ejemplo en Sector San Martín).

El material de construcción influye mucho en la aparición de enfermedades, pues favorece muchas veces al albergue de vectores y favorecen a la reproducción de estos mismos, lo cual en adelante será un factor de riesgo a que los integrantes que ocupan la vivienda sean susceptibles enfermarse. Según el censo del INEI del 2007, indica que el 44% las viviendas (14.481) del distrito de La Esperanza son de material noble y el material de los pisos es a base de cemento en 54.1% y a base de tierra en 39.8% aproximadamente (59).

En el presente estudio se obtuvo que el 63.83% de las paredes es a base de material noble, menos de la mitad tienen techo a base de esteras y adobe (39.76%) y el 84.34% de los pisos de las viviendas son a base de tierra, lo que indica que el Sector San Martín es una zona en proceso de consolidación comparada con las viviendas de la parte baja del distrito de La Esperanza. Esto puede atribuirse a que los pobladores de dicho sector no cuentan con los recursos económicos necesarios para comprar materiales de construcción adecuados para tener una vivienda digna; lo cual nos indica que hay mayor riesgo para tener enfermedades diarreicas e infecciones, enfermedades alérgicas y enfermedades respiratorias entre los integrantes de su familia y sobre todo en los adultos mayores quienes son más vulnerables.

El abastecimiento de agua y saneamiento adecuados constituye un aspecto fundamental en la supervivencia de las personas y en la mejora de las condiciones de vida y salud de los hogares, asimismo se ve reflejada en el progreso de las ciudades y en el ahorro de dinero por parte del Estado, debido a la disminución de los riesgos de contraer enfermedades causadas tanto por el consumo de agua en condiciones insalubres como por la deficiente eliminación de los residuos humanos; enfermedades que de hecho son evitadas cuando se dispone de políticas adecuadas para el abastecimiento de agua desagüe(60).

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2007, en el Distrito de La Esperanza se registraron 32,865 viviendas, de las cuales el 83.9% se abastecen de agua potable por red pública. Además el 74.2% cuentan con servicios higiénicos dentro de las viviendas conectadas a la red pública y un 18.7% de hogares tiene otro tipo de acceso a servicios higiénicos (pozo séptico, pozo ciego, etc.), y el 4.7% no tiene acceso a servicio higiénico.

Con respecto al saneamiento básico se obtuvo en este estudio que todas las viviendas cuentan con conexión de agua potable, baño propio, gas y/o electricidad para cocinar y con energía eléctrica permanente. Además en todos los casos el carro recolector pasa diariamente recogiendo la basura. Esto se puede atribuir a que la municipalidad del distrito de La Esperanza ha cumplido con

brindar un saneamiento básico adecuado para este sector. Lo cual es bueno y disminuye el riesgo de contraer enfermedades.

Otro dato muy importante es el relacionado con el hacinamiento, donde el 47.85% de los encuestados refieren que en su vivienda duermen de 2 a 3 personas por habitación. El hacinamiento refiere a la relación entre el número de personas en una vivienda o casa y el espacio o número de cuartos disponibles. Dado que el acceso de los pobres a los recursos es limitado, las instalaciones de vivienda que ocupan tienden a ser menos apropiadas que aquellas disponibles para las personas no pobres (61).

El INEI define hacinamiento como la densidad de ocupación de los espacios de la vivienda: “El hacinamiento resulta de relacionar el número de personas con el número total de habitaciones que tiene la vivienda, sin contar el baño, cocina ni pasadizo. Se determina que hay hacinamiento cuando residen más de tres personas por cuarto” (62).

Cuando múltiples ocupantes de diferentes hogares tienen que compartir los servicios, esto puede interpretarse como un problema de espacio o como evidencia de “hogares ocultos”, una forma de “no tener domicilio fijo”. Dado que los servicios son compartidos, altos niveles de ocupación pueden llevar implícitos problemas relacionados con la higiene y la sanidad (63).

Por lo tanto teniendo en cuenta los datos anteriores en el presente estudio un 24.10% vive en hacinamiento (duermen de 4 a más personas por habitación), esto puede deberse a que un 39.76% no tiene casa propia y viven en casas alquiladas o encargadas y no cuentan con los ambientes disponibles y adecuados.

EN LA TABLA N° 03: Con respecto a los determinantes de estilo de vida, la mayoría no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual (60.34%), además todos refieren consumir bebidas alcohólicas ocasionalmente, dormir de 6 a 8 horas diarias y asistir a un establecimiento de salud para realizarse algún examen médico. Todos realizan caminatas como actividad física y las dos últimas semanas las realizaron durante más de 20 minutos.

Además se observa que todos consumen diariamente pan y cereales y más de la mitad también consumen diariamente frutas (54.2%), fideos (74.7%), verduras y hortalizas (67.5%) y legumbres (96.4%). Menos de la mitad consume huevos 1 a 2 veces a la semana (37.3%), así como también un poco más de la mitad consume carne (54.2%) con la misma frecuencia. Además más de la mitad consume pescado 1 a 2 veces a la semana (78.3%) y menos de la mitad nunca o casi nunca consumen lácteos (42.2%).

Los resultados obtenidos son similares a los encontrados por Abanto, A. (64), en su investigación titulada Determinantes de la salud en adultos mayores con diabetes, hipertensión. A.H. Villa España – Chimbote.2012 quien encontró; que la mayoría no fuma ni ha fumado antes, no consume alcohol y realizan actividades físicas como caminar.

Jiménez, L. (65), en su investigación titulada Determinantes de la salud en adultos maduros sanos en el A.H Los Paisajes, Chimbote, 2012 también nos dice que el 56.25% de su población, no fuma el 81.25 % consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente y realizan actividad física como caminar.

De igual manera coinciden los resultados obtenidos por Chuqui J. (66), en su investigación titulada Determinantes de la salud en el adulto maduro. 1° de Agosto - Nuevo Chimbote. 2013; donde, ningún encuestado fuma ni ingiere bebidas alcohólicas diariamente, el 97.5% duerme de 6 a 8 horas al día y en su alimentación diaria ingieren principalmente fideos (98.1%), pan y cereales (85%).

Por otro lado los resultados difieren a los encontrados por López, M. (67), en su estudio titulado Diagnóstico para la Identificación de Determinantes de Salud que influyen en el estado integral de salud de los habitantes de la comunidad Antorchista, Colima 2005; donde su muestra estuvo conformada por 50 mujeres jóvenes, concluye que el 52.5% no fuman y el 45% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente.

También difieren los resultados obtenidos por Chuqui J. (66), en su investigación titulada Determinantes de la salud en el adulto maduro. 1° de Agosto - Nuevo Chimbote. 2013; donde, el 71.9 % no se realiza ningún examen médico periódico en un establecimiento de salud, el 64.4% no realiza actividad física y el 76.2% no realizó actividad física en las 2 últimas semanas durante más de 20 minutos. Además sólo 2.5% incluyen frutas en su alimentación diaria, 24.4% consumen verduras y hortalizas diariamente, 1.9% consume legumbres y 89.4% consumen carne diariamente.

Además, difieren los resultados encontrados por Farro, M. (68) en su investigación titulada Determinantes de la salud en la persona adulta madura. Sector Pumacahua - El Porvenir, 2012; dónde se observa que el 54.6% fuma, pero no diariamente y tan sólo un 7.7% nunca ha fumado. Además un 20.8% fuma diariamente, 40.8% fuma por lo menos una vez a la semana, 26.9% fuma 1 vez al mes y 11.5% fuma ocasionalmente.

Los determinantes de la salud según los estilos de vida son las prácticas de salud personal y actitudes que adoptan las personas en los entornos sociales que permiten y respaldan elecciones buenas o malas para la salud. Así como el conocimiento, las intenciones, los comportamientos y los estilos de vida de las personas y las actitudes de adaptación nos sirven para enfrentar la vida de manera saludable; también son influencias claves en la salud, si se llevan a cabo de manera correcta (69).

La salud de las personas adultas mayores se asocia al estilo de vida que llevan. Un estilo de vida promotor de salud procura el bienestar del ser humano y los estilos de vida poco saludables se asocian a factores de riesgo que contribuyen a la presencia de las enfermedades en este grupo etéreo. Muchos de los estilos de vida incluyen fundamentalmente una alimentación adecuada, promoción de la actividad física, control del tabaquismo y de otras adicciones, ambientes saludables en viviendas y trabajos, conductas sexuales y salud mental (70).

La conducta personal en determinados aspectos influye enormemente en el binomio salud-enfermedad. Esta conducta se forma por decisiones personales y

por influencias de nuestro entorno y grupo social y puede modificarse con la adecuada educación (79).

El tabaquismo es actualmente un problema de salud pública que representa una epidemia mundial responsable de muchos daños en la salud de la población. El consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco causan enfermedades como el cáncer al pulmón, diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, entre otras, que no aparecen inmediatamente después de que se empieza a fumar o a estar expuesto al humo de tabaco sino después de un tiempo. (71)

La situación en el mundo nos indica que 1100 millones de personas fuman, 4 millones mueren por año y se estima que 10 millones morirán por año en el 2030; de ellos, 7 millones serán de países en desarrollo. La situación del tabaquismo en el Perú para el año 2000 describe que 61% de los varones y 46% de las mujeres han fumado alguna vez; que 40% de mujeres mayores de 18 años y 60% de hombres mayores de 18 años han fumado en el último año (72).

Otro problema de salud pública a tratar de gran importancia es el alcoholismo, un hábito común en todo el mundo y que cada vez empieza a ganar más adeptos desde muy temprana edad. El alcohol es un factor de riesgo para la salud, está relacionado con diversas formas de cáncer, enfermedad crónica hepática, enfermedad cardíaca, lesiones en los sistemas nerviosos central y periférico y dependencia del alcohol, asimismo es un factor causal en la hipertensión (73).

En 2012, unos 3,3 millones de defunciones, o sea el 5,9% del total mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol. El consumo nocivo de alcohol también puede perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Asimismo, el consumo nocivo de alcohol genera una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad. Se calcula que en el Perú aproximadamente un millón 400 mil personas sufren de alcoholismo, lo que representa un grave problema de salud pública (74).

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012, el 30,6% de la población adulta mayor consumió alguna bebida alcohólica de forma ocasional en el mes anterior a la entrevista. En el área urbana el consumo de bebidas alcohólicas fue mayor comprado con el área rural, además las bebidas de mayor consumo fueron la cerveza (61,8%) y el vino (21,7%) en el área urbana; y, en el área rural la cerveza (48,7%) y chicha de jora (18,6%) (75).

En el presente estudio observamos que el 60.34% de los encuestados no fuma actualmente ni ha fumado nunca de manera habitual y además el 39.79% refiere que no fuma actualmente, pero ha fumado antes, además el 100% de los encuestados consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, esto probablemente se debe a que traen estos hábitos de etapas anteriores, las costumbres en cada familia y las amistades de su entorno que en la mayoría de veces está influenciado por la globalización y cambios en nuestra sociedad que por lo consiguiente esto afecta a la salud y la vida de las personas.

Parece lógico pensar que la solución es fácil: abandonar el tabaco. Pero no es un proceso fácil, sobre todo entre los adultos mayores. Aquí influyen aspectos socioculturales adquiridos durante toda la vida y profundamente arraigados en la persona, que siguen perdurando muchas veces por el pensamiento erróneo de la sociedad e incluso del personal sanitario que dice "a esta edad, ¿de qué sirve quitárselo? Mejor dejarle tranquilo y que el tiempo que tenga que vivir lo haga feliz".

El sueño constituye un estado de importancia sublime para el ser humano, la calidad del sueño aunque se refiere al hecho de dormir bien por la noche, no debe obviarse que se relaciona estrechamente con la capacidad de funcionamiento diurna. Se podría definir el sueño como un estado funcional, reversible y cíclico. Durante el sueño se producen cambios en los distintos sistemas y aparatos del cuerpo humano. Ciertos estudios manifiestan que los sujetos con patrón de sueño intermedio, es decir con períodos de sueño de 7-8 horas, padecen menor riesgo de sufrir problemas de salud física, mental, y somnolencia que aquellos que se manejan en el patrón corto o largo (76).

Dentro de los cambios que ocurren en nuestro organismo con el envejecimiento se encuentra involucrado el ritmo sueño-vigilia o “reloj biológico”. Conforme envejecemos la estructura del sueño se modifica con una tendencia a tener un sueño más fragmentado, con múltiples despertares, y con un aumento del tiempo de sueño liviano, que resulta de alteraciones y/o modificaciones neurohormonales que a su vez ocasionan cambios en las distintas etapas del sueño. Es así como por lo general el adulto mayor suele demorar más tiempo en iniciar el sueño, siendo además la conciliación del sueño más temprana (es frecuente que se acuesten más temprano), y se despiertan más fácilmente (77).

Otra de las modificaciones que ocurren en la vejez es que el sueño profundo o reparador disminuye con un aumento del número de siestas diurnas compensatorias. Las siestas permiten tener un mejor rendimiento diario, pero también pueden generar más insomnio por la noche. Lo más recomendable es dormir una siesta de 20-30 minutos. Por ello, los adultos mayores “deben controlar cuánto tiempo duermen a lo largo del día” y aprender a regular su propio patrón de sueño, de tal forma que cada uno ponga conciencia y responsabilidad en su higiene del sueño (78).

En el presente estudio el 100% de los adultos mayores el Sector San Martín tienen una buena higiene del sueño ya que duermen de 6 a 8 horas días, las horas necesarias para recuperarse del estrés y el ritmo acelerado acumulados a lo largo del día. Esto se puede atribuir a que no tiene muchas preocupaciones que le generen estrés o factores externos que alteren su sueño (79).

La población adulta mayor tiene derecho a la atención preferente en los servicios de salud integral; es así que de acuerdo con los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012; el 66,7% se encontraba afiliado a algún seguro de salud, entre los que destacan EsSalud (31,5%) y el Seguro Integral de Salud -SIS- (30,4%); sin embargo, un tercio de este grupo poblacional aún se encuentra desprotegido. En el área urbana el 67,7% de la población adulta mayor está afiliada a algún seguro de salud y en el área rural el 64,9%(80).

El 100% de los encuestados en el presente estudio asisten a un establecimiento de salud para realizarse un examen médico periódico, ya que se encuentran asegurados al SIS- MINSA. De esta manera tiene la posibilidad de ser atendidos por un personal de salud y mejorar su calidad de vida, esto probablemente se debe a que el seguro integral de salud es accesible para la población en pobreza y extrema pobreza lo cual favorece en relación a consultas o emergencias (81).

Es importante mencionar que el 100% de los encuestados realizan caminatas como única actividad física y además fue la actividad que realizaron durante más de 20 minutos en las dos últimas semanas. Esto puede atribuirse a que no pueden realizar otros tipos de actividades que demande más esfuerzo debido a su edad y condición física.

Además la capacidad de desempeñarse normalmente en actividades diarias, el esfuerzo físico que les demanda alguna tarea, la práctica de algún ejercicio físico y el número de horas que pasa viendo televisión, se ve afectada por la edad; la cual puede, estar a su vez relacionada con la presencia de enfermedad, padecimientos crónicos o lesiones que afecten las habilidades físicas o mentales del adulto mayor.

Una buena dieta y un suministro adecuado de alimentos son indispensables para promover la salud y el bienestar. La escasez de alimentos y la falta de variedad son causa de malnutrición y enfermedades por deficiencias nutricionales. El problema importante de salud pública es la disponibilidad y el costo de alimentos sanos y nutritivos. El acceso a alimentos buenos y económicos influye más en lo que la gente come que la educación sanitaria. (82)

El informe de la OMS y la FAO “recomienda como objetivo poblacional la ingesta de un mínimo de 400 gramos diarios de frutas y verduras (excluidas las patatas y otros tubérculos feculentos) para prevenir enfermedades crónicas como las cardiopatías, el cáncer, la diabetes o la obesidad, así como para prevenir y mitigar varias carencias de micronutrientes”.

Las frutas y verduras son componentes esenciales de una dieta saludable, y su consumo diario contribuiría a la prevención de enfermedades cardiovasculares y algunos cánceres. (83)

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012, se observó que la población adulta mayor normalmente consume verduras y frutas. El 57,8% de la población adulta mayor acompaña con ensalada de verduras el consumo de menestras y el 33,9% consume diariamente fruta fresca. (84)

En los resultados del presente estudio se observa que el 100% consumen diariamente pan y cereales y más de la mitad consumen diariamente frutas (54.2%), fideos (74.7%), verduras y hortalizas (67.5%) y legumbres (96.4%). Menos de la mitad consume huevos 1 a 2 veces a la semana (37.3%), así como también un poco más de la mitad consume carne (54.2%) con la misma frecuencia. Además más de la mitad consume pescado 1 a 2 veces a la semana (78.3%) y menos de la mitad nunca o casi nunca consumen lácteos (42.2%). Esto puede atribuirse a que la manera de alimentarse de cada persona es un reflejo no sólo de los hábitos aprendidos, sino también de la propia forma de pensar. Las personas de 60 y más años de edad tienen bien establecidos sus hábitos de comida que se han consolidado con el paso de los años.

Por lo tanto la cultura es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en esta se incluye los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros. Una buena alimentación tiene que ver con la disposición de los alimentos propios de la región y las costumbres propias del adulto mayor.

EN LA TABLA N° 04: Con respecto a los determinantes de las redes sociales y comunitarias, todos reciben atención médica por el SIS (MINSA), refieren como regular el tiempo que esperan para ser atendidos y califican como mala la atención que recibe en el establecimiento de salud al que asiste. Además todos refieren que hay pandillaje y/o delincuencia cerca de su casa.

Los resultados encontrados se asemejan a los encontrados por Soria, C. (85), en su investigación titulada Determinantes de la salud en adolescentes embarazadas que acuden al puesto de salud Miraflores Alto. Chimbote 2012, donde encontró que la mayoría reporto presencia de delincuencia y pandillaje cerca de su casa, en los últimos 12 meses se atendieron en un puesto de salud y no recibe apoyo social natural ni organizado.

También son similares los resultados encontrados por Ávila, L. (86) en su investigación titulada “Determinantes de la salud en la persona adulta en el caserío San Juan de la Virgen- Ignacio Escudero -Sullana, 2013”; donde se destacó que el 72,7% está asegurado en el SIS-MINSA y el 47,6% espera regular tiempo para que lo atendieran en la institución de salud recibiendo una regular atención.

Además, son similares los resultados encontrados por Chinchay, M. (87) en su estudio titulada “Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Vista Alegre Sector “Q” - Huaraz, 2013” indica que el 78,1% cuentan con SIS-MINSA y el 50,5% refieren que el tiempo de espera es regular.

Por otro lado los resultados obtenidos se diferencian a los encontrados por García, A. (88), en su investigación titulada Determinantes de la salud en el preescolar con anemia. Institución Educativa N° 317, Urb. El Carmen. Chimbote – 2012, quien encontró que la mayoría considera que el establecimiento de salud donde se atienden está lejos, el SIS es el tipo de seguro que cuentan los preescolares, el tiempo de espera para ser atendidos es largo y manifestaron la presencia de grupos de pandillaje en su zona.

Además, difieren los resultados encontrados por Farro, M. (67) en su investigación titulada Determinantes de la salud en la persona adulta madura. Sector Pumacahua - El Porvenir, 2012; donde se observa que un 52.3% está afiliado al SIS, 34.6% a ESSALUD, 3,9 % a la sanidad y un 9.2% no cuenta con ningún tipo de seguro. Además un 38.5% manifestó que la calidad de atención en su establecimiento de salud es bueno, 51.5% refiere que es regular y un 10% refiere que es mala.

También difieren los resultados obtenidos por Chuqui J. (66), en su investigación titulada Determinantes de la salud en el adulto maduro. 1° de Agosto - Nuevo Chimbote. 2013; donde, un 58.8% está afiliada al SIS, 10% a ESSALUD y un 30.6% no cuenta con ningún tipo de seguro. Además un 60.6% refiere que el tiempo de espera para ser atendidos es largo, un 55% manifiesta que la calidad de atención es regular y un 43.1% refiere que es buena. Con respecto al pandillaje un 61.1% manifiesta que es un gran problema que acarrea a su comunidad.

Las redes de apoyo social son el apoyo de las familias, los amigos y las comunidades que se asocian con una mejor salud. Las respuestas efectivas al estrés y el apoyo de la familia y los amigos constituyen una relación favorable que parece actuar como un amortiguador en contra de los problemas de salud. El conjunto de valores y normas de una sociedad influyen de diferentes maneras, en la salud y en el bienestar de los individuos y las poblaciones.

Además la estabilidad social, el reconocimiento de la diversidad, la seguridad, las buenas relaciones de trabajo y las comunidades cohesivas proporcionan una sociedad de apoyo que reduce o evita muchos riesgos potenciales a la buena salud. Varios estudios han revelado que la disponibilidad de soporte emocional y la baja participación social tiene un impacto negativo sobre la salud y el bienestar (89).

La tenencia de seguro de salud ayuda a la gente a protegerse contra los elevados costos médicos. Es un contrato entre la persona y la compañía de seguros en donde la persona compra un plan y la compañía accede a cubrir parte de los gastos médicos, estas compañías pueden ser tanto particulares como públicas (90).

Es un derecho de los Adultos Mayores a tener acceso a los servicios básicos de salud, alimentación, vivienda y entornos seguros; la oportunidad de continuar trabajando, de generar ingresos o decidir cuándo dejar de hacerlo; tener acceso a programas educativos y de formación adecuados. En todos los casos, se debe partir de las preferencias y capacidades de los adultos mayores (91)

El tema de la inseguridad es uno de los problemas de mayor preocupación por la población en general. Es evidente en la percepción ciudadana ante los hechos delictivos ocurridos en el distrito indican que la seguridad ciudadana no se ha consolidado como una estrategia primordial y política distrital que de seguridad al vecino (92).

En el presente estudio el 100% de los adultos mayores del Sector San Martín están afiliados al SIS – MINSA, además el 100% manifestó que el tiempo de espera para ser atendidos fue regular y la calidad de atención mala. Esto probablemente se debe a que el seguro integral de salud es accesible para la población en pobreza y extrema pobreza lo cual favorece en relación a consultas o emergencias. Además se sabe que el estado no invierte lo necesario para mejorar e implementar los establecimientos de salud del Perú, lo que ocasiona serias deficiencias para brindar una buena atención al paciente.

Por último el 100% refirió que el pandillaje es un gran problema que acarrea a su comunidad, esto se puede atribuir a la desconfianza y falta de empoderamiento de la pobladores del Sector San Martín del distrito de La Esperanza ya que cada día la delincuencia es más alarmante, los asaltos a mano armada, los asesinatos y el cobro de cupos, ya no llaman a atención de los habitantes, estos eventos se han convertido en el pan de cada día, sin que la policía y demás autoridades puedan erradicarla.

Por lo tanto se insta a que los gobiernos faciliten las condiciones para que las Personas adultas mayores puedan disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de acuerdo con el contexto sociocultural; a tener acceso a los servicios para prevenir la enfermedad y para mantener o recuperar la salud física y mental; a tener asistencia social y jurídica que les aseguren mayores niveles de autonomía; a tener acceso a instituciones de cuidado, protección y rehabilitación en condiciones de respeto a su dignidad, creencias y necesidades, así como su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

Es necesario reducir la tendencia a cometer delitos, orientado a incidir en las causas de la delincuencia, a través de propuestas combinadas de prevención, corrección y sanción. Es necesario tener presente que ningún esfuerzo es en vano para combatir la delincuencia y la incidencia de hechos delictivos, es necesario exigir la aplicación de políticas complementarias nacionales, exigiendo la aplicación de mecanismos de justicia adecuados contra los agresores.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en el presente estudio, se obtienen lo siguiente:

Con respecto a los determinantes biosocioeconómicos, la mayoría son de sexo masculino, menos de la mitad tienen grado de instrucción inicial/Primaria, ingreso económico de 751 a 1000 nuevos soles y realizan una actividad de por lo menos una hora para obtener ingresos.

Con respecto a los determinantes de la vivienda, la mayoría cuenta con casa propia, paredes de material noble y piso a base de tierra. Además menos de la mitad tiene techo a base de esteras y adobe. Duermen de 2 a 3 personas por habitación todos cuentan con conexión domiciliaria de agua potable, baño propio, gas y/o electricidad para cocinar y tienen acceso a energía eléctrica permanente, el carro recolector de basura pasa diariamente.

Con respecto a los determinantes de estilo de vida, la mayoría no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, además todos refieren consumir bebidas alcohólicas ocasionalmente, dormir de 6 a 8 horas diarias y asistir a un establecimiento de salud para realizarse algún examen médico. Todos realizan caminatas como actividad física y las dos últimas semanas las realizaron durante más de 20 minutos. Todos consumen diariamente pan y cereales y más de la mitad frutas, fideos, verduras, hortalizas y legumbres. Menos de la mitad consume huevos 1 a 2 veces a la semana, así como también un poco más de la mitad consume carne con la misma frecuencia. Además más de la mitad consume pescado 1 a 2 veces a la semana y menos de la mitad nunca o casi nunca consumen lácteos.

Con respecto a los determinantes de las redes sociales y comunitarias, todos reciben atención médica por el SIS/MINSA, refieren como

regular el tiempo que esperan para ser atendidos y califican como mala la atención que recibe en el establecimiento de salud al que asiste. Además todos refieren que hay pandillaje y/o delincuencia cerca de su casa.

5.2. RECOMENDACIONES

- Diseñar programas educativos dirigidos al adulto mayor y a las personas con quienes convive para informar sobre la importancia de conocer los determinantes de salud con el objetivo de mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
- Dar a conocer la incomodidad del adulto mayor para con el establecimiento de salud al que acude y recomendar priorizar en mejorar la calidad de atención brindada por su personal.
- Pedir y/o exigir a las instituciones correspondientes poner más énfasis en la seguridad ciudadana en el sector San Martín - La Esperanza.
- Realizar estudios similares y comparativos en otros sectores, distritos o en toda la Región La Libertad, tomando como base los resultados obtenidos en este estudio con la finalidad de mejorar el bienestar del adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. [Serie Internet] [Citado el 2013 Abril 26]. Disponible desde el URL: http://www.who.int/social_determinants/es/.
2. Maya L. Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida. Colombia: 2006. [Serie Internet] [Citado el 2011 setiembre 18]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf
3. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev. Cubana. Salud Pública .2004; 30 (3): 13-16.
4. Pérez J , Merino M “la salud” México 2008 [serie internet] [actualizado 2012, Citado 2013] URL: <http://definicion.de/salud/>
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Lip 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.

9. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile; 1994; Pag. 22
10. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? .Rev Panam Salud Pública/Pan Am J. Public Health.2002. 11(5/6); p.302
11. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; November 1998.
12. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar, editorial; 2008.
13. Puesto de salud San Martín. ASÍS La Esperanza, 2013.
14. Gonçalves M, col. 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 C, García C. La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida. Lugar 2003. Nro. 027. 2004.
16. Rodríguez Q. Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011
17. Melgarejo E, col. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. 2008. Universidad Nacional del Santa. Chimbote, Artículo científico. En que revista se ha publicado el artículo.
18. Narro N. Determinantes de la salud en la persona adulta mayor. Sector Antenor Orrego – El porvenir, 2012. [Informe de Tesis]. Trujillo. Universidad Católica los ángeles de Chimbote. 2016
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. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling socio al 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. 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
22. 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.
23. Polit D, Hungler. Investigación Científica en Ciencias de la salud, 4ta ed. México: Ed. Interamericano - Mc. Grawn-Hill; 2000.
24. 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>.
25. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44pág]. Disponible en URL: <http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnalit.pdf>
26. Canales, F , Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
27. OPS, OMS Y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>
28. Eustat. Base de datos online. Nivel de instrucción. [Portal de internet]. 2004. [Citado 2010 Set. 5]. [alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: http://www.eustat.es/documentos/idioma_c/opt_0/tema_303/elem_2376/definicion.html.

29. Carrasco K. Definición De Ingresos. [Artículo en internet]. 2011 [Citado 2013 Jun. 19]. Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/economia/ingresos.php>
30. Pérez J, Gardey A. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008. [Citado 2014 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion>
31. Pérez P. “Actividad, Empleo, ocupación y desocupación en Argentina según la Encuesta de Empleo y Desempleo y la Encuesta Permanente de Hogares”. Ediciones actualizadas de agosto 1994
32. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf.
33. Luciano F, Reyes S. Estilos de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta en el AA.HH Tres Estrellas Chimbote – 2009. [Informe de Tesis.
34. Martínez R. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf
35. Carrión E. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
36. Hernández, 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. Emanuel, E. ¿Qué hace que la investigación sea ética? Siete requisitos éticos. OPS/OMS Serie Publicaciones 1999: Investigación en sujetos humanos: Experiencia Internacional. (pp. 33 - 46).
38. Alvarado Y. Determinantes de la Salud en los Adultos Mayores P.J. La Esperanza Baja - Chimbote, 2013. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
39. Soto A. Determinantes de la Salud de los Adultos Mayores en el Asentamiento Human Belén-Nuevo Chimbote, 2013. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
40. Salas M. Determinantes de la Salud de los Adultos Mayores en el A.H. Esperanza Baja, Chimbote, 2013. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
41. Mora I. Determinantes de la salud en los Adultos Maduros en el asentamiento Humano Nueva Caleta – Chimbote, 2013. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
42. Delgado M. Determinantes de la Salud en la Persona Adulta Mayor. Habilitación Urbana Progresista Luis Felipe de las Casas - Nuevo Chimbote, 2013. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
43. Colchado L. Determinantes de la Salud de los Adultos Maduros del Pueblo Joven La Unión-Chimbote, 2013. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
44. Vidal D. Chamblas I, Zavala M., Müller R., Rodríguez M. Y Chávez A. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en Población adulta de Concepción, Chile. Ciencia y enfermería XX (1): 61-74, 2014. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n1/art_06.pdf

45. Quintanar A. Análisis de la Calidad de vida en adultos mayores del Municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del Instrumento WHOQOL-BREF. . [Tesis para optar el Título de Licenciada en Psicología] Actopan, Hidalgo: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2010.
46. Maya S: Determinación de sexo para la biología. [Documento de Internet] Colombia. Centro de Documentación Virtual. [Citado el 2015 enero 22] [Alrededor de 2 pantallas]. Disponible desde el URL:
<http://www.unav.es/cdb/dbcapo23a.html>.
47. Zarazaga J. El concepto de educación y nivel de instrucción, en AA.VV., Teoría de la Educación, Murcia, Límites, 1983, págs. 11-25.
48. INEI: Tasa de analfabetismo. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares. Perú, 2012. [Internet] Disponible en:
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1150/cap06.pdf
49. Diccionario Eco Finanzas. “Ingreso económico”. [Serie Internet] [Citado el 2015 Enero 24] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL:
<http://www.expansion.com/diccionario-economico/ingreso.html>
50. PEA. Informe Económico y Social. Región La Libertad.2013. [Internet]. Disponible desde el URL: <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Proyeccion-Institucional/Encuentros-Regionales/2013/la-libertad/ies-la-libertad-2013.pdf>
51. Díaz A. Tendencia de Trabajo. [Monografía en internet]. [Citado el 2015 Febrero 8] [Alrededor de 01 planilla]. Disponible desde el URL:
<http://trabajo.excite.es/evolucion-de-las-tendencias-de-trabajo-N10585.html>.
52. Vásquez, Y. Determinantes de la salud en los Adultos Mayores Varones del Pueblo Joven la Unión -Chimbote, 2013. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.

53. Herrera, L. Determinantes de la salud de la mujer adulta madura. Pueblo. Joven. Villa María - Nuevo Chimbote, 2013. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013
54. Chávez, H. Determinantes de la salud en el adulto Maduro Centro Poblado ambio Puente Comité 8 – Chimbote, 2013. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
55. Risco, R. Determinantes de los usuarios del P.S. de Ana - Chimbote, [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
56. Cruz, L. Determinantes de la salud de la mujer adulta madura del Asentamiento Humano Miraflores Bajo, Chinbote, 2013, [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
57. Colchado, A. Determinantes de la salud adultos maduros con infección respiratoria aguda. Distrito Santa – 2012, [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
58. Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento: definición de vivienda. [Serie en internet]. [Citado el 2015 Febrero]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL:<http://www.vivienda.gob.pe>
59. OPS. Hacia una vivienda saludable. [Monografía de Internet]. Lima, Perú. 2012. Disponible en:
http://www2.paho.org/per/index.php?gid=68&option=com_docman&task=doe
60. OMS: el abastecimiento de agua. [Serie en internet]. [Citado el 2015 en Febrero]. [Alrededor de 60 planilla]. Disponible desde el URL:
http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/wsh0302/es/

61. Ministerio de Salud. Hacinamiento. [serie internet] [citado octubre 2013]
URL:http://www.indeci.gob.pe/planes_proy_prg/p_estregicos/nivel_nac/psec_p_a d/minsa.pdf.
62. INEI, Perú: Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital, 2007[Internet].
Disponible desde el
URLhttps://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0868/libro.pdf
63. IPE: Más viviendas, menos hacinamiento. Perú: Instituto peruano de economía [Internet]. [Consultado 26 de Junio 2015]. Disponible en:
<http://www.ipe.org.pe/content/mas-viviendas-menos-hacinamiento>
64. Abanto, A. Determinantes de la salud en adultos mayores con diabetes, hipertensión. A.H. Villa España – Chimbote. 2012 [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013
65. 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 Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013
66. Chuqui, J. Determinantes de la salud en el adulto maduro. 1° de Agosto - Nuevo Chimbote, 2013[Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013
67. López. M. Determinantes de salud que influyen en el estado integral de salud de los habitantes de la comunidad Antorchista, Colina 2005; [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013
68. Farro, M. Determinantes de la salud en la persona adulta madura. Sector Pumacahua – El Porvenir, 2012. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.

69. Duncan P, Maya S: Los Estilos de Vida Saludables. Componente de la Calidad de Vida [Documento de Internet] Colombia. Centro de Documentación Virtual en Recreación, Tiempo Libre y Ocio. 2001. [Citado el 2015 Febrero 12] [Alrededor de 2 pantallas]. Disponible desde el URL: <http://www.uniminuto.edu/web/uvd/-/estilos-de-vida-saludables>
70. Castellano, G. Estilos de vida y el entorno en los adultos maduros de Cantabria.
71. Pinillos A. et al. Tabaquismo: un problema de salud pública en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica 22(1), 2005. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v22n1/a10v22n1>
72. Ministerio de Salud. Consumo de tabaco. 2010. [Serie Internet] [Citado el 2015 Febrero 18] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cecaqueretaro.gob.mx%2Fnode%2F29&ei=mjcsVMqEENCpNsOvgYgM&usg=AFQjCNE0z81Byx56iFXQQ_31tHRmbgaudQ&bvm=bv.76477589,d.eXY.
73. OMS: Alcohol. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [Consultado 27 de Junio 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
74. MINSA: Plan nacional de lucha contra el consumo nocivo de alcohol. Oficina general de comunicaciones. Ministerio nacional de salud [Internet]. [Consultado 27 de Junio 2015]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2008/amorycontrol/archivos/Plan_de_Comunicaciones.pdf
75. Guardia J. Porque decimos que el alcoholismo es una enfermedad. [Diapositiva]. Barcelona. Unitat de Conductes Addictives Servei de Psiquiatria Hospital de la Santa Creu i Sant Pau Universitat Autònoma de Barcelona. Anonespana. 2000. 28 diapositivas.
76. EFE SALUD: Dormir de forma saludable en la vejez: Higiene del sueño [Internet]. [Consultado 28 de Junio 2015]. Disponible

en:<http://www.efesalud.com/noticias/dormir-de-forma-saludable-en-la-vejez-higiene-del-sueno/>

77. HIRSCH. El sueño en el adulto mayor. Centro de excelencia para adultos mayores y rehabilitación [Internet]. [Consultado 28 de Junio 2015]. Disponible en: <http://hirsch.org.ar/en/notas-medicas-asistenciales2/item/134-geriatricos-rehabilitacion-el-sue%C3%B1o-en-el-adulto-mayor.html>
78. MAIS. Atención Integral De Salud Para Las Personas Adultas Mayores, 2012 [Internet]. Disponible http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%202004-03_14.pdf
79. Vela A. Prevención de los trastornos del sueño. Higiene del sueño. En: Sueño y procesos cognitivos. Ramos Platón MJ (ed). 1996; Madrid.
80. Varela L. Principios de Geriatria y Gerontología. UPCH/IGERO(ed), Lima, 2003
81. Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio agosto del 2001 julio del 2006. Lima, 2001. • Ministerio de Salud. Lineamientos para
82. Hill D, Nishida C. Un enfoque Basado en el Ciclo Vital para la Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. [Portada en internet].2007. [Citado 27 de Junio del 2015]. Disponible en: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/nutriweb184.html>.
83. OMS. Informe de expertos independientes sobre dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor.2011. disponible. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/pr20/es/>.
84. Organización Mundial de la salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud 2004. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2011.

85. Soria, C. Determinantes de la salud en adolescentes embarazadas que acuden al puesto de salud Miraflores Alto. Chimbote 2012, [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.
86. Ávila, L. Determinantes de la salud en la persona adulta en el caserío San Juan de la Virgen – Ignacio Escudero – Sullana, 2013, [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
87. Chinchay, M. Determinantes de la salud de los adultos del caserío de vista Alegre Sector “Q”- Huaraz, 2013, [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013
88. García, A. Determinantes de la salud en el preescolar con anemia. Institución Educativa N° 317, Urb. El Carmen. Chimbote – 2012, [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermera]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.
89. Guzmán, M. Redes de apoyo social de personas mayores: Santiago de Chile, 14 al 18 de julio de 2003, Disponible en:
http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_jmgshnvmo.pdf.
90. Ministerio de Salud. “Definición de seguro de salud”. [Serie Internet] [Citado el 2015 Febrero 18] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde elURL:http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/web_di/normas/nt-0021-documento%20oficial%20categorizacion.pdf.
91. Organización Mundial de la Salud La calidad de atención en salud. [Serie en internet]. [Citado el 2015 en Febrero]. [Alrededor de 2 planilla]. Disponible desde el URL: [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs383/es/>].
92. Bazán, C. Seguridad ciudadana informe anual 2013, Disponible. http://www.seguridadidl.org.pe/sites/default/files/INFORME%20ANUAL%202015_%20IDL-SC.pdf

ANEXO N° 01



UNIVERSIDAD LOS ANGELES DE CHIMBOTE FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DETERMINACION DEL TAMAÑO DE MUESTRA

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

Donde:

n = Tamaño de muestra

N =Tamaño de la población= 4143 (Oficina estadística la municipalidad del distrito de la esperanza -2012)

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

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

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

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

Reemplazando:

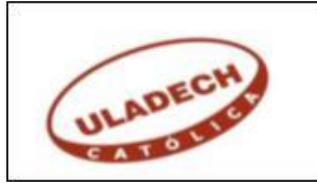
$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (920)}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (920-1)}$$

n = 276 adultos mayores

Ajuste

N= 83

ANEXO N° 02



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD
DE LA PERSONA ADULTA DEL PERÚ Elaborado por Vélchez Reyes
Adriana**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONÓMICOS

1. Sexo: Masculino () Femenino ()

2. Edad:

- Adulto Joven (20 a 40 años) ()
- Adulto Maduro (40 a 64 años) ()
- Adulto Mayor (65 en adelante) ()

3. Grado de instrucción:

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

- incompleta ()

4. Ingreso económico

- No tiene ingreso ()
- Hasta 550 soles ()
- De 551 a 999 ()
- De 1000 a 1499 ()
- De 1500 a más ()
- No especifica ()

5. Ocupación:

- Ama de casa ()
- Empleada ()
- Empleadora ()
- Independiente ()

II. DETERMINANTES DEL ENTORNO FÍSICO

1. Vivienda

1.1. Tipo:

- Residencia ()
- Alquiler ()
- Casa o departamento alquilado ()
- Casa de sus suegros ()
- Casa de sus padres ()
- Casa propia ()

2. Material del piso:

- Tierra ()
- Cemento ()

- Cerámica ()
- Madera ()
- Otros ()

3. Material del techo:

- Concreto armado ()
- Tejas ()
- Planchas de calamina, fibras de cemento o similares ()
- Caña o esteras con torta de barro ()
- Esteras ()
- Otro material ()

4. Material de las paredes:

- Ladrillo de barro ()
- Material noble, ladrillo y cemento ()
- Cuantas habitaciones se usan exclusivamente para dormir
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 N° de habitaciones

5. Abastecimiento de agua:

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

6. Desagüe:

- Red pública dentro de la vivienda ()
- Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación
- Pozo ciego o negro/letrina ()
- No tiene ()

7. Combustible para cocinar:

- Gas ()
- Electricidad ()
- Querosene ()
- Leña, carbón ()
- Estiércol animal ()

8. Tipo de alumbrado:

- Eléctrico ()
- Kerosene ()
- Vela ()
- Otro ()

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

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

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

- Contenedores de basura ()
- Punto limpio ()
- Servicios especial de recogida ()
- Carros recolectores ()
- Vertido por el fregadero o desagüe ()

III. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

- ¿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 ()

2. ¿Ha bebido en alguna ocasión alguna bebida alcohólica?

Si () No ()

Si la respuesta es positiva, indique ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

3. Habitualmente, ¿realiza en su tiempo libre alguna actividad física?

Si () No ()

4. ¿Durante las dos últimas semanas realizó actividad física durante más de 20 minutos?

Caminar () Gimnasio () Juegos con poco esfuerzo () Correr ()
) Deporte () Ninguna ()

5. DIETA:

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

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

IV. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

1. En los últimos 12 meses, diría usted que el apoyo social que ha recibido, en mejora de su estado de salud ha sido:

- Muy bueno ()
- Bueno ()
- Regular ()
- Malo ()

2. En los últimos 12 meses, usted ha utilizado un servicio de salud:

- Si () No ()
- Si la respuesta es positiva, indique en que institución de salud se atendió:
 - Hospital ()
 - Centro de salud ()
 - Otros ()

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

- Muy cerca de su casa ()
- Regular ()

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

4. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

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

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

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

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

**Muchas gracias, por su
colaboración**

ANEXO N° 03

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

Dónde:

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

: Es la calificación más baja posible.

: Es el rango de los valores posibles.

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

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

Se solicitó la participación de un grupo 9 jueces expertos del área de Salud.

Se alcanzó a cada una de la expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA EN LAS REGIONES DEL PERÚ”. (Ver anexo--).

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?

Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas (Ver anexo)

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)

Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 9 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla --)

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

Nº	V de Aiken	Nº	V de Aiken
1	1,000	14	1,000
2	1,000	15	1,000
3	1,000	16	1,000
4	1,000	17	1,000
5	0,944	18	1,000
6.1	1,000	19	1,000
6.2	1,000	20	1,000
6.3	1,000	21	1,000
6.4	1,000	22	1,000
6.5	1,000	23	1,000
6.6	1,000	24	1,000

7	1,000	25	1,000
8	1,000	26	1,000
9	1,000	27	1,000
10	1,000	28	1,000
11	1,000	29	1,000
12	1,000	30	1,000
13	1,000		
Coeficiente V de Aiken total		0,998	

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

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

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

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
Coeficiente de validez del instrumento														0,998

ANEXO N° 04



UNIVERSIDAD LOS ANGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA PERSONA ADULTA
MAYOR. SECTOR SAN MARTÍN - LA ESPERANZA, 2013

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente es un estudio que determinará los determinantes sociales en la persona adulta mayor del Sector San Martín – La Esperanza, por lo que se le solicita a Ud. Su participación en el presente proyecto de Investigación. La participación es voluntaria, antes de tomar una decisión de su participación lea con atención lo siguiente: Se realizará una encuesta anónima con sus datos generales, para lo cual se le pide veracidad y seriedad al momento de responder las preguntas de la encuesta.

Toda información obtenida en el presente estudio será confidencial y solo tendrá acceso a ella Ud. Y las investigadoras

En el caso de no estar dispuesta a participar en el estudio, Ud. Tendrá derecho a retirarse voluntariamente con todas las garantías del ejercicio pleno y libre de sus facultades civiles;

Yo-----, acepto participar en el presente estudio y me someto a todas las exigencias que este supone y de las cuales he tenido conocimiento mediante el presente documento.

Firma de participante

Firma del Investigador