



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO
MADURO. ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA
CALETA - CHIMBOTE, 2013”**

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

AUTORA:

IRIS VIOLETA MORA DE MORI

ASESORA:

Lic. Enf. ELENA ESTHER REYNA MÁRQUÉZ

CHIMBOTE – PERÚ

2014

JURADO EVALUADOR

Ms. Enf. JULIA CATALICIA AVELINO QUIROZ

PRESIDENTA

Ms. Enf. LEDA MARÍA GUILLEN SALAZAR

SECRETARIA.

Ms. SONIA AVELINA GIRÓN LUCIANO

MIEMBRO.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios quien nos dio la vida y la ha llenado de bendiciones en todo este tiempo, a él que con su infinito amor nos ha dado la sabiduría suficiente para culminar nuestra carrera universitaria.

Quiero agradecer a los pobladores del asentamiento humano La Caleta - Chimbote por su apoyo y participación sincero durante las encuestas.

Gracias a todas aquellas personas que de una u otra forma nos ayudaron a crecer como personas y como profesionales.

IRIS

DEDICATORIA

Esta tesis dedico principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme llegar hasta este momento de mi formación profesional. A mi esposo y mis hijos y a mi mejor amiga Gladis Martínez Pajuelo, por ser el pilar más importante, demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones.

A mis hermanos, a pesar de nuestra distancia física, siento que están conmigo siempre y que disfrutan conmigo este triunfo. A mi tía Nora, a quien quiero como a una madre, por compartir momentos significativos conmigo y por estar dispuesta a escucharme y ayudarme en cualquier momento. A Luz, porque te amo infinitamente hermanita.

A mis compañeras, Estefany, Delia y Gladis Martínez, porque sin el equipo que formamos, no habiéramos logrado esta meta.

IRIS

RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo identificar los determinantes de la salud en los adultos maduros del A.H. Nueva Caleta. Chimbote, fue de tipo cuantitativo, sustentado en las bases teóricas de Mack Lalonde y Dahlgren y Whitehead, con una muestra de 89 adultos maduros se aplica el cuestionario de determinantes de la salud, obteniendo las siguientes conclusiones. En los determinantes biosocioeconómicos: Más de la mitad son de sexo femenino, tiene un grado de instrucción de secundaria completa e incompleta tiene un ingreso económico de 551 a 1499 nuevos soles más de la mitad tiene trabajo independientes. En los determinantes de la vivienda cuentan con casa propia, todos cuentan con agua, desagüe, alumbrado eléctrico, el carro recolector pasa con frecuencia diariamente. En los determinantes de estilo de vida: la mayoría no fuma, consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, la mayoría duermen de 6 a 8 horas y se realizan algún examen médico periódico. , consumen frutas, carnes, fideos, verduras, legumbres diariamente; más de la mitad consumen pescado 3 o más veces a la semana. En los determinantes de redes sociales: La totalidad no recibe apoyo social natural, refieren que no hay pandillaje cerca de su casa; más de la mitad tiene SIS-MINSA la atención que recibieron fue buena

Palabras clave: Adultos maduros, determinantes de la salud.

ABSTRACT

This research study aimed to identify the determinants of health in mature adults AH New Caleta. Chimbote was quantitative, based on the theoretical basis of Mack Lalonde and Dahlgren and Whitehead, with a sample of 89 adult mature questionnaire determinants of health is applied, obtaining the following conclusions. In biosocioeconomic determinants: More than half are female, has a degree of instruction complete and incomplete secondary has an income of 551-1499 soles over half have independent work in the determinants of housing have house own, all have water, sewer, electric lighting, the collector car passes often daily. On the determinants of lifestyle: most do not smoke, drink alcohol occasionally sleeps most of 6-8 hours and a periodic medical examination is performed. Consume fruits, meats, noodles, vegetables, legumes daily; over half fish consume three or more times a week. On the determinants of social networking: The whole receives no natural social support, refer to no gang near his home; more than half have SIS-MINSA the care was good

Keywords: Mature, Adult determinants of health.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1. Antecedentes.....	19
2.2. Bases teóricas.....	22
III. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	28
3.2. Población y muestra.....	28
3.3. Definición y operacionalización de variables	29
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	40
3.5. Plan de análisis.....	43
3.6. Consideraciones éticas.....	44
IV. RESULTADOS	
4.1. Resultados.....	46
4.2. Análisis de resultados.....	59
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones.....	83
5.2. Recomendaciones.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
ANEXOS.....	95

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 01	46
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS ADULTOS MADUROS. A.H. NUEVA CALETA - CHIMBOTE, JUNIO _ 2013.	
Tabla N° 02	48
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS MADUROS. A.H. NUEVA CALETA - CHIMBOTE, JUNIO-2013.	
Tabla N° 03	52
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS MADUROS. A.H.NUEVA CALETA - CHIMBOTE, JUNIO _ 2013.	
Tabla N° 04	55
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS ADULTOS MADUROS. A.H. NUEVA CALETA - CHIMBOTE, JUNIO_2013.	
Tabla N° 05	57
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS ADULTOS MADUROS. A.H. NUEVA CALETA - CHIMBOTE, JUNIO_2013	
Tabla N°06	58
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS ADULTOS MADUROS. A.H. NUEVA CALETA - CHIMBOTE, JUNIO_2013	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 01	115
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS ADULTOS MADUROS. A.H. NUEVA CALEA - CHIMBOTE, JUNIO-2013.	
Gráfico N° 02	118
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS MADUROS. A.H. NUEVA CALETA - CHIMBOTE, JUNIO-2013.	
Gráfico N° 03	124
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS MADUROS.A.H. NUEVA CALETA – CHIMBOTE JUNIO-2013.	
Gráficos N° 04	128
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS ADULTOS MADUROS .A.H. NUEVA CALETA – CHIMBOTE JUNIO - 2013.	
Gráficos N° 05	131
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES SEGÚN APOYOSOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LOS ADULTOS MADUROS .A.H. NUEVA CALETA – CHIMBOTE JUNIO -2013.	
Gráficos N°6	132
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS ADULTOS MADUROS .A.H. NUEVA CALETA – CHIMBOTE JUNIO - 2013.	

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación se realizó con el propósito de identificar los Determinantes de la Salud en los adultos maduros en el Asentamiento Humano Nueva Caleta de Chimbote con el fin de hallar el estado de bienestar de este grupo etéreo.

Esta investigación se fundamenta en las bases conceptuales de los Determinantes de la Salud, del Organismo Mundial de la Salud (OMS), que considera a los Determinantes Sociales de la Salud 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).

Efectivamente los determinantes de la salud son los que influyen en la salud de la persona, abarcando el estilo de vida, los factores ambientales, la cultura, el grado de instrucción. En la actualidad las personas no cuentan con suficientes recursos para mejorar esta problemática, debido a que hoy en día se ven una serie de inequidad en nuestro país (2).

El estudio está estructurado en cinco capítulos: Capítulo 1, referido a la introducción; Capítulo 2, como se fundamenta a través de la revisión de la literatura; Capítulo 3, muestra la metodología usada en esta investigación; Capítulo 4, presenta los resultados y el Capítulo 5 revela las conclusiones y recomendaciones. Finalmente se citan las referencias bibliográficas y anexos.

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. Cómo tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud la población está determinada por las interacciones complejas entre las características

individuales y sociales que aborda una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente (2).

En 1976 en la conferencia de Alma Ata la OMS se dictó la salud como el perfecto estado físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona de estar de lucrarse y proyectar 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 distinguido como determinantes sociales de la salud (3).

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede abordar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: La salud es un ambiente de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (3).

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (4).

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud (5)

Los determinantes sociales de la salud. Es el resultado de una preocupación por parte, primero, de un grupo de estudiosos que han mostrado irrefutablemente, la influencia de éstos en la salud de las poblaciones y, segundo, de países pioneros en el campo de la salud pública que están empeñados en seguir mejorando la salud de sus poblaciones. Paradójicamente éstos son los países que tienen los mejores índices de salud en el mundo (6).

Desde Alma Ata, pasando por el famoso Informe La londe, otros informes y declaraciones internacionales como la Carta de Ottawa, ahora reforzada por la declaración de Bangkok, afirman explícitamente que la salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales que, connotados miembros de la Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, de reciente formación, las han denominado como «las causas de las causas» de la enfermedad (6).

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

Es de este modo que los determinantes sociales de la salud exponen al contexto social y al cómo este se convierte en una secuela para la salud; Algunos de los determinantes sociales son cuestiones de políticas públicas, ya que se muestran idóneos para ser reformulados a través de intervenciones prácticas (7).

Sistema de salud, de este modo, hace referencia a la estructura existente en un determinado territorio para brindar asistencia sanitaria a la población. Estos sistemas se encargan de prevenir enfermedades y de atender clínicamente a las personas. (11).

La equidad sanitaria es vital para un desarrollo sostenible, una mejor calidad de vida y el bienestar de todos, lo cual, a su vez, puede contribuir a la paz y a la seguridad. Este Programa de Extensión se fundamenta en considerar el problema de la justicia sanitaria y de la equidad en salud en función de las capacidades de los individuos, ligadas al derecho, al desarrollo social, económico y cultural. (9).

Se entiende por inequidades sanitarias las desigualdades *evitables* en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla (9).

En 1974, Marc Lalonde, Ministro canadiense de Salud, creó un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud, aún vigente, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente - incluyendo el social en un sentido más amplio - junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En 1991, Castellanos establece como se produce la interacción entre los determinantes de salud con la categoría condiciones de vida, que serían “los procesos generales de reproducción de la sociedad que actúan como mediadores para conformar el modo de vida de la sociedad como un todo y la situación de salud específica de un grupo poblacional dado (10).

Los determinantes de la salud están “unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud” (11).

El enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud propone reflexionar y contribuir a la identificación de las acciones que puedan llevar a la construcción de nuevos modelos de desarrollo humano y social sustentable. Estos últimos cuando están basados en relaciones armónicas donde las personas, las instituciones y los estados, mejoran y mantienen el más alto bienestar de sus condiciones biofísicas, mentales, sociales, espirituales y ambientales (12).

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).

Los determinantes de salud son propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud personal. Estos atributos incluyen, pero no se limitan a la enseñanza, el empleo el nivel de ingresos y la distribución, la vivienda, el desarrollo infantil, la seguridad alimentaria y la nutrición, la raza, el género y el estrés. Se ha demostrado que dichos factores tienen asociaciones marcadas con los riesgos para diferentes enfermedades, la esperanza de vida y la morbilidad de por vida. (12).

Según el instituto nacional de estadística e informática (INEI) (13), el Perú el 6.2% de las viviendas rurales son de ladrillo o bloque de cemento, el 11.9% de las viviendas rurales tienen red pública de desagüe dentro de la vivienda, solo

el 15.1% de las personas alcanzan un grado de instrucción superior no universitaria y el 14.9% alcanzan el grado de instrucción superior universitaria. . Por otro lado en Ancash el 33.9% de las viviendas utilizan gas para cocinar, el 93.4% dispone de alumbrado eléctrico por red pública, el 40.5% reporto padecer algún problema de salud crónico, el 62.7% de hombres son afiliados a algún seguro de salud.(12).

Los adultos maduros de A.H. Nueva Caleta se ven afectados por esta realidad este sector que se encuentra ubicado en Chimbote, cuyos límites son por el Norte con Normetal y Cerro de la Paz, por el Sur con el complejo Hidrandina, por el Oeste con el muelle Hildemestre y por el Este con el Boulevard, tiene aproximadamente una población de 835 habitantes y cuenta con una losa deportiva, un boulevard, con un hospital y con un muelle (13)

En el A.H. Nueva Caleta hay 140 adultos maduros y la gran mayoría tiene negocio propio en sus casas, trabajo independiente, obreros, empleados. Además de ser un A.H. Nueva Caleta con desarrollo goza de buenas infraestructuras dentro de sus hogares. Esta comunidad cuenta con servicios básicos luz eléctrica, agua potable y desagüe, viviendas construidas de material noble, el carro recolector de basura pasa todos los días. Cuenta con un bulevar dos instituciones educativas secundaria y primaria privadas y estatales, una iglesia católica y un muelle, hospital la caleta las principales actividades de esta comunidad es la pesca. (13)

El centro de salud Víctor Raúl les brinda atención de salud, a una parte de los adultos maduros se encuentra asegurada por el Seguro Integral (SIS), ya que es un seguro gratuito para todos, como también hay adultos que goza del seguro de ESSALUD por el empleo estable que mantienen. Las enfermedades más frecuentes por la que acuden los adultos maduros del sector son: Hipertensión, Diabetes (13).

No escapa esta problemática de salud en el país viéndole en tres grandes grupos, los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la

salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores (14).

Por lo tanto, el presente estudio se desarrolló para responder a la siguiente interrogante: **¿Cuáles son los determinantes de la salud en los adultos maduros en el A.H. Nueva Caleta --. Chimbote, 2013?**

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

Identificar los determinantes de la salud en los adultos maduros en el asentamiento humano Nueva Caleta-Chimbote.

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

Identificar los determinantes de la salud en el entorno socioeconómico de los adultos maduros (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).en los Adultos Maduros del asentamiento humano Nueva Caleta-Chimbote

Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo, actividad física).morbilidad, en los adultos maduros del asentamiento humano Nueva Caleta –Chimbote

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social. En los adultos maduros del asentamiento Nueva Caleta-Chimbote

Finalmente se justifica realizar la investigación debido a la contribución en el campo de la salud ya que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación que se

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

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

Esta investigación es necesaria para el personal de salud que elabora en el puesto de salud Víctor Raúl porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud del adulto y reconocer sus determinantes de la salud

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

II. REVISIÓN DE LITERATURA:

2.1. Antecedentes

A nivel internacional:

Cuevas, B (14), en su investigación “Proceso salud/enfermedad/atención, adultos mayores y pobreza. Un estudio cualitativo desde el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo México, 2014. Donde se concluyó que: las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativa son experimentadas con sentimientos de tristeza y ansiedad por las mujeres de la tercera edad; sin embargo estos sentimientos están influenciados por las carencias (económicas, materiales y de recursos). En este sentido la posición socio-económica, el nivel de educación, el estado civil y el lugar de nacimiento, son factores sociales importantes para la construcción del proceso salud/enfermedad/atención.

Vidal, D et al (15), Determinantes sociales en salud y estilos de vida en la población adulta de concepción, Chile, 2014. En donde se encontró asociación significativa entre estilo de vida promotor en salud y determinantes estructurales como: el lugar de residencia, edad, sexo, educación. Se encontraron asociaciones significativas en variables psicosociales como: percepción de problemas del entorno; satisfacción con aspectos de la vida; apoyo afectivo y de confianza. Conclusiones: Los resultados permiten reafirmar la relevancia de considerar, además de los factores estructurales, los factores psicosociales en la intervención en salud para potenciar estilos de vida promotores de salud. Los factores psicosociales se encuentran fuertemente asociados a estilos de vida promotores de salud.

A nivel Nacional:

Yenque, J (16), en su investigación titulada: Determinantes de la salud en los adultos maduros con obesidad y sobrepeso Asentamiento Humano Vate Manrique, Chulucanas - Piura. 2012. Concluye que la

mayoría de los adultos maduros con obesidad y sobrepeso son del sexo masculino, con secundaria incompleta/ completa, con un ingreso económico de 751 a 1000 soles; un poco más de la mitad de los adultos maduros duermen de 6 a 8 horas, menos de la mitad consume 3 o más veces a la semana frutas; huevos; verduras. Más de la mitad no recibe algún apoyo social natural, ni apoyo social organizado; más de la mitad acudió a otros centros de salud en la que se atendieron en los últimos 12 meses; más de la mitad cuenta con el SIS – MINSA; la atención fue regular y la calidad de atención fue buena.

A nivel local:

Medina Y (17), en su investigación titulada: Determinantes de la salud en los adultos mayores del Asentamiento Humano Primavera- Chimbote, 2013. Concluye que los determinantes de la salud biosocioeconómicos de los adultos mayores presentan: la totalidad tiene casa propia, cuentan con conexión domiciliaria de agua, utilizan gas para cocinar y energía eléctrica permanente. La mayoría tienen un ingreso mensual entre 751 a 1000 soles, de sexo femenino, tienen vivienda unifamiliar. Según el determinante de estilos de vida, la gran mayoría no fuma, consume carne a diario, pan y fideos. En el determinante de redes sociales y comunitarias, la totalidad manifiesta que si existe pandillaje cerca de sus casas, no hay apoyo social natural. La mayoría se atiende en un centro de salud, cuenta con SIS-Minsa.

Ávila J. (18). En su investigación titulada: Determinantes de la salud en los adultos del caserío los olivos del sector “0” Huaraz, 2013, estudio de tipo cualitativo de diseño descriptivo, con un cuestionario de determinantes de la salud aplicado a 185 adultos, se obtuvieron los siguientes resultados, el 37,75 de los adultos tienen grado de instrucción secundaria completa o incompleta, 64,3% tiene un ingreso menor de 750 soles mensual, el 53,7% no tiene ocupación, el 72 % tiene material de

techo de eternit, el 30% cocina en leña, el 99% entierran, quema, carro recolector su basura, el 33,5% consume pan y cereales diariamente, el 45,4% consume pescado de 1 a 2 veces por semana, el 95,1% consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, 28 % realiza actividad física en sus tiempos libres, el 76% no recibe apoyo social, 90% tiene seguro de SIS.

Carrillo G. (19), en su investigación titulada: Determinantes de la salud de los adultos en el sector “BB” piedras azules Huaraz- 2013 estudio de tipo cualitativo de diseño descriptivo, con un cuestionario de determinantes de la salud aplicado a 130 adultos jóvenes, se obtuvieron los siguientes resultados, el 52% son de sexo masculino, el 62% son adultos jóvenes, el 42% tienen grado de instrucción secundaria completa e incompleta, el 80% tienen un ingreso económico de 750 soles mensual, el 28% son sin ocupación, el 58% duermen de 2 a 3 miembros por cada dormitorio, el 45 % entierra, quema, carro recolector su basura, el 75% no fuma, el 60 % consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 52% realiza deporte, el 45% consume frutas de 3 a más veces por semana, el 64 % consume pescados de 1 a 2 veces por semana, el 88 % consume pan, cereales diariamente, 54% consume huevos de 1 a 2 veces por semana, el 38% no recibe apoyo de familiares, el 77% no recibe apoyo social, el 87 % está asegurado por el SIS o Minsa, el 43% manifiesta que la calidad de atención

2.2. Bases teóricas.

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

En 1974, Mac Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el

social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (22)



Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (23).

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se

encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales. Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida (23).

Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (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, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad (23).

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

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

b) Determinantes intermediarios: Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores

biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar.

c) Determinantes proximales: Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre 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.

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 (21).

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

Mi salud: Este ámbito se refiere al nivel individual y a los estilos de vida asociados a la salud de las personas, incluyendo el entorno social inmediato de socialización, así como aquellas condiciones que hace posible adoptar un compromiso activo y responsable con la propia salud(24).

Comunidad: Este ámbito se refiere a la comunidad como un factor y actor relevante en la construcción social de la salud, incluyendo la dinamización de las redes sociales, la participación activa y responsable en las políticas públicas, así como el fortalecimiento de sus capacidades y competencias para otorgarle mayor eficacia a dicha participación (24).

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 (24).

Educación: Este ámbito refleja la influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud (24).

Trabajo: Este ámbito expresa las condiciones laborales y las oportunidades de trabajo, incluyendo legislación laboral, ambientes laborales y seguridad social asociada y su impacto en la salud (24).

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

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo: cuantitativo de corte transversal (25, 26)

Diseño: Descriptivo de una casilla (27, 28)

3.2. Población y muestra

Población:

La población estuvo constituida por 140 adultos maduros que residen en el A.H. Nueva Caleta Chimbote.

Muestra

Se obtuvo una muestra de 89 adultos de ambos sexos del A.H. “Nueva Caleta” Chimbote (Ver anexo N°01)

Unidad de análisis

Cada adulto maduro que forma parte de la muestra y reúne los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Cada adulto maduro de A.H. Nueva Caleta Chimbote que vive más de 3 años en la zona.
- Adultos maduros sanos o enfermos.
- Adultos maduros de ambos sexos.
- Los adultos maduros del A.H. Nueva Caleta Chimbote que tienen la disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Los adultos del A.H. Nueva Caleta –Chimbote que tengan algún trastorno mental.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO SOCIOECONOMICO:

Son características biológicas, sociales, económicas y ambientales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud (6):

Sexo

Definición Conceptual.

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (31).

Definición Operacional

Se utilizó 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 (32).

Definición operacional

Se utilizó escala ordinal

- Sin nivel
- Inicial/Primaria
- Secundaria Incompleta /Secundaria completa

- Superior no universitario incompleto/Superior no universitario completa
- Superior universitaria incompleta /Superior universitario completo.

Ingreso económico

Definición conceptual

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

Definición operacional:

Se utilizó la Escala de razón

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

Ocupacional

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (34)

Definición operacional

Se utilizó Escala Nominal

- Trabajador independiente
- Empleado
- Obrero

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

Condición de empleo

Definición conceptual

Las condiciones de empleo se refieren a las circunstancias en las que el trabajo se realiza y se refieren para efecto de distinción analítica a la exposición a los riesgos físicos, químicos, mecánicos, biológicos y que son conocidos como factores relacionados con la organización del trabajo (35)

Definición operacional

Se utilizó Escala nominal

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

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 (31).

Definición operacional

Se utilizó Escala nominal

- Residencia
- Alquiler
- Casa o departamento alquilado
- Casa de familiares (tíos, abuelos, primos)

- Casa de sus suegros
- Casa de padres
- Casa propia

Material del piso:

- Tierra
- Cemento
- Cerámica
- Madera
- Otros

Material del techo:

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

Material de las paredes

- Cemento, Ladrillo, piedra o madera
- Ladrillo de barro
- Paja y similares
- Lámina de plástico
- Hoja de metal
- Otros

Numero de dormitorios

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

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

- Red pública dentro de la vivienda
- Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación
- Pozo ciego o negro/letrina
- Pozo séptico
- Rio, acequia o canal
- Otros

Combustible para cocinar

- Gas
- Electricidad
- Querosene
- Carbón
- Madera
- Estiércol animal
- Matojos o hierbas

- Otros

Tipo de alumbrado de la vivienda

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

Frecuencia de recojo de la basura

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

En su casa separan la basura

- Si
- No

Lugar de eliminación de basura

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

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo
Significativo de personas (36)

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

- Si
- No

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

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

Número de horas que duerme

- 06 a 08 horas

- 08 a 10 horas
- 10 a 12 horas

Frecuencia con que se bañan

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

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

- Si
- No

Actividad física en tiempo libre

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

- Caminar
- Deporte
- Gimnasia
- No realizo

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

Escala nominal

Tipo de actividad:

- 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 alimentación (38).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

III. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad (39).

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala ordinal

- Familia
- Amigos
- Vecinos
- Compañeros espirituales
- Compañeros de trabajo
- No recibe

Apoyo social organizado

Escala ordinal

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

Apoyo de organizaciones del estado

- Pensión 65
- Comedor popular
- Vaso de leche
- No recibió
- Otros

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Definición conceptual

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (40).

Definición operacional

Escala ordinal

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

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

Escala nominal

- Si
- No

Institución de salud atendida:

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

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS - MINSA
- SANIDAD
- Otros

- No tiene

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda:

- Si
- No

3.4 Técnicas e Instrumentos de la 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 los determinantes de la salud de la persona elaborado por Vílchez A. Y

consta de 2 partes: Datos de identificación y la segunda parte con datos de: determinantes biosocioeconómicos (grados de instrucción, ingreso económico, condición de actividad) y de vivienda (tipo de vivienda ,material de piso, material de techo, material de paredes, número de habitaciones, abastecimiento de agua ,combustible para cocinar, energía eléctrica, frecuencia con la que recogen la basura por su casa ,eliminación de basura) determinantes de estilos de vida(frecuencia de fumar, frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas ,actividad física que realiza, actividad física que realizan durante más de 20 minutos) y determinantes de redes sociales y comunitarias (institución en la que se atendió los 12 meses, tipo de seguro, calidad de atención que recibió) constituido por 30 ítems distribuidos en 3 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 socioeconómico (Edad, 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

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 adulto maduro en las Regiones del Perú desarrollada por 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 los adultos maduros.(Ver anexo N°3)

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 (40) (Ver anexoN°03)”

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad inter evaluador (40,41) (Ver anexo N°4).

3.5 Plan de análisis

Procedimientos de la recolección de datos:

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

- Se informó y pidió consentimiento de los adultos maduros de dicha comunidad, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con las personas adultas su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada participante.
- Se realizó la lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.

- El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas serán marcadas de manera personal y directa.

Análisis y procesamiento de los datos:

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

3.6. Consideraciones éticas

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (41).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos maduros del A.H. Nueva Caleta, la investigación fue de manera anónima y la información que obtuvo fue solo para fines de la investigación.

Privacidad

Toda la información que se logró obtener en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó que sea expuesto, logrando el respeto a la intimidad de los adultos maduros del A.H. Nueva Caleta, y fue útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó a los adultos maduros del A.H. Nueva Caleta, los fines de la investigación, cuyos resultados se encontraron plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con los adultos maduros del A.H. Nueva Caleta que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Ver anexo N°05)

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA N° 01

**“DETERMINANTES DE LA SALUD
BIOSOCIOECONOMICOS DEL ADULTO MADURO. A.
H. NUEVA CALETA- CHIMBOTE, 2013.**

Sexo	n	%
Masculino	41	47,07
Femenino	48	53,93
TOTAL	89	100
Grado de instrucción	n	%
Sin nivel de instrucción	0	0
Inicial/Primaria	9	10.11
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	66	74.15
Superior no universitaria completa/ Superior no universitaria incompleta	6	6,74
Superior universitaria completa / superior universitaria incompleta	8	9
TOTAL	89	100
Ingreso económico (Soles)	n	%
No tiene ingreso	0	0
De 1 a 550 soles	3	3,37
De 551 a 999	42	47,19
De 1000 a 1499	44	49,43
De 1500 a más	0	0
No especifica	0	0
TOTAL	89	100

Ocupación	n	%
Trabajador independiente	46	51,69
Empleado	11	12,35
Obrero	12	13,48
Trabajador familiar no remunerado	1	1,12
Trabajador del hogar	0	0
Trabajo estable	3	3,40
Vendedores de comercio y mercado	1	1,11
No trabaja	15	16,85
TOTAL		100.000%

Tenencia de trabajo	N	%
Tenencia de trabajo	3	3,37
Tenencia de algún empleo fijo o negocio propio	71	79,78
Actividad realizada de al menos una hora para generar ingreso	4	4,50
Otros (trabajador no remunerado)	11	12,35
Total	89	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona, elaborado por Vélchez A., Aplicado a los Adultos maduros del A.H. Nueva Caleta_ Chimbote, junio 2013”

4.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA N° 02

“DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DEL ADULTO MADURO. A. H. NUEVA CALETA-CHIMBOTE, 2013.

Tipo	N	%
Casa propia	46	51,70
Casa o departamento alquilado	0	0
Casa de familiares	1	1,12
Casa de sus suegros	9	10,11
Casa de sus padres	33	37,07
TOTAL	89	100

Material del piso	N	%
Tierra	0	0
Cemento	89	100
Cerámica	0	0
Madera	0	0
Otros	0	0
TOTAL	89	100

Material del techo	N	%
Concreto armado	89	100
Tejas	0	0
Planchas de calamina, fibras de cemento o similares	0	0
Caña o esteras con torta de barro	0	0
Esteras	0	0
Pajas, hojas de palmeras	0	0
Cartón, hule, tela, llantas	0	0
Lámina de cartón	0	0
Otro material	0	0
TOTAL	89	100

Material de las paredes	N	%
Cemento, ladrillo, piedra o madera	89	100
Ladrillo de barro	0	0
Paja y similares	0	0
Lámina de plástico	0	0
Hoja de metal	0	0

Otros(esteras)	0	0
TOTAL	89	100

**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA
VIVIENDA DEL ADULTO MADURO. A. H. NUEVA CALETA-
CHIMBOTE, 2013.”**

N° de dormitorios	N	%
1 dormitorio	0	0
2 dormitorios	4	4,50
3 dormitorios	12	13,50
4 a más dormitorios	73	82
TOTAL	89	100

Abastecimiento de agua	N	%
Red pública dentro de la vivienda	89	100
Río, acequia, manantial o similar	0	0
Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación	0	0
Pozo	0	0
Camión, cisterna u otro similar	0	0
Pilón de uso público	0	0
Otra fuente	0	0
TOTAL	89	100

Eliminación de excretas	N	%
Red pública dentro de la vivienda	89	100
Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación	0	0
Pozo ciego o negro/letrina	0	0
Pozo séptico	0	0
Río, acequia o canal	0	0
Otros	0	0
TOTAL	89	100

**“DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA
VIVIENDA DEL ADULTO MADURO. A. H. NUEVA CALETA-
CHIMBOTE, 2013.**

Combustible para cocinar	N	%
Gas	89	100
Electricidad	0	0
Querosene	0	0
Carbón	0	0
Madera	0	0
Matojos o hierbas	0	0
Estiércol animal	0	0
Otros	0	0
TOTAL	89	100

Tipo de alumbrado	N	%
Eléctrico	89	100
Kerosene	0	0
Vela	0	0
Otro	0	0
TOTAL	89	100

Frecuencia de recojo de basura	N	%
Diariamente, al menos 5 días por semana	89	100
Todas las semanas pero no diariamente	0	0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0
Con menos frecuencia	0	0
Total	89	100

**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA
VIVIENDA DEL ADULTO MADURO. A. H. NUEVA CALETA-
CHIMBOTE, 2013.**

Lugar de eliminación de basura	N	%
Carro recolector	89	100
Empresas o tiendas que los vende a talleres	0	0
Servicio especial de recogida	0	0
Contenedor específicos de recogida de basura	0	0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0
TOTAL	89	100

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	N	%
Carro recolector	89	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	89	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona, elaborado por Vélchez A., Aplicado a los Adultos maduros del A.H. Nueva Caleta_ Chimbote, Junio 2013”

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA N° 03

“DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL
ADULTO MADURO. A. H. NUEVA CALETA-
CHIMBOTE, 2013.”

Fuma actualmente:	N	%
Si fumo, diariamente	0	0
Si fumo, pero no diariamente	0	0
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	0	0
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	89	100
TOTAL	89	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	70	78,70
No consumo	19	21,30
TOTAL	89	100

N° de horas que duerme	N	%
(06 a 08)	89	100
(08 a 10)	0	0
(10 a 12)	0	0
TOTAL	89	100

Frecuencia con que se baña	N	%
Diariamente	68	76
4 veces a la semana	21	24
No se baña	0	0
TOTAL	89	100

**“DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL
ADULTO MADURO. A. H. NUEVA CALETA-
CHIMBOTE, 2013.**

Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	N	%
Si	89	100
No	0	0
TOTAL	89	100
Actividad física que realiza en su tiempo libre	N	%
Caminar	61	68,53
Deporte	8	8,90
Gimnasia	17	19,10
No realizo	3	3,37
TOTAL	89	100
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	N	%
Caminar	61	68,53
Gimnasia suave	17	19,10
Juegos con poco esfuerzo	0	0
Correr	0	0
Deporte	3	3,37
Ninguna	0	0
TOTAL	89	100

**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO
MADURO. A. H. NUEVA CALETA_ CHIMBOTE, 2013.**

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total	%
	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%		
Frutas	75	84,26	10	11,23	4	4,49	0	0	0	0	89	100
Carne	76	85,40	5	5,62	6	6,74	0	0	0	0	89	100
Huevos	18	20,22	24	25,96	41	46,06	5	5,61	0	0	89	100
Pescado	30	33,70	51	57,30	8	9	0	0	0	0	89	100
Fideos	85	95,50	3	3,37	1	1,12	0	0	0	0	89	100
Pan, cereales	86	96,62	1	1,12	2	2,24	0	0	0	0	89	100
Verduras, hortalizas	83	93,26	5	5,62	1	1,12	0	0	0	0	89	100
Legumbres	81	91,0	17	19,0	0	0	0	0	0	0	89	100
Embutidos	2	2,2	1	1,12	5	5,6	14	15,73	0	0	89	100
Lácteos	0	0	2	2,24	6	6,74	0	0	0	0	89	100
Dulces	15	16,85	0	0	0	0	0	0	0	0	89	100
Refrescos con azúcar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	89	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona, elaborado por Vilchez A., Aplicado a los Adultos maduros del A.H. Nueva Caleta_ Chimbote, Junio 2013”

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA N° 04

**“DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y
COMUNITARIAS DEL ADULTO MADURO. A. H.
NUEVA CALETA_ CHIMBOTE, 2013.**

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N	%
Hospital	30	33,7
Centro de salud	0	0
Puesto de salud	0	0
Clínicas particulares	6	6,7
Otros	0	0
No se atendieron	53	59,6
TOTAL	89	100
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	N	%
Muy cerca de su casa	20	22,5
Regular	20	22,5
Lejos	11	12,4
Muy lejos de la casa	18	20,2
No sabe	1	1,1
No se atendieron	19	21,3
TOTAL	89	100
Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	38	42,70
SIS – MINSA	49	55,05
SANIDAD	0	2,25
Otros	2	
No tiene	0	0
TOTAL	89	100
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	N	%
Muy largo	3	3,37
Largo	36	40,45
Regular	36	40,45
Corto	11	12,36
Muy corto	2	2,25
No sabe	1	1,12
TOTAL	89	100

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y
COMUNITARIAS DEL ADULTO MADURO. A. H.
NUEVA CALETA_ CHIMBOTE, 2013.**

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N	%
Muy buena	3	3,38
Buena	58	65,16
Regular	27	30,34
Mala	1	1,12
Muy mala	0	0
No sabe	0	0
TOTAL	89	100
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N	%
Si	0	0
No	89	100
TOTAL	89	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona, elaborado por Vélchez A.,
Aplicado a los Adultos maduros del A.H. Nueva Caleta_ Chimbote, Junio 2013”

TABLA N° 05

“DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO DEL ADULTO MADURO A.H. NUEVA CALETA_ CHIMBOTE, 2013.

Recibe algún apoyo social natural:	N	%
Familiares	0	0
Amigos	0	0
Vecinos	0	0
Compañeros espirituales	0	0
Compañeros de trabajo	0	0
No recibo		0
Total	89	100
Recibe algún apoyo social organizado:	N	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0
Seguridad social	0	0
Empresa para la que trabaja	0	0
Instituciones de acogida	0	0
Organizaciones de voluntariado	0	0
No recibo	89	100
Total	89	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona, elaborado por Vílchez A., Aplicado a los Adultos maduros del A.H. Nueva Caleta_ Chimbote Junio 2013”

TABLA N° 06

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO DEL ADULTO MADURO A. H. NUEVA CALETA – CHIMBOTE, 2013.

Recibe algún apoyo social organizado:	Si	No
	n	%
Pensión 65	0	89
Comedor popular	0	89
Vaso de leche	0	89
No recibió		100
TOTAL	89	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud de la persona, elaborado por Vílchez A., Aplicado a los Adultos maduros del A.H. Nueva Caleta_ Chimbote, Junio 2013

4.2. Análisis de resultados

En la tabla N°01: En relación a los determinantes de la salud biosocioeconómicos del adulto maduro del A.H. Nueva Caleta se observa 53.93%(48) de la población que participan en el estudio prevalece el sexo femenino, el 74.15% (66) de los adultos maduros tiene un grado de instrucción secundaria completa y secundaria incompleta, también encontramos que el 49.43% (44) tiene un ingreso económico de 1000 a 1499 soles mensual. En lo concerniente a ocupación el 51.69% (46) son trabajadores independientes, el 79.78% (71) tiene algún empleo fijo o negocio propio.

Estos resultados se relacionan a lo encontrado por Ávila, J. (18), en su investigación titulada “Determinantes de la salud en los adultos del caserío Los Olivos de sector “O” – Huaraz, 2013” de tipo cuantitativo, su muestra estuvo conformada por 185 personas adultos, se aplicó el cuestionario sobre determinantes de la salud, y cuyos resultados encontrados fueron: el 35.7%

tienen un grado de instrucción de secundaria completa e incompleta. Sin embargo difieren en el ingreso económico en donde el 64.3% tienen un ingreso menor de 750 soles.

También estos resultados se asemejan en algunos indicadores a los obtenidos del estudio de Mestanza, K.(42), en su investigación titulada estilos de vida y factores Biosocioculturales del adulto maduro, del A.H Bellavista - Nuevo Chimbote, donde se obtiene los siguientes resultados en cuanto al sexo se observa, el 55% son de sexo femenino, y el 45% son de sexo masculino, en relación a la ocupación los resultados coinciden, el 25.9% , tiene su ocupación de trabajador familiar no remunerado. Sin embargo difieren en el grado de instrucción con el 12.2% tiene grado de instrucción primaria.

A su vez se asemejan a lo encontrado por Aparicio, P. (42), quien estudio el “Estilo de Vida y Factores Biosocioculturales del Adulto Mayor, Urb. Casuarinas – Nuevo Chimbote, 2011”. Su muestra estuvo conformada por 130 adultos mayores, en sus conclusiones más importantes señala que el 51,5% son de sexo masculino, el 40,8% presenta grado de instrucción superior completa. En los factores sociales el 46,9% predomina la ocupación otros, y el 36,2% tienen un ingreso económico de 600 a 1000 nuevos soles.

Resultados algo similares se encontraron en el estudio realizado por Morales C. (43), sobre: Estilos de vida y comportamiento de un individuo en su vida cotidiana, donde concluye que predominó el sexo femenino con un 65%, el 42.1% eran amas de casa y el 59.3% tenían ingresos económicos de 100 a 599 soles mensuales.

De igual manera los resultados presentados difieren en algunos indicadores con los resultados obtenidos por Felipe, L. (44). Quien investigó los estilos de vida y factores Biosocioculturales del adulto mayor en el A.H Villa Magisterial I y II del Nuevo Chimbote, encontrando que el grado de instrucción que prevalece es superior completa con un 80%, y el mayor porcentaje de personas adultas mayores, en un 62% son del sexo masculino.

Por otro lado, difieren de los encontrados por Ramos. A, y colaboradores (46), quienes investigaron el Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta, del PS San Francisco, Huancayo, 2010. El 52.6% tienen un ingreso económico de 600 a 1000 nuevos soles mensual.

Se encontraron investigaciones similares tales como: Valera L (47). En su estudio titulado: Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional quien encontró que hay relación entre analfabetos y el deterioro cognitivo, sugiere así la población con bajo nivel de instrucción y pobre estimulación intelectual posee una reserva neurológica. Y los que han tenido mayor grado de instrucción tiene la oportunidad de desarrollar un sistema de protección.

A la vez el estudio de Natera, J. (48) nos dice que el nivel de instrucción de una sociedad resulta ser, en las actuales condiciones, un activo de gran importancia a la hora de encarar con ciertas garantías de éxito el futuro. Asimismo, según estudios de CEPAL, las personas en edad activa necesitaban al menos diez años de educación, preferiblemente habiendo terminado la educación secundaria, para lograr una probabilidad importante que exima a su hogar de la condición de pobre.

Así también, estos resultados difieren en algunos indicadores en el estudio realizado por Rosales, J. (49) en su investigación titulada “Determinantes en la salud en adultas jóvenes del P. J “La Victoria” – Chimbote, 2013”, cuyos resultados obtenidos fueron: El 65% no tienen ingreso económico alguno, el 45% son trabajadores del hogar y el 75% realizan alguna actividad de al menos 1 hora para generar un ingreso.

Asimismo estos resultados difieren en algunos indicadores en el estudio realizado por Nole, S. (50), en su investigación titulada: Estilos de vida y factores biosocioculturales de la mujer adulta madura. Conjunto Habitacional Micaela Bastidas ENACE IV Etapa _ Piura, 2011, cuyos resultados obtenidos

fueron: El 37.1% de las entrevistadas tienen un grado de instrucción de superior completa, el 40.5% son de ocupación empleadas y el 36.6 % tienen ingreso económico de 100 a 599 soles.

Al analizar la variable en el estudio se observa que predomina el sexo femenino; lo cual podemos verificar con los estudios analizados de diversas investigaciones que coinciden que la población más alta es del sexo femenino y esto se corrobora con la literatura puesto que viene de siglo atrás todo esto remite de sus antepasados. Así mismo se observó que la mayoría de las personas adultas estudiadas son de sexo femenino desempeñando un rol como eje familiar organizando y dirigiendo el hogar, además de realizar jornadas laborales para el bienestar y tranquilidad en el hogar.

Según el Instituto Nacional de estadística e informática (48), nos dice que las mujeres representan el 49,9% del conjunto de la población, aunque su peso relativo varía dependiendo del grupo de edad. Así, mientras que hasta los 44 años el porcentaje de mujeres es levemente inferior al de los varones en todas las edades, de los 45 años en adelante se invierte esta situación y a medida que avanza en la edad, se produce una tendencia creciente de población femenina. De esta forma, las mujeres representan el 50,2% a partir de los 45 años y más de edad, y el 58,4% a los 80 años y más de edad. Por otro lado reporta que de los 113.166 habitantes de Chimbote, 76.483 son mujeres y 44.683 son hombres.

En cuanto al sexo encontramos, que predomina el sexo femenino en esta población en estudio; es decir son más mujeres; la mujer desde el principio de la humanidad ha debido recorrer un camino lleno de obstáculos para lograr trascender su condición de madre y tener la posibilidad de participar en la sociedad. En esta época, la vida de la mujer se limitó durante mucho tiempo al cuidado de los hijos, las tareas domésticas y los trabajos manuales artesanales.

Actualmente, las mujeres tienen pleno protagonismo, invaden las universidades y compiten con los hombres en todas las áreas de la sociedad; tanto en los puestos de trabajo de jerarquía, como en las investigaciones científicas y la medicina; los puestos políticos de más alto nivel y en todos los campos de la cultura (49).

Cuando hablamos del sexo femenino, en contraste con el masculino, que es el varón. El término mujer se usa para indicar ya sea diferencias sexuales biológicas, distinciones de género en su papel atribuido culturalmente o ambas cosas (50).

En la presente investigación realizada a los adultos maduros presentan un grado de instrucción primaria/secundaria y en alguno de ellos grados superiores que no llegan a culminar porque a temprana edad forman familia y son llevados a trabajar con sus padres.

El nivel cultural representado por el grado de instrucción tiene gran influencia a la hora de determinar cuáles son las conductas adecuadas o no, un nivel cultural alto ayuda al individuo en detectar tempranamente los riesgos a su salud, sin embargo la persona con un grado de instrucción bajo tiene más dificultad para reconocer manifestaciones y para decidir en qué momento acudir por ayuda.

El grado de instrucción es entendido como la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos, es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional de cada país (51).

Así mismo el grado de instrucción influye mucho en su salud, ya que el nivel de instrucción que tienen, es posible que no llegue ninguna información

sobre la importancia de los hábitos saludables para su salud, la educación es un factor que garantiza la accesibilidad a diversos, proyectos de la vida.

Teóricamente se entiende por grado de instrucción a la capacidad que el individuo tiene en adquirir nuevas conductas a lo largo de su existencia y el nivel más alto alcanzado por la persona. Esto influirá de manera preponderante en la su estilo de vida, en su salud, en su ámbito familiar y económico (52)

Finamente, el factor económico, es la cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. La pobreza es la causa fundamental de la inseguridad alimentaria ya puede ser causa del desempleo o ingresos insuficientes que no permitan adquirir los alimentos necesarios para la alimentación, ya que esta va a existir donde quiera que haya personas extremadamente pobres o gravemente desfavorecidas; tanto en los países pobres como en los ricos

En este presente estudio de ingreso económico, observamos que la mayoría tienen un ingreso de 551 a 1499 nuevos soles mensual; lo cual cabe destacar que este ingreso que tiene cada familia de la población, cubre sus necesidades básicas como el pago de luz, agua, también cubrir otras necesidades importantes para la familia, como para su alimentación saludable, recreativas. Si bien se observa que el ingreso económico en algunos casos pasa el monto establecido como sueldo mínimo, esto debido probablemente a que muchos de los adultos maduros son apoyados por sus hijos con una mensualidad, otros reciben un sueldo de su jubilación y otros pues se ayudan con sus negocios propios.

El nivel socioeconómico se refiere a la disponibilidad de recursos económicos, servicios de atención médica, viviendas, saneamiento básico, etc.. Tener mejores ingresos económicos equivale a tener mejor alimentación, educación, vivienda, salud. Las limitaciones económicas son un factor determinante en el cuidado de la salud. Así mismo es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona

y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo. Al analizar el nivel socioeconómico de una familia se analizan, los ingresos del hogar, los niveles de educación, y ocupación, como también el ingreso combinado, comparado con el individual (53)

Al analizar la variable de ocupación, la mitad de la población son trabajadores independientes, y tienen una tenencia de algún empleo fijo o negocio propio. La ocupación es el soporte vital del hogar, para cubrir necesidades básicas, necesidades de salud, necesidades personales como el vestirse, alimentarse, en la investigación realizada podemos observar que la población ha generado su propio negocio utilizando diversas estrategias, dando a conocer sus habilidades, destrezas, así mismo cabe destacar que se enfrentan a situaciones de frustración, inequidad abuso de trabajo que no son capaces de valorar o reconocer la calidad de su trabajo e incentivar con nuestros méritos o triunfos. Por lo que se puede evidenciar que los adultos maduros buscan su propio negocio para traer el sustento económico, para cubrir sus necesidades básicas.

La ocupación como la acción y resultado de ocupar u ocuparse; como sinónimo de empleo, (trabajo asalariado al servicio de un empleador), vocación (deseo de desempeñar una profesión o actividad) y profesión (acción o función que se despliega en un ámbito, empresa, organización por la cual se recibe un sustento y que suele requerir de conocimientos adquiridos siempre a través de educación formal). También la ocupación se refiere a la clase de trabajo que efectúa una persona ocupada (o que desempeñaba antes si está cesante) durante el período de referencia adoptado, independientemente de la rama económica a la que pertenezca o la categoría de empleo que tenga (54).

El factor económico, es la cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. La pobreza es la causa fundamental de la inseguridad alimentaria ya puede ser causa del desempleo o ingresos insuficientes que no permitan adquirir los

alimentos necesarios para la alimentación, ya que esta va a existir donde quiera que haya personas extremadamente pobres o gravemente desfavorecidas; tanto en los países pobres como en los ricos. Al analizar el nivel socioeconómico de una familia se analizan, los ingresos del hogar, los niveles de educación, y ocupación, como también el ingreso combinado, comparado con el individual (55)

Finalmente al analizar la situación podemos decir que los determinantes Biosocioeconómicos de la salud tiene una gran influencia en la salud de las personas ,al no tener una economía satisfactoria no permite satisfacer sus necesidades básicas de las personas quedando expuestas a sufrir diversas enfermedades, lo más resaltante es la mala alimentación y desnutrición que perjudica a su salud ,el tener un grado de instrucción secundaria completa e incompleta eso no garantiza que las personas que tengan una adecuada salud, debido que no les faculta tener la capacidad de tomar decisiones y adoptar conductas que favorezcan en su salud .Además los adultos maduros del A.H. Nueva Caleta son personas con experiencias en poder asumir con responsabilidad sus actos y están preparados para priorizar la salud no solo de ellas mismos sino de sus hijos y nietos.

En la tabla N° 02: Respecto a los determinantes de la salud relacionado con la vivienda ,se observa que el 51.70% (89) de la población tiene casa propia, de la misma manera el 100%(89)el piso hecho de cemento, el material de techo es el 100 % (89) es de concreto armado, los resultados del material de las paredes el 100% (89) son de ladrillo, cemento de igual forma el 82% (73) tiene 4 dormitorios a mas , de igual manera el 100% (89) de las viviendas tienen agua desagüe dentro de las viviendas el 100% (89) el tipo de alumbrado es eléctrico, el 100% (89) usan gas para cocinar, además el 100(89) refiere que con frecuencia pasa el carro recolector de basura es diariamente, de igual manera el 100% (89) eliminan su basura en el carro recolector de basura.

Estudios similares a la investigación como el de Cepada L, Garza R, Vega D. (51) en su estudio titulado el fenómeno del envejecimiento de la población en el estado de Nuevo León. México. Encontraron que las viviendas de los adultos mayores son concretas, para las paredes son de material de ladrillo, piedra o cemento, así como también el material de los pisos que predominan los de cemento y tierra. Así mismo, cuentan con agua entubada dentro de la vivienda, tienen baño propio alumbrado con electricidad, cocinan a gas. Dentro de la investigación realizada estos resultados se asemejan pues las viviendas e los adultos mayores predominan de techos y paredes de material noble (concreto), y cuentan con los servicios básicos adecuados.

Estos resultados se aproximan en algunos indicadores, encontrados por Guerra, J. (52), en su Investigación titulada: Factores socioeconómicos, ambientales y familiares que influyen en el desarrollo psicosocial de los niños estudiantes de grado transición a quinto del colegio Alejandro Obregón en el periodo comprendido de Julio a Noviembre de 2010, cuyos resultados obtenidos fueron: El 74% tienen casa propia, el 87% de las viviendas tienen sus paredes echas de cemento y un 13% tienen sus paredes echas de otro material; el 63% tiene 3 dormitorios dentro de la vivienda, el 100% tienen todos los servicios básicos dentro de su vivienda como agua, desagüe y luz.

De igual modo podemos mencionar que los resultados obtenidos en esta investigación se relacionan en algunos indicadores a los obtenidos por Hadad, N. (53), en su investigación titulada: Determinantes sociales de la salud de la madre y la experiencia de caries dental en escolares de 12 años de edad del distrito de Canta – Lima, 2010; cuyos resultados obtenidos fueron: En relación al material del piso de las viviendas el 73.3% son de cemento, el 3.3% son de cerámica y el 20% son de tierra.

De igual manera se puede decir que estos resultados se relacionan en algunos indicadores a los obtenidos por Uchazara, M. (54), en su investigación titulada: Determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado menor los palos. Tacna, 2013, cuyos resultados obtenidos fueron: El 95%

tienen casa propia, el 71.8% tienen el material de techo de esteras y el 100% refieren que duermen de 2 a 3 personas en una habitación.

Las condiciones de la vivienda, se caracterizan por un conjunto de indicadores que influyen de alguna manera en la calidad de vida de los adultos maduros, que se ve reflejada a través de sus estados de salud física y emocional no saludables, en el estudio de Ágüelo (1992) considera que las condiciones de una vivienda saludable, se consideran como indicadores que reflejan las condiciones sociales y de salud del habitante y a la vez influyen de alguna manera están ligadas directamente a la calidad de vida y a la salud (57).

La vivienda propia es un local construido, transformado o dispuesto para fines de alojamiento de personas, ya sea temporal o permanente. También la vivienda propia es que ha sido adquirida por el jefe u otro miembro del hogar, la cual puede estar totalmente pagada o no en la fecha del Censo (58)

Al analizar la variable del material de la vivienda considerando. El piso, el material de techo, el material de las paredes, en relación al N° de dormitorios. Se puede evidenciar que con respecto a los resultados encontrados en la investigación los adultos maduros, tienen un ambiente adecuado para desarrollarse con normalidad en su vida cotidiana. Los adultos maduros habitan una vivienda saludable, los adultos tienen menos riesgo de contraer enfermedades, no y no se pueden enfermar de Presión Arterial, obesidad, diabetes,

El material que se emplea para la construcción es muy importante, la vivienda debe contar con estructuras firmes y seguras. Las paredes de las habitaciones deben ser lisas, sin grietas para evitar la proliferación de vectores como ratas, pulgas, garrapatas y otros que pueden transmitir enfermedades. Los pisos deben ser compactos, impermeables y de fácil limpieza. Un suelo húmedo o de tierra es el sitio ideal para que vivan muchos parásitos e insectos que pueden poner en peligro la salud. Los techos deben proporcionar protección y seguridad para evitar el ingreso del agua de lluvia y de animales tales como

ratas o murciélagos que generan enfermedades como la leptospirosis y la rabia. El diseño debe permitir el ingreso del sol, luz, iluminación y ventilación para evitar ambientes húmedos y poco ventilados. La humedad propicia enfermedades en pulmones y bronquios, resfríos y gripe. La distribución del espacio en la vivienda debe garantizar la intimidad, independencia y convivencia sana

Al analizar la variable de vivienda en los resultados encontrados en nuestro estudio, se presentó un alto porcentaje con respecto a la vivienda puesto que la gran mayoría tiene vivienda propia, lo cual tiene similitud a los estudios encontrados donde el adulto maduro está obteniendo sus vivienda propia, nos indica que la población adulta de este sector está teniendo una percepción de subsistencia de superación superior a los demás sectores.

Así mismo podemos mencionar que las viviendas de los adultos maduros son saludables ya que pueden desarrollarse adecuadamente debido a que este no les cause ningún daño a su salud por las condiciones como esta se encuentra estructurada, además permite al adulto maduro en llevar una vida placentera por no tener riesgo de enfermedades. Al analizar la variable sobre material de construcción de la vivienda podemos evidenciar que toda la población su material de vivienda es de concreto armado, por ello podemos decir que este grupo de personas tienen un ambiente adecuado para desarrollarse con normalidad en su vida cotidiana. Con respecto al número de dormitorios, según la encuesta encontramos que la mayoría de adultos maduros tienen más de cuatro dormitorios dentro de su vivienda, por ello podemos mencionar que el derecho a la privacidad e intimidad que cada persona requiere lo tienen es por ello que en esta variable no encontramos factores que puedan afectar la salud de la población (58)

La vivienda debe proteger al ser humano contra los riesgos del entorno físico y social para la salud. Resulta evidente que los factores de riesgo para la salud en las viviendas cubren una amplia gradación con incidencia contrastada Asimismo, diferentes factores de riesgo pueden estar presentes simultáneamente (59)

Al analizar los resultados de los servicios básicos dentro de su vivienda, como el agua, luz, y desagüe. Así mismo el combustible para cocinar, Con respecto a la eliminación de basura y frecuencia que pasa el recolector de basura obtuvimos resultados positivos lo cual podemos decir que los adultos maduros gozan de una vivienda saludable por lo que cuentan con los servicios básicos dentro de la vivienda y a larga no presentan enfermedades colectivas, (cólera, tifoideas, parasitarias, el dengue, etc.).

Una vivienda saludable, es una condición que influye de manera favorable a la salud física emocional del adulto maduro, que a su vez se cuenta con los servicios básicos funcionales (como luz, agua, drenaje, gas, transporte etc.) necesarios para la protección y poder generar un bienestar en la salud de los adultos maduros (60).

Concluyendo con la tabla se puede evidenciar que los adultos maduros del A.H. Nueva Caleta tiene una vida saludable y no va afectar su salud debido a que la vivienda está bien estructurada y les va permitir desarrollarse adecuadamente, cuenta con los servicios básicos lo cual esto va reducir el riesgo de adquirir dermatitis en la piel, asma, problemas respiratorias por ende no va causar ningún daño en su salud.

Los adultos maduros están protegidos ya que las viviendas son de material noble y también hay familias que viven con sus padres, tienen las comodidades, necesarias para tener determinantes de una vida saludable. La vivienda también sirve para brindar seguridad, ofrecer intimidad, descanso y bienestar, en función de las condiciones del medio ambiente y de la conducta que asumen sus ocupantes

En la tabla N° 03, con respecto a los determinantes de los estilos de vida podemos mencionar que el , 100% (89) adultos maduros , no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, el 78.70% refieren que beben ocasionalmente, el 100%(89) de los adultos maduros manifiestan que duermen de 6 a8 horas diarias el 76% se bañan diariamente ; el 100% se

realizan examen médico periódico en un establecimiento de salud y; 68.53% realiza caminatas durante más de 20 minutos en las dos últimas semanas; en relación a los alimentos se observa que el 84.26 % refirió consumir frutas diariamente, el 85.40 % refiere consumir carne, etc.) , el 46.06%, consume a diario el pescado, el 57.30 % consume fideos, arroz y papas diariamente; el 93.26 % consume pan, cereales diariamente; asimismo el 93% consumen verduras y hortalizas diariamente, igualmente el 75 % consume de 3 o más veces a la semana legumbres , el 19% menos de 1 vez por semana consume embutidos, el 15.73 % consume de 3 o más veces a la semana lácteos, el 6.74 % nunca o casi nunca dulces; y el 16.7 % no consume nunca o casi nunca refrescos con azúcar.

Asimismo estos resultados se aproximan en el indicador de consumo de tabaco y de bebida alcohólicas, en el estudio obtenido por Cordente, C. (60), en su investigación titulada Estudio epidemiológico del nivel de actividad física y de otros parámetros de interés relacionados con la salud biopsicosocial de los alumnos de E.S.O. del municipio de Madrid, cuyo resultado obtenido, es el 61.7% de la población no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual; el 40% de la población no consume bebidas alcohólicas

Por otro lado estos resultados son similares en algunos indicadores encontrados por Bersia, M. (56); en su investigación titulada: Hábitos alimenticios en mujeres Adultas mayores que realizan quagym en la ciudad de Rosario, cuyos resultados obtenidos fueron: el 98% de las entrevistadas no fuman, el 64% consumen lácteos todos los días, el 84% consumen huevos de 2 a 4 veces a la semana, el 76% consumen carne e 2 a 4 veces a la semana.

Asimismo se obtienen resultados que son similares con los resultados encontrados por Rojas, A. (57); en su investigación titulada: Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres Premenopáusicas del A.H. Cerro el Sauce Alto del distrito de San Juan de Lurigancho, cuyos resultados obtenidos fueron: El 86% no realiza ninguna actividad física y el 70% de las entrevistadas no se realizan ningún chequeo médico periódicamente.

Estos resultados se aproximan en el indicador de consumo de bebidas alcohólicas en el estudio obtenido por Montes, R. (58) en su investigación titulado Estudios diagnóstico para identificar las determinantes de salud que influyen en el estado integral de salud de los habitantes de la comunidad unidad Antorchista ubicada al nororiente del municipio de Colima, en relación al consumo de bebidas alcohólicas el 35.6% de la población consume ocasionalmente bebidas alcohólicas.

Estos resultados difieren en el indicador de consumo de tabaco en el estudio obtenido por Cordente, C. (59), en su investigación titulada Estudio epidemiológico del nivel de actividad física y de otros parámetros de interés relacionados con la salud bio-psico-social de los alumnos de E.S.O. del municipio de Madrid, cuyo resultado obtenido, es el 61.7% de la población no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, el 10% de la población no fuma, actualmente, pero ha fumado antes; en relación al consumo de bebidas alcohólicas el 40% de la población no consume bebidas alcohólicas.

Por otro lado estos resultados difieren en algunos indicadores en el estudio elaborado por Díaz, C. (66) en su investigación titulada Estilos de vida y satisfacción laboral, en relación al consumo de tabaco el 87.2% de la población no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual; en relación al consumo de bebidas alcohólicas, el 58.7% de la población no consume bebidas alcohólicas; en relación al número de horas que duermen, el 50% de la población duerme entre seis horas hasta ocho horas.

La OMS define el consumo nocivo de bebidas alcohólicas es un problema de alcance mundial que pone en peligro tanto el desarrollo individual como el social. Para empezar, causa 2,5 millones de muertes cada año y también causa daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor. Una persona en estado de embriaguez puede lastimar a otros o ponerlos en peligro de sufrir accidentes de tránsito o actos de violencia, y también puede perjudicar a sus compañeros de trabajo, familiares, amigos e incluso extraños. En otras palabras, el consumo nocivo de alcohol tiene un profundo efecto perjudicial en la sociedad (61)

Asimismo el consumo de algunas sustancias, algunas de ellas de adquisición legal en casi todos los países, tiene demostrado un efecto especialmente nocivo para la salud de las personas, dentro de las cuales pueden llevar a dependencias físicas y/o psicológicas, así como importantes patologías y pérdidas de salud (62).

Los determinantes de estilo de vida saludable está configurado fundamentalmente por el mantenimiento de una dieta alimenticia suficiente y equilibrada, la abstinencia de tabaco, el consumo muy moderado de alcohol, la observancia de un patrón de utilización supervisado y controlado de ciertas sustancias, y la práctica de una actividad física regular y de una conducta sexual segura.

Por ser una edad los adultos maduros sufre una involución de las funciones vitales del organismo, estas variantes promueven la participación del adulto mayor de modo dinámico en actividades de prevención de enfermedades relacionadas con la edad. Los determinantes de estilo de vida está asociado con la personalidad de cada persona, partiendo del bienestar familiar y su rol en el marco social, propiciando así poder establecer valoraciones acerca de las satisfacciones y posibilidades personales de sus experiencias individuales.

En dicha investigación tenemos como resultados que los adultos maduros consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente. El alcohol puede actuar de manera diferente en las personas mayores que en las personas más jóvenes. Algunas de las personas mayores pueden alcanzar un estado de euforia, sin aumentar la cantidad de alcohol que toman. Ese estado de euforia puede aumentar la probabilidad de que tengan accidentes, inclusive caídas y fracturas y accidentes de automóvil (63).

Siguiendo con los determinantes de estilos de vida de los adultos maduros, favorece y ayuda a conservar su salud, a la vez presentan una menor probabilidad de tener enfermedades a largo plazo y crónicas degenerativas como el cáncer, hipertensión, diabetes y problemas cardiacos. En relación a la alimentación podemos mencionar sobrepeso, dolor articular y muscular, que con el tiempo pueden perjudicar su salud tanto individual como colectiva.

En lo concierne con la tabla concluyo que en relación a hábitos alimenticios y conductas culturales, nos indican que estos adultos maduros tienen una alimentación variable, quizás esto se puede dar por que la mayoría de adultos maduros consumen sus alimentos en su hogar de la canasta familiar es por ello que tienen una alimentación saludable, también puede ser a las costumbres alimenticias que fueron inculcadas en sus hogares desde su infancia, y están influidos ahora en su alimentación, así mismo también se debe a los gustos y preferencias que tienen los adultos maduros, debido a que cada persona es distinta y posee sus propio gustos y preferencias.

Los hábitos alimenticios son hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación. Llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente, acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas (64).

El mayor porcentaje de adultos maduros que tienen estilo de vida saludable son aquellas que son conscientes sobre su salud y se preocupan por cambiar sus hábitos de vida. Tienen una adecuada alimentación pues consumen carnes, frutas, verduras y cereales; otros practican algún deporte como futbol, entre otros; los adultos realizan ejercicio como caminar.

El estilo de vida saludable, es la forma como cada uno decide vivir, son las cosas que decidimos hacer. Es la hora de levantarnos, la hora en que descansamos, el tipo de alimentos que consumimos, la clase de actividad física que practicamos, la forma de relacionarnos con los demás y la actitud que asumimos frente a ellos

De igual manera, en relación al número de horas de sueño de los adultos maduros entrevistados, podemos decir que estos resultados, quizás se deban a que la mayoría de entrevistados son de sexo femenino, y son trabajadores no remunerados, razón por la cual disponen de un mayor tiempo para poder descansar, y a la vez les facilita que por las noches ellas se acuestan más temprano durmiendo de 6 a 8 horas. (65)

Al dormir bien es tan esencial y positivo para el organismo como llevar una alimentación o practicar actividad física regularmente. El sueño y el descanso son esenciales para mantener la buena salud y el bienestar emocional, durante las horas de sueño nuestro cuerpo tiene la posibilidad de recobrar energía regenerar células y reparar tejidos .La falta de sueño puede causar disminución del rendimiento intelectual, problemas de memoria y alteraciones en el estado anímico como irritabilidad y depresión (66)

Cada persona tiene necesidades de sueño diferentes, los adultos sanos por lo general necesitan un promedio de 8 horas diarias de sueño, sin embargo algunas personas con 6 horas pueden funcionar bien y otras en cambio pueden necesitar un promedio de 10 horas. Suele pensarse que las personas mayores duermen menos, pero en realidad necesitan la misma cantidad de horas de sueño; lo que ocurre es que es más difícil mantener el sueño durante las 6 u 8 horas seguidas (67).

El baño diario es una parte fundamental del aseo personal de cualquier persona sin importar su edad; es por ello que tal práctica debe asegurarse como una rutina obligatoria. La piel y el cabello son barreras de protección contra el medio ambiente que absorben impurezas y gérmenes que pueden infectar el cuerpo a través de cualquier raspón o herida. El baño sirve para eliminar células muertas, así como secreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas. Es recomendable cambiarse la ropa después del baño, especialmente la ropa interior. Además de todas las ventajas de salud que reporta, el baño es una actividad relajante porque estimula la circulación sanguínea.

El baño provoca un sentido de bienestar en las personas. Es refrescante y relajante y ayuda frecuentemente a la moral, apariencia y auto respeto del individuo. El procedimiento del baño nos da la oportunidad de valorar al paciente, tanto desde el punto de vista físico, condiciones de la piel, erupciones, edema sacro, como desde el punto de vista mental y/o emocional (68).

Por otro lado, tenemos en relación a si se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud, tenemos que la mayoría de adultos maduros no se realiza ningún examen médico periódico, quizás esto se deba a que la mayoría de personas entrevistadas son de sexo femenino, y por ende ellas prefieren el cuidar la salud de sus hijos, y en caso de los hombres ellos mayormente parar trabajando todo el día y no tienen tiempo para realizarse algún examen médico periódico.

El chequeo médico es la prevención y la inversión en salud, se debe realizar diferentes exámenes para estar al tanto de tu salud y de esta manera poder prevenir o detectar a tiempo algunas enfermedades, ya que con ello aumentas tus posibilidades de llegar a la vejez con una mejor calidad de vida los adultos mayores debe ayudar a alcanzar y mantener un nivel óptimo de salud, identificar si estamos en mayor riesgo de discapacidad y/o vulnerabilidad (fragilidad); y detectar a tiempo riesgos, enfermedades crónicas y disfunciones (aún en etapas sin síntomas). Esto permite realizar intervenciones de salud para evitar la discapacidad, así como valorar la magnitud de la enfermedad y de su impacto en la familia.

Se trata de una evaluación de todo el cuerpo para el diagnóstico oportuno de las enfermedades, incluso aquellas que aún no han presentado síntomas, y ayuda a prevenir las enfermedades a las que cada persona puede ser propensa. La mayoría de las autoridades sanitarias recomiendan un Examen Médico Periódico a las Personas Mayores supuestamente sanas al menos una vez al año. Aunque la frecuencia de éste se reajustará según el grado de vulnerabilidad y salud del Adulto Mayor activo (69).

En el V Congreso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria se ha destacado la importancia de la realización de actividades deportivas para el desarrollo físico, psíquico y social. El deporte tiene una gran influencia en la prevención de muchas enfermedades como la obesidad, la hipertensión y la diabetes.

Se estima que entre un 9 y un 16 % de las muertes producidas en los países desarrollados, pueden ser atribuidas a un estilo de vida sedentario. En el estado de salud de una persona este es un factor fundamental que se combina con otros determinantes importantes como la dotación genética, la edad, la situación nutricional, la higiene, salubridad, estrés y tabaco.

El ejercicio físico practicado de forma regular y frecuente estimula el sistema inmunológico ayudando a prevenir las llamadas enfermedades de la civilización, como la enfermedad coronaria, cardiovascular, diabetes tipo 2 y obesidad, también mejora la salud mental, ayuda a prevenir estados depresivos.

La obesidad infantil es un problema de salud creciente, y el ejercicio físico es uno de los remedios de primera línea para tratar algunos de los efectos de la obesidad infantil y adulta. Los médicos se refieren a la actividad física como la droga milagro, en alusión a la gran variedad de beneficios probados que proporcionan (70)

En conclusión, con respecto a los determinantes de estilos de vida incluyen la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar y la salud, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones a llevar un estilo de vida inadecuado, ocasionándole ciertas enfermedades como obesidad, sobrepeso, entre otras enfermedades cardiovasculares incluyendo la depresión, también el bañarse solo 4 veces a la semana les hace propensas a sufrir de infecciones de la piel, emitir un olor desagradable, seborrea, piojos y a

no estar frescos ni relajados, y por último el no realizarse ningún examen médico periódicamente ocasiona a que no se detecten enfermedades en una etapa inicial, así como el de no recibir un tratamiento adecuado y oportuno, conlleva a optar por la automedicación poniendo en riesgo su salud y tener una baja e inadecuada calidad de vida.

En la tabla N°04, 05, 06. en relación a los determinantes de redes sociales y comunitarias ,podemos decir que el 1 49.43% se atendieron en hospital, el 71.91% manifestaron que está en regular distancia de su casa, así mismo el 55% cuentan con el SIS-MINSA, el 44% refiriere que el tiempo de espera fue regular, el 30.33% consideran que la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de la salud fue buena; el 100% (89)manifiestan que no hay pandillaje o delincuencia cerca de su casa, en relación a los determinantes de redes sociales ,según apoyo social natural de sus familias el 100% (89) de los adultos maduros no recibe ningún apoyo, el 100% (89)de los adultos maduros no recibe ningún apoyo social organizado por el gobierno.

Asimismo, estos resultados son parecidos en el indicador de la institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses en el estudio elaborado por Pacheco, P. (60), en su investigación titulada Los determinantes de la salud percibida en España, donde el 54.4% de la población de la población se atendió en estos últimos 12 meses en hospital.

Dados los resultados de la presente investigación se encontró estudios similares como Salinas A, Manrique B, Téllez M. (61), En su estudio titulado Redes de apoyo social a la vejez: adultos maduros es beneficiarios del componente para adultos maduros del programa oportunidades, encontraron que 4% de los hombres y el 3% de las mujeres no cuentan con red de apoyo y que, de éstos, un alto porcentaje (68 y 78.2, respectivamente) viven ya sea con su pareja o con otros

Además, este resultado se relaciona con el resultado obtenido por Balta, G. (62), en su investigación titulada: Determinantes de la salud en adolescentes embarazadas. Puesto de Salud “Nicolás garatea” – Nvo Chimbote, 2012, cuyo resultado obtenido fue que el 100% de las encuestadas no recibió ningún apoyo social de alguna organización.

Por otro lado estos resultados difieren en el indicador de institución de salud en el que se atendió estos últimos 12 meses, en el estudio realizado por Uchazara, M. (63), en su investigación titulada: Determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado menor los Palos. Tacna, 2013, cuyos resultados obtenidos fueron que el 67.7% se atendió en un Puesto de Salud, el 50.6% considera que el lugar donde lo atendieron está lejos de su casa.

Se encontró que en el presente estudio de Lorenzo Z.(64) Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en ancianos que sufren la conducta suicida. Menciona que el apoyo social tiene para la vejez beneficiosos efectos para la salud y su bienestar. Este no debe ser visto sólo como transacción de ayuda material, sino también como aceptación, afecto y afirmación. En el contexto social se tiende muchas veces a sobrevalorar la ayuda económica como apoyo real, y subvalorar.

Por otro lado estos resultados difieren en el indicador de institución de salud en el que se atendió estos últimos 12 meses, en el estudio realizado por Uchazara, M. (65), en su investigación titulada: Determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado menor los Palos. Tacna, 2013, cuyos resultados obtenidos fueron que el 67.7% se atendió en un Puesto de Salud, el 50.6% considera que el lugar donde lo atendieron está lejos de su casa,

Asimismo, estos resultados obtenidos se asemejan a los resultados obtenidos por Colchado, A. (66), en su investigación titulada: Determinantes de la salud adultos maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos. Distrito Danta - 2012”, cuyo resultados fueron que el 95% no recibió ningún apoyo social natural y el 100% no recibe ningún apoyo social organizado.

Asimismo, estos resultados difieren en los resultados obtenidos por Balta, G. (67), en su investigación titulada: Determinantes de la salud en adolescentes embarazadas. Puesto de Salud “Nicolás garatea” – Nvo Chimbote, 2012, cuyo resultado obtenido fue que el 82.9% de las encuestadas si recibió apoyo social natural de sus familiares.

Igualmente, estos resultados difieren en el indicador de institución de salud en el que se atendió estos últimos 12 meses, en el estudio realizado por Garay, N. (68), en su investigación titulada: Determinantes de la salud en la persona adulta de la asociación el Morro II. Tacna, 2013, cuyos resultados obtenidos fueron que el 48.7% se atendieron en un Puesto de Salud y el 52.5% considera que el lugar donde lo tendieron está en regular distancia de su casa

Analizando los determinantes de las redes sociales y comunitarias, con respecto al tipo de seguro que tienen las entrevistadas, las personas cuando tienen seguro es menos susceptible a sufrir de alguna enfermedad y tienen una mejor calidad de vida, ya que va a poder acudir a una consulta médica cuando se sienta mal si tiene SIS, y no es necesario tener en ese momento disponibilidad económica, debido a que este tipo de seguro es gratuito, y la persona no va a estar preocupada por los gastos económicos que demanda al recibir una atención médica.

En nuestro país, según el INEI (.77.), con respecto al lugar donde es llevada o acude en busca de ayuda la población de 60 y más años de edad que padeció algún problema de salud, el 30,6% concurre a establecimientos de salud del sector público, el 11,3% a servicios del sector privado y el 9,9% a Otro tipo de servicios (farmacia o botica, domicilio u otro lugar). Sin embargo, el 48,3% de este grupo poblacional no buscó atención. (78). El 69,5% de los adultos maduros están afiliados a algún sistema de seguro de salud y el 30,5% no están afiliados.

Según tipo de seguro de salud, se observa que la mayor proporción de la población de 60 y más años de edad están afiliados únicamente a Es Salud (33,4%), y al Seguro Integral de Salud (31,7%). (71).

Estos resultados son similares con los encontrados por Gustavo, A (69.). en su estudio Determinantes de la Salud en la Población Adulta de San José De Cúcuta 2007, donde su muestro estuvo conformada por 200 adultos mayores; se destacó que el 54 % Recibe Apoyo Social Natural por su familiares, 35.5 % recibe apoyo de la empresa que trabaja, Pensión (65) 35 % ,54% tiene el seguro ESSALUD, 58 %el tiempo que esperó para que lo atiendan le pareció muy largo. (72)

Según los resultados se observa que más de la mitad de los adultos maduros se atendieron en un puesto de salud y manifestaron que está muy cerca de su casa, así mismo manifiestan que la atención que recibieron fue regular es por ello que en esta variable este grupo de personas no presentan riesgos en su salud debido a que la mayoría de la población acude al puesto de salud y por ende va reducir el riesgo de complicaciones de las enfermedades.

Con respecto las variables de redes sociales y comunitarias en los adultos maduros observamos que este grupo de personas no reciben ningún apoyo social natural, ni organizado, ya que ellos tienen una economía favorable pero todo ser humano necesitamos ayuda de entidades para poder superarnos y cumplir con objetivos planteados, además podemos decir que el apoyo natural u organizado nos pude ayudar superar una determinada de cosas importantes etc.

La importancia del apoyo social radica y puede influir positivamente, y de forma directa, sobre la salud y el bienestar en la medida que contribuye a satisfacer necesidades humanas como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima y afecto. En este sentido, los efectos positivos de apoyo social sobre la salud pueden compensar los negativos del estrés y brindar mayor soporte. Por el contrario, la pérdida o ausencia de apoyo especialmente por parte de la familia, asociada a las diferentes fuentes de estrés que pueden presentarse en la vida de la persona como una enfermedad, minusvalía, pérdida de un ser querido, cambios de rol, etc., pueden interactuar, potenciándose y creando un alto nivel de vulnerabilidad individual. (73)

Las redes de apoyo social tiene un impacto significativo en la calidad de vida de la personas adultos maduros, existe evidencia de que las relaciones y las transferencias que se establecen en las redes cumplen un papel protector ante el derecho de la salud. También contribuyen a generar un sentimiento de satisfacción puesto que logren un mayor sentido de control y de competencia personal (73).

Se verificado que el apoyo social de organizaciones en la comunidad mejora la salud y que la confianza mutua y la cohesión de los miembros de un grupo contribuyen a reducir la mortalidad. Por el contrario, la falta de control, de autoestima y de apoyo social aumenta la morbilidad. Además, la evaluación de necesidades enfocada en la comunidad no solo da con los problemas, sino a veces con las soluciones (74).

Por otro lado se observa un alto porcentaje de los adultos maduros el tipo de seguro que tiene es el SIS MINSA, podemos evidenciar que al menos este grupo de personas se preocuparon por su salud ya que cuentan con un tipo de seguro que le puede cubrir parte de los gastos en caso de algún accidente o enfermedad que se presente en un futuro.

Como se puede evidenciar el seguro es un instrumento financiero que nos ayuda a reducir la incertidumbre económica sobre el futuro, para el cuidado de la salud; ayuda a la gente a protegerse contra los elevados costos médicos, debido a que accede a cubrir parte de los gastos médicos firmando un contrato (póliza) con una Compañía de Seguros (ya sea de Vida o Generales) en la cual la persona se compromete a pagar una determinada cantidad de dinero (prima) y garantizar cierto pago futuro en la eventualidad que ocurra alguna circunstancia por lo que la persona se asegura (75).

Así mismo podemos evidenciar que los adultos maduros manifestaron que no existe pandillaje ni delincuencia cerca de su casa. También no podemos dejar de mencionar que las pandillas es por la economía por la falta de trabajo o también por un salario mínimo que les alcanza para algunas de sus necesidades se puede decir que el pandillaje nacen en las personas que desde niño no tienen

o no sintieron afecto, amor cariño o protección de parte de sus padres o familia, también se da por el abundo de padres o maltratos de padres a temprana edad, es por ello que muchos jóvenes optan por el pandillaje, ya que lo ven como un medio para sobrevivir, de protección en la cual ellos pueden verse refugiados; esto causa problemas para la convivencia ya que las pandillas tienen sus propias leyes y su propio código moral distinto al del resto de la sociedad y que solo usan entre ellos. De manera que causan estragos a la sociedad como robos o violencia, lo que ocasiona que además de estar encerrados en su grupo, sean marginadas por el resto de la población sus inadecuadas actitudes. (76).

Concluyendo con la tabla vemos que la salud es lo más valioso que posee un ser humano, por ello, su cuidado y la prevención de cualquier enfermedad debe ser una prioridad, es por ello importante realizar un control y prevención de la salud, para llevar una vida más saludable. Los adultos maduros no cuentan con ningún apoyo social de las organizaciones. Los grupos de apoyo son sumamente importantes sobre todo en el adulto maduro que están diseñados en forma importante para satisfacer las demandas de los cuidadores, para ayudar a los pacientes y familiares a entender la enfermedad y aprender a convivir con ella, son responsables de lograr una atmósfera cálida y de apoyo en la cual cada uno de los integrantes se sienta importante. El papel de la familia en el cuidado diario, la planeación legal anticipada, estrategias de cuidado en el hogar, cambios conductuales que pueden presentar los pacientes ,permiten a sus miembros contar con un soporte emocional, una red social de apoyo, tener la posibilidad de compartir información y alcanzar metas como grupo.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

- En determinantes biosocioeconómicos; más de la mitad son de sexo femenino, en condición de trabajo son independientes y con casa propia; la mayoría tiene secundaria completa e incompleta, con empleo fijo o negocio propio y percibe ingresos de 551 a 1499 soles mensuales, La mayoría presenta 4 dormitorios en su vivienda; la totalidad con material del piso es de cemento, material del techo es de concreto, material de paredes de ladrillo, abastecimiento de agua mediante red pública, eliminación de excretas tiene red pública dentro de la vivienda, el combustible que usan para cocinar es gas, el tipo de alumbrado es eléctrico, la frecuencia de recojo de basura es diariamente y la eliminación es el carro recolector de basura.
- En estilos de vida; la totalidad no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, duermen de 6 a 8 horas y se realizan algún examen médico periódico. La mayoría consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, se bañan diariamente, refieren caminar como la actividad que realizan las dos últimas semanas, consumen frutas, carnes, fideos, verduras, legumbres diariamente; más de la mitad consumen pescado 3 o más veces a la semana.
- En los determinantes de redes sociales y comunitarias en los adultos maduros encontramos que la totalidad no recibe apoyo social ni social organizado, refieren que no hay pandillaje cerca de su casa; la mayoría refiere que la calidad de atención fue buena; más de la mitad no se atendió en los últimos 12 meses en un establecimiento de salud, considera que el lugar donde lo atendieron está muy cerca a su casa, tiene SIS; menos de la mitad dicen que el tiempo que espero para que lo atendieran le pareció muy largo.

5.2. Recomendaciones:

- Dar a conocer los resultados y recomendaciones de la presente investigación a adultos maduros de esta comunidad a las autoridades del establecimiento de salud Víctor Raúl y jurisdicción, sobre los determinantes identificados para que las autoridades elaboren o realicen estrategias y/o actividades para mejorar la calidad de vida de la población, además para su respectiva socialización, análisis crítico y sensibilización de la realidad investigada; Puesto que la salud del grupo de personas encuestadas están en riesgo a desencadenar un sin número de enfermedades en un futuro.
- Se recomienda al personal responsable del puesto de salud Víctor Raúl que debería priorizar e implementar programas de promoción de salud dentro de las estrategias sanitarias de salud en relación a los determinantes de la salud identificados, permitiendo de esta manera contar con su personal capacitado para ejecutar dicha intervención con el fin de realizar sesiones o programas educativos talleres en las familias ,para promover e incentivar que influyan drásticamente en los estilos de vida de modo que sean saludables y así mejorar la calidad de vida de los adultos maduros saludables.
- Se debe fomentar en los estudiantes a que realicen estudios sobre determinantes en la salud de las personas, tomando en cuenta los resultados obtenidos en esta investigación, con la finalidad de realizar un mejor trabajo de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev. Cubana. Salud Pública .2004; 30 (3): 13-16.
2. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. En Sociología- Disponible en:

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

11. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
12. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
13. Dirección de promoción de salud. Sistema de Vigilancia Comunal. Fichas Familiares del AA.HH Nueva Caleta – Centro de salud Víctor Raúl. Chimbote; 2013.
14. Cuevas, B. “Proceso salud/enfermedad/atención, adultos mayores y pobreza. Un estudio cualitativo desde el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud en el área metropolitana de monterrey, Nuevo México, 2014. Universidad Autónoma de Nuevo León.
15. Vidal, D et al. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en la población adulta de concepción, Chile, 2014. Ciencia y Enfermería vol 20 No 1 Concepción abr. 2014 versión online ISSN 0717- 9553.
16. Yenque, J. Determinantes de la Salud en adultos maduros con obesidad y sobrepeso. Uladech. Piura. 2012
17. Medina, Y. Determinantes de la salud en los adultos mayores del asentamiento humano primavera. Uladech. Chimbote. 2013
18. Ávila, J. Determinantes de la salud en los adultos del caserío Los Olivos de sector “O”-Huaraz, 2013; [Informe de tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2014.
19. Carrillo, G. Determinantes de la salud de los adultos en el sector “DD” Piedras azules. Huaraz, 2013; [Informe de tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2014.
18. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. 2008. Universidad Nacional del Santa. Chimbote, Artículo científico. En que revista se ha publicado el artículo.
19. 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.
20. 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.

- 21.** Dalhigren, G. Whitehead, M.. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006
- 22.** Rosales, J. Determinantes en la salud en adultas jóvenes del P. J “La Victoria” – Chimbote, 2013. [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013
- 23.** 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.
- 24.** Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed . Mexico: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
- 25.** 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>.
- 26.** Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:<http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>
- 27.** Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20a va . Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
- 28.** Autor Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
- 29.** OPS, OMS Y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: [http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad %20conceptos.htm](http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm)
- 30.** Licata M. La actividad física dentro del concepto salud. [Portada en internet]. 2007. [Citado 2010 Ago. 26]. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.zonadiet.com/deportes/actividad fisica-salud.htm>.

- 31.** Ballares M. Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).: Mexico; 2010. Disponible en http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/e_cogen42.pdf
- 32.** Lama A, En el marco del Fondo de Investigaciones del programa de Mejoramiento de Encuestas y de la Medición de las Condiciones de Vida de los Hogares en el Perú (Programa MECOVI - Perú), Lima, Julio del 2000. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/PRESENTA.htm>
- 33.** Serie Nescon de Informes Técnicos N° 2 - Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud/ Health and Work Conditions of Health Care Workers - Brasilia, OPAS, 38 p., 2008. Informe del Taller Ouro Preto, Brasil, Enero 2006. Disponible en: http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CST_Salud.pdf
- 34.** AA.VV. *Derecho Urbanístico de Castilla y León*, El Consultor de los Ayuntamientos y de los Juzgados, Madrid, 2.000. ISBN 84- 7052-249-9. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda#Bibliograf.C3.ADa>
- 35.** *Derecho Urbanístico de Castilla y León*, El Consultor de los Ayuntamientos y de los Juzgados, Madrid, 2.000. ISBN 84- 7052-249-9. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda#Bibliograf.C3.ADa>.
- 36.** Barlow M, Clarke T. *Blue Gold: The Fight to Stop the Corporate Theft of the World's Water*; 2003.
- 37.** Larousse Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Editorial, S.L. [http://es.thefreedictionary.com/desag %C3%BCe](http://es.thefreedictionary.com/desag%C3%BCe)
- 38.** Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2010. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. Mexico. 2011. Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf.
- 39.** Voltimum. Catálogo. 2013. Disponible en <http://www.voltimum.es/page.jsp?id=/content/landing/alumbradodomestico>

40. Dávila E. Master en salud pública: Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001. [Citado 2011 Set 09].
41. 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
42. Martos E. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
43. Sánchez L. “satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
44. Wales J. Discurso en Keynote, Wikimania, Agosto de 2006. Disponible en: URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Alimentaci%C3%B3n>
45. Percepción del estado de Salud: México 2002. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/condiciones.pdf>.
46. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas en las Américas. Disponible en URL: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
47. Organización Mundial de la Salud. [Página en internet] México: Cobertura sanitaria universal [actualizado 22 Oct 2012; citado 05 Nov 2014]. Disponible en:
http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/
47. Tovar L. La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003. Disponible en: <http://www.google.com.pe/search?q=autopercepcion%20del>

48. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL:<http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtm> l

49. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.

49. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla].Disponible en URL http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm

50. Casquero R. Estudio de diagnóstico de niñas, niños y adolescentes que trabajan frente al VIH-sida/its y servicios que se prestan a dicha población con pruebas y muestras., Lima, Abril. 2007

51. Luciano C. y Reyes S. “Estilos de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta A.A.H.H. tres estrellas” [trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Chimbote: universidad los ángeles de Chimbote.

52. Quispe Y. Determinantes de la salud en preescolares con caries dental. I. E N° 1540. A.H. San Juan. Chimbote – Perú, 2012. [Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote: 2014.

53. Cuellar M. Factores socio-culturales que influyen en el estilo de vida de los adultos. U.P.C.H. Perú. 1999.

54. Ramos A. Estrella E. Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta, del PS San Francisco, Huancay. [tesis para optar el título de enfermería]. Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2010.

55. Valera L. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional: Rev.Soe.Per.Med.Inter. Artículo de internet!2004!citado 25 de Oct.2013!;17(2)

56. Cardona D. calidad de vida del adulto mayor .Arch Med.Adu.2008; 4(2);8-

10

57. Natera J, Hernández C. [artículo en internet]. Tucumán: Nivel de instrucción formal de la población rural de la provincia de Tucumán; 2002 [citado 31 Jun 2013]. Disponible en: http://www.filo.unt.edu.ar/centinti/cehim/jornadas_antrop/nivel%20de%20instruccion%20formal%20de%20la%20poblacion%20rural%20de%20la%20provincia%20de%20tucuman.pdf

58. Rosales, J. Determinantes en la salud en adultas jóvenes del P. J “La Victoria” – Chimbote, 2013. [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013

59. Nole, S . estilos de vida y factores biosocioculturales de la mujer adulta. conjunto habitacional Micaela bastidas enace iv etapa - Piura, 2011[Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Piura: ULADECH _ Católica; 2011,

60. Manchay C. Nivel conocimiento en adultos jóvenes sobre la estimulación temprana en los niños menores de 1 año en el Centro de Salud Materno Infantil "Daniel Alcides Carrión" Lima, 2004, [Citado: 15 enero del 2010].

61...Hernández R. Metodología de la Investigación 3 ed. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana México 2003. Consulta 26 de noviembre del 2008.

Disponible en:<http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>

51.Psicopedagogia [Portada en internet]. 2010. [Citado 2011 enero 10].

[Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en [URL:http://www.psicopedagogia.com/definicion/educabilidad](http://www.psicopedagogia.com/definicion/educabilidad)

62.-Internacional del trabajo (OIT). Manual de la O.I.T sobre Conceptos y Métodos” de Ralf Hussmanns, Farhad Mehran y Vijay Verma. Editado por el Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo de España, Madrid 1993.

63. Escalona A. [Artículo en internet]. Teruel: Accesibilidad geográfica de la población rural a los servicios básicos de salud. 2002. [citado 25 Jun 2014]. Disponible en: http://www.ceddar.org/content/files/articulof_277_01_DT2004-3.pdf

63. Alexis P. Vásquez C. Universidad de los andes de Venezuela, Conceptos y definiciones de población y vivienda. Se encuentra en la pg.http://iies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos_definiciones_de_poblaci%C3%B3n_vivienda.html.

64. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas en las Américas. Disponible en URL: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
65. Percepción del estado de Salud: México 2002. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/condiciones.pdf>. 4. Mirian, B. Tesis Titulado Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta en el AA:HH 10 de septiembre
66. Maya L. “Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida”. Colombia: 2006. Disponible desde el URL: [mado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf](mailto:m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf)
67. Marlit, Q. “Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta de la asociación de vivienda Villa colonial de .Viñani, Tacna 2011.” [trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Chimbote: Universidad los Angeles de Chimbote.
68. Díaz, C. En su investigación titulada Estilos de vida y satisfacción laboral- 2005. [Documento en Internet] [Citado el 2013 Noviembre 25]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/fsl/ucm-t28680.pdf>
69. Vilma, P. Tesis: Factores biosocioeconómicos del adolescente pandillero en la urb. San José – Piura
70. Cantú V. Estilos de vida y factores biosocioculturales de las madres adultas con violencia familiar de la comunidad de Vicos – Marcará. [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
- 71**-El apoyo social, Temático IV Se encuentra pg <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-13.-el-apoyo-social-1/13.1.2-bfque-es-el-apoyo-social> <http://www.svs.cl/educa/602/w3-article-850.html>

72.-Gallardo, L. Apoyo social y etnicidad en personas mayores de la región de Arica y Parinacota-Chile: una propuesta para la intervención en trabajo social, Madrid, 2013. [Memoria para optar el grado de doctor]. Disponible desde el URL: <http://eprints.ucm.es/20100/1/T34359.pdf>

73.Nekane A. Higiene diaria. “Baño completo”. [Documento en Internet] [Citado el 2014 Julio 5]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://andarrat.free.fr/cap2.htm>

74-Pelcastre V, Treviño S, González V, Márquez S. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México: Cad. Saúde Pública. 2011; (27): 03 – 10. Lorenzo, Z. Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en ancianos que sufren la conducta suicida. Rev. Cubana Medicina Integral [serie en Internet]. 2004 [citado 2008]; 20: 5-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252004000500005&lng=es

75. Colchado, A. “Determinantes de la salud maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos. Distrito Santa – 2012”. [Informe de tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2014.

76. Alarcón A. [página en internet]. Perú: Importancia del chequeo médico preventivo. [citado 25 Jun 2014]. Disponible en: <http://todo-en-salud.com/2010/12/la-importancia-del-chequeo-medico-preventivo>

77.Rondón A. Calidad de atención del profesional de enfermería en el servicio de maternidad I del hospital Universitario Ruiz Páez ciudad Bolívar. [Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería]. Venezuela: Universidad de Oriente Núcleo Bolívar: 2010.

78. Alejo N. Pandillas. [artículo en internet]. México: 2008. [citado el 27 julio 2011]. [alrededor de 2 pantallas]. Disponible desde el URL: www.ligaslocales.com/.../las%20pandillas/

79. Balta G. Determinantes de la salud en adolescentes embarazadas. Puesto de Salud “Nicolás garatea” – Nvo Chimbote, 2012. [Tesis para optar por el título profesional de enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote: 2014.

80. Uchazara M. Determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado menor los palos. Tacna, 2013. [Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote: 2013.

81. Colchado A. Determinantes de la salud de los adultos maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos. Distrito Santa – 2012 [Tesis para optar por el título profesional de enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote: 2012

82. Alburg S. Vejez y calidad de vida. (2008) Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos87/alternativas-actividades-disminuir-consumo-bebidas/alternativas-actividades-disminuir-consumo-bebidas2.shtml#bibliograa>

ANEXO N° 01

CÁLCULO DE LA MUESTRA

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

$n =$	$z^2 p q N$
	$z^2 p q + e^2 (N-1)$

Dónde:

n = Tamaño de muestra

N = Tamaño de la población = 281

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:

$n =$	$(1.96)^2 (0.5) (0.5) (281)$
	$(1.96)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (281-1)$

$$n = 163$$

ANEXO N° 02



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIAD

DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO MADURO DEL
ASENTAMIENRO HUMANO NUEVA CALETA CHIMBOTE 2013

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

1. **Sexo:** Masculino () Femenino ()

2. Grado de instrucción:

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

4. Ingreso económico

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

5. Ocupación:

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

6. Condición de empleo de trabajo

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

7. Vivienda

7.1. Tipo:

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

7.2. Material del piso:

- Tierra ()
- Cemento ()
- Cerámica ()
- Madera ()
- Otros ()

7.3. Material del techo:

- Concreto armado ()
- Tejas ()
- Planchas de calamina, fibras de cemento o similares ()
- Caña o esteras con torta de barro ()
- Esteras ()
- Pajas, hojas de palmeras, etc. ()
- Cartón, hule, tela, llantas ()

- Lámina de cartón. ()
- Otro material ()

7.4. Material de las paredes:

- Cemento, Ladrillo, piedra o madera ()
- Ladrillo de barro ()
- Paja y similares ()
- Lámina de plástico ()
- Hoja de metal ()
- Otros ()

7.5. Cuantas habitaciones se usan exclusivamente para

Nº de habitaciones:

8. Abastecimiento de agua:

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

9. Desagüe:

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

10. Combustible para cocinar:

- Gas ()
- Electricidad ()
- Querosene ()
- Carbón ()
- Madera ()
- Matojos o Hierbas ()

- Estiércol animal ()

11. Tipo de alumbrado:

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

12. En su casa separan la basura:

Si () No ()

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

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

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

- Contenedores de basura ()
- Punto limpio ()
- Empresas o tiendas que los vende o talleres ()
- Servicios especial de recogida ()
- Contenedor específicos de recogida ()
- Vertido por el fregadero o desagüe ()

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

1. ¿Actualmente fuma?

- Si fumo, diariamente ()
- Si fumo, pero no 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 ()

Si la respuesta es positiva, indique la actividad que realiza:

Caminar () Deporte () Gimnasia ()

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

Si () No ()

Si la respuesta es positiva, indique la actividad que realizó:

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

Correr ()

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, enlatados					
• Lácteos					
• Dulces, gaseosas					
• Refrescos con azúcar					
• frituras					

6. ¿Alguna vez le ha dicho un médico/enfermera/nutricionista que tiene o tuvo obesidad?

Si () No ()

7. ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes o alta el azúcar en la sangre?

Si () No ()

8. ¿Actualmente toma alguna medicina para controlar la diabetes?

Si () No ()

9. ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta?

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

- Muy largo ()
- 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° 04

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

Dónde:

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

: Es la calificación más baja posible.

: Es el rango de los valores posibles.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 10 jueces expertos del área de Salud.

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

Tabla 1

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

N°	V de Aiken	N°	V de Aiken
1	1,000	18	1,000
2	1,000	19	1,000
3	1,000	20	0,950
4	1,000	21	0,950
5	1,000	22	1,000
6.1	1,000	23	1,000
6.2	1,000	24	1,000
6.3	1,000	25	1,000
6.4	1,000	26	1,000
6.5	1,000	27	1,000
6.6	1,000	28	1,000
7	1,000	29	1,000
8	1,000	30	1,000
9	1,000	31	1,000
10	1,000	32	1,000
11	1,000	33	1,000
12	1,000	34	1,000
13	1,000	35	1,000
14	1,000	36	1,000
15	1,000	37	1,000
16	1,000	38	1,000
17	1,000		
Coefficiente V de Aiken total			0,998

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

TABLA 2

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

Nº	Expertos consultados										Sumatoria	Promedio	n (nº de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9	Experto 10					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	29	2,9	10	3	0,950
21	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	29	2,9	10	3	0,950
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
35	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
38	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
Coeficiente de validez del instrumento															0,940

ANEXO N° 04

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

P3									
Comentario:									
P3.1									
Comentario:									
P3.2									
Comentario:									
P4									
Comentario:									
P5									
Comentario									
P6									
P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									

P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									

5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA

P14									
Comentario:									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentario:									
P18									
Comentario:									
P19									
Comentario:									

P20									
Comentario:									
P21									
Comentario:									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario									
P25									
Comentario									
P26									
Comentario									
P27									
Comentario									
P28									
Comentario									

6 DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIA

P29									
Comentario									
P30									
Comentario									
P31									
Comentario									

P32								
Comentario								
P33								
Comentario								
P34								
Comentario								
P35								
Comentario								
P36								
Comentario								
P37								
Comentario								
P38								
Comentario								

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

Gracias por su colaboración

ANEXO N° 05



UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO MADURO DEL
ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA - CHIMBOTE, 2013.**

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

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

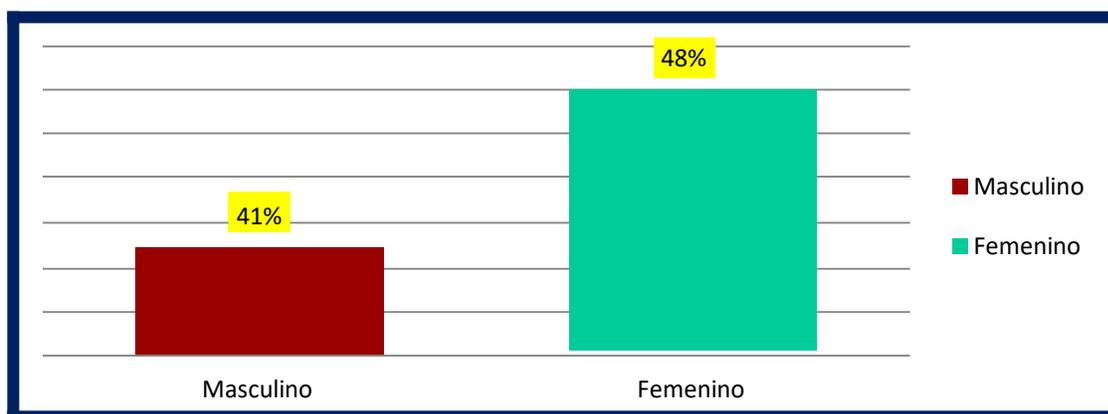
FIRMA

.....

ANEXO N° 06

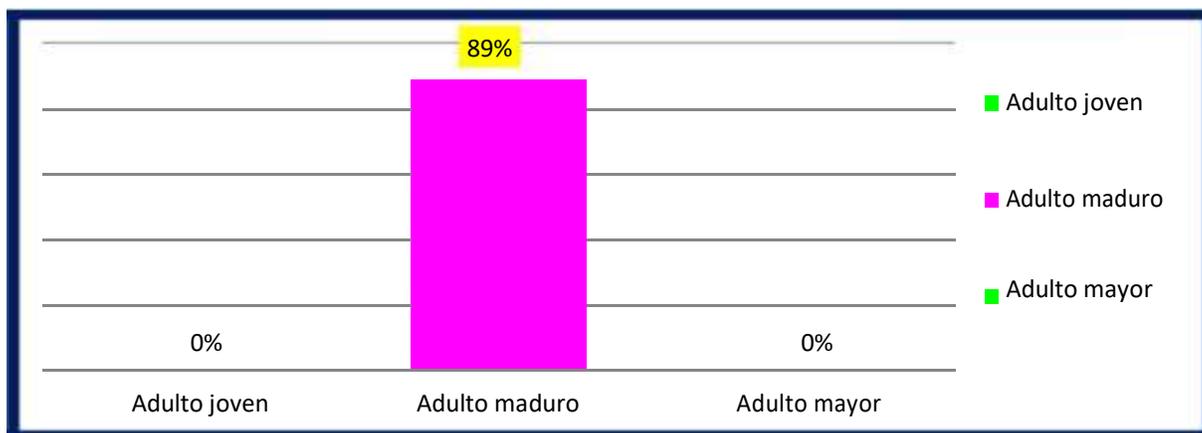
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

**GRAFICO N° 01 SEGÚN SEXO DE LOS ADULTOS MADUROS DEL
ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA- CHIMBOTE, 2013**



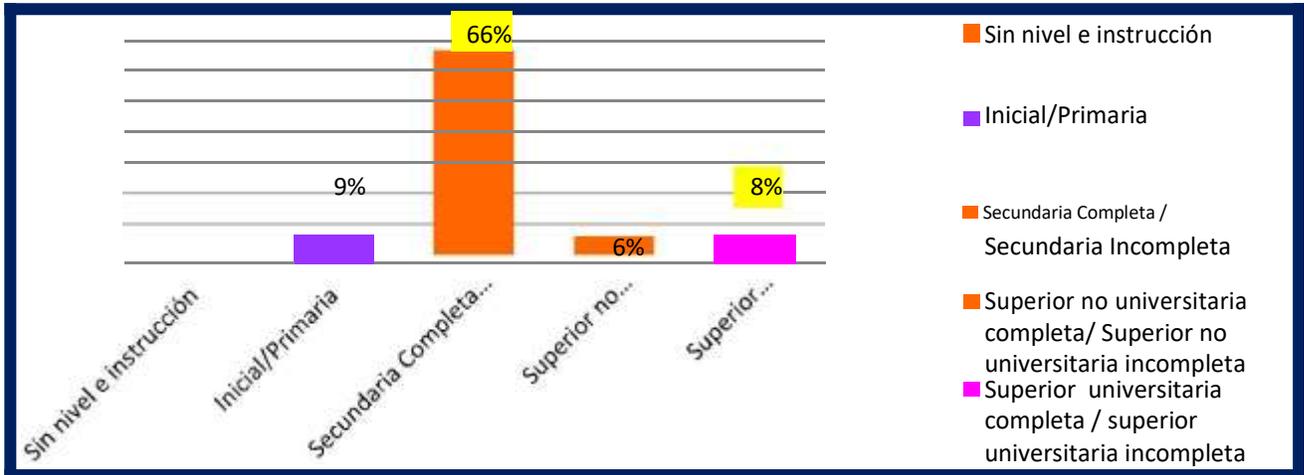
Fuente: Tabla N°01

**GRAFICO N° 02: SEGÚN EDAD DE LOS ADULTOS MADUROS DEL
ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA- CHIMBOTE, 2013.**



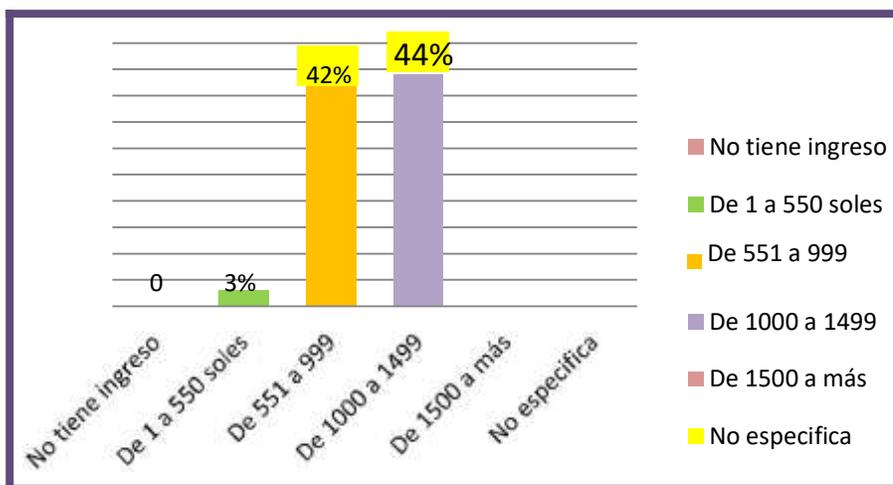
Fuente: Tabla N°1

GRAFICO N° 03: SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA_ CHIMBOTE, 2013.



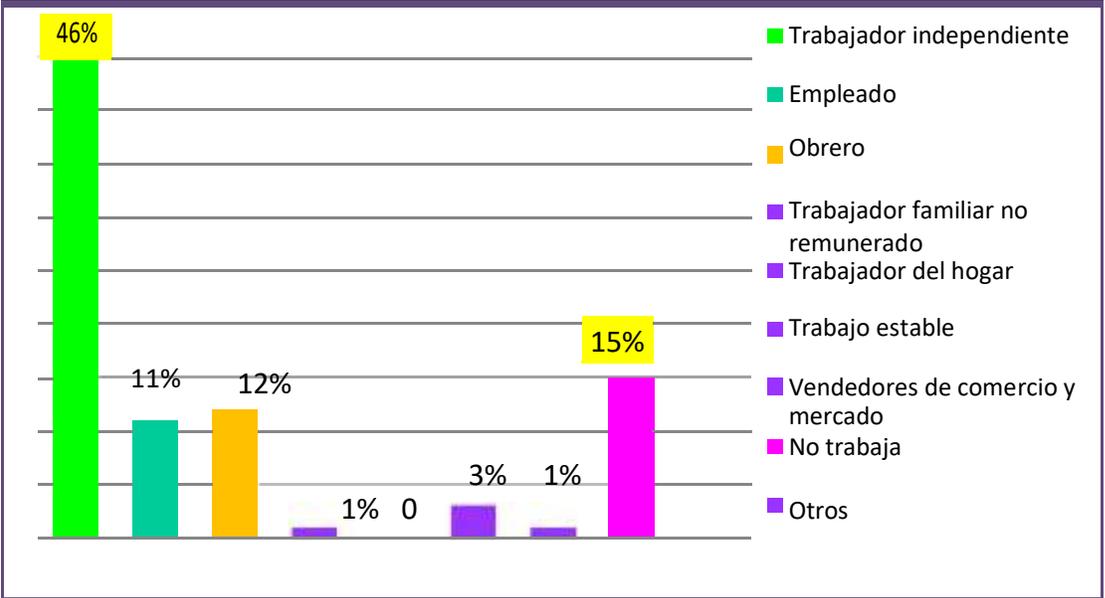
Fuente: Tabla N°1

GRAFICO N° 04: SEGÚN INGRESO ECONOMICO DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO UEVA CALETA_ CHIMBOTE 2013.



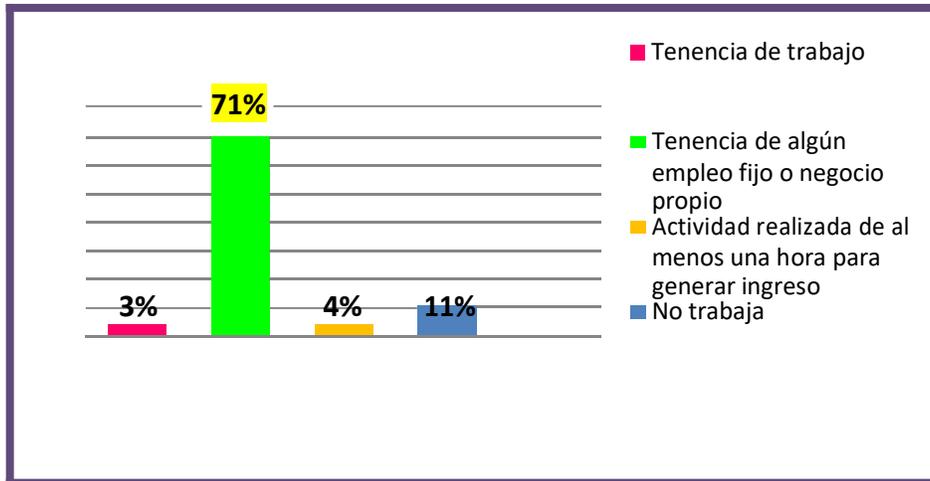
Fuente: Tabla N°01

GRAFICO N° 05: SEGÚN OCUPACION DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA_ CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla N°01

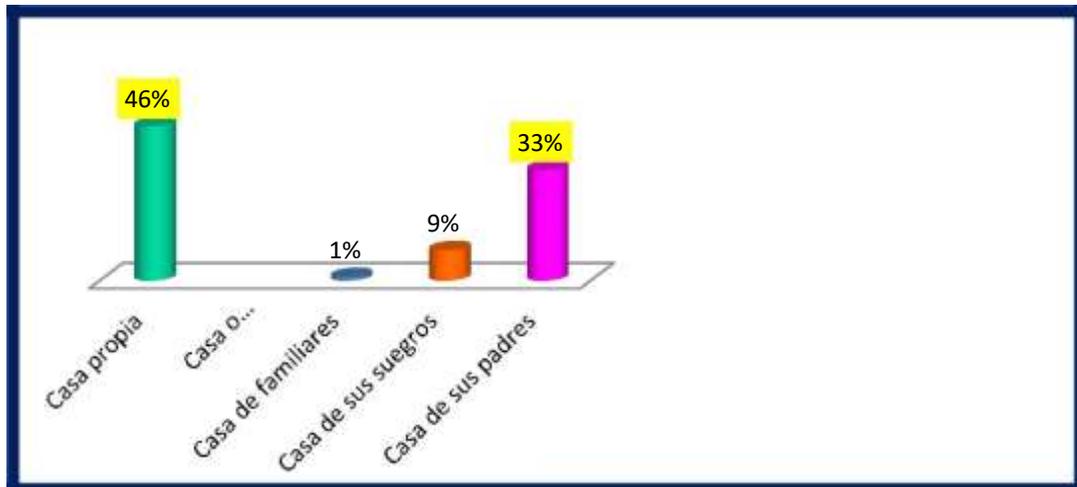
GRAFICO N° 06: SEGUN TENENCIA DE TRABAJO DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA , 2013.



Fuente: Tabla N°01

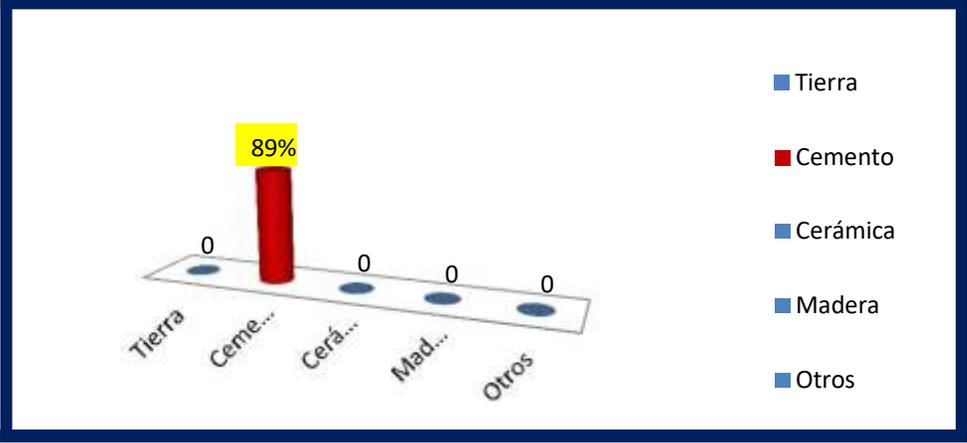
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRAFICO N° 07: SEGÚN LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA - CHIMBOTE, 2013.



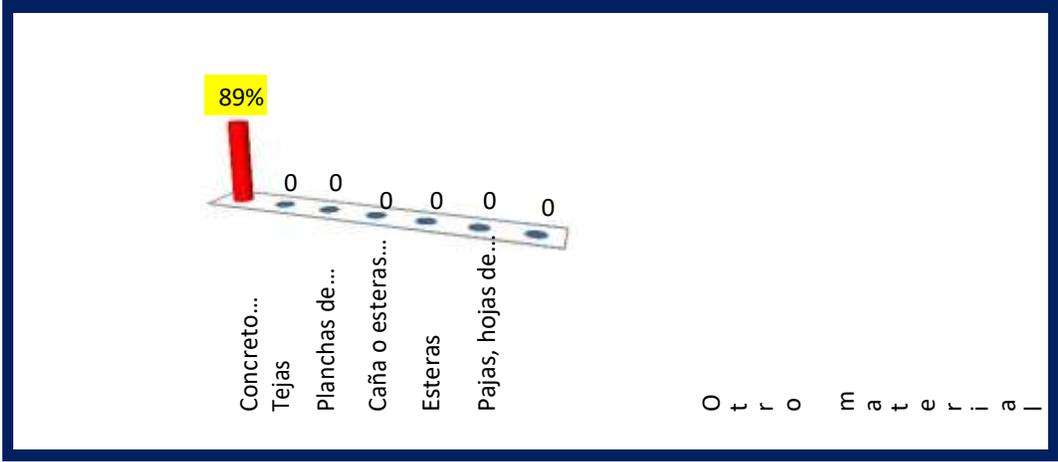
Fuente: Tabla N°02

GRAFICA N° 08: SEGÚN MATERIAL DE PISO DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA_ CHIMBOTE, 2013.



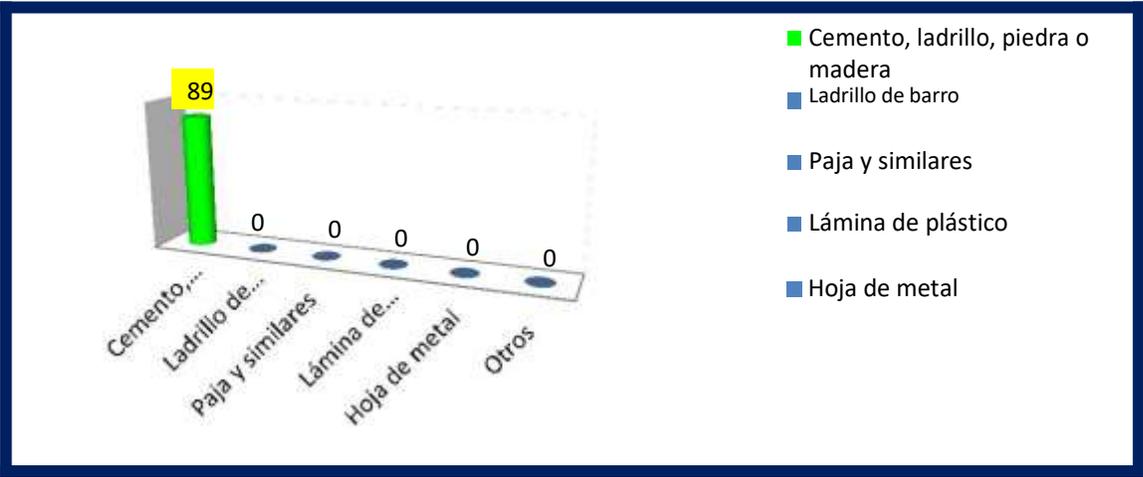
Fuente: Tabla N°02

GRAFICO N° 09: SEGUN EL MATERIAL DE TECHO DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA CHIMBOTE, 2013.



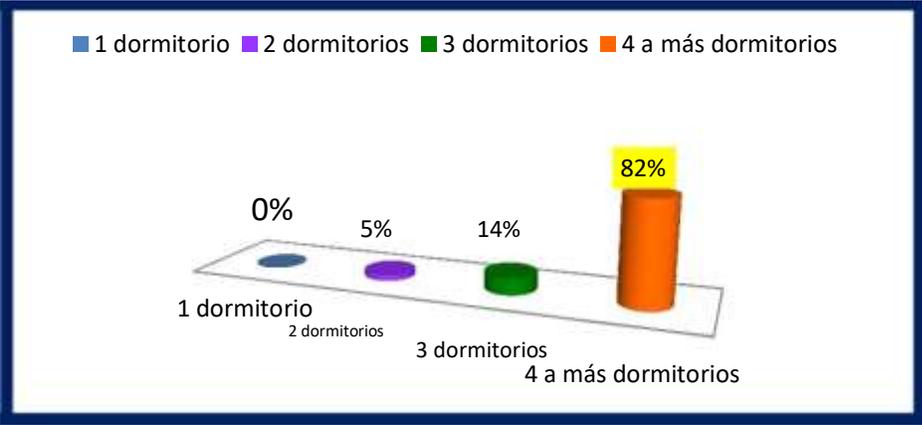
Fuente: Tabla N°02

GRAFICO N° 10: SEGÚN MATERIAL DE PAREDES DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA- CHIMBOTE, 2013.



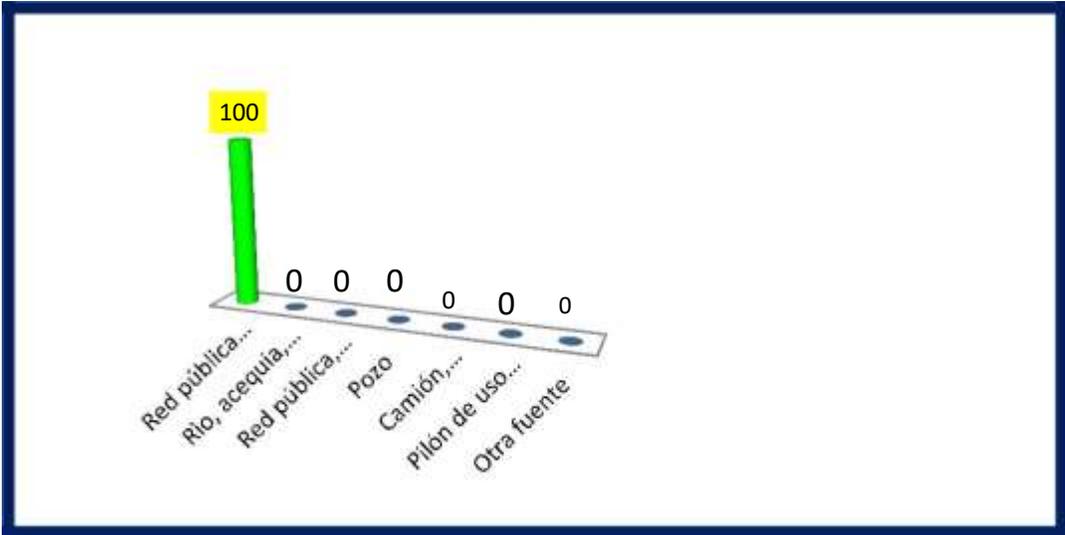
Fuente: Tabla N°02

GRAFICO N° 11: SEGÚN NUMERO DE DORMITORIOS DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA -CHIMBOTE, 2013.



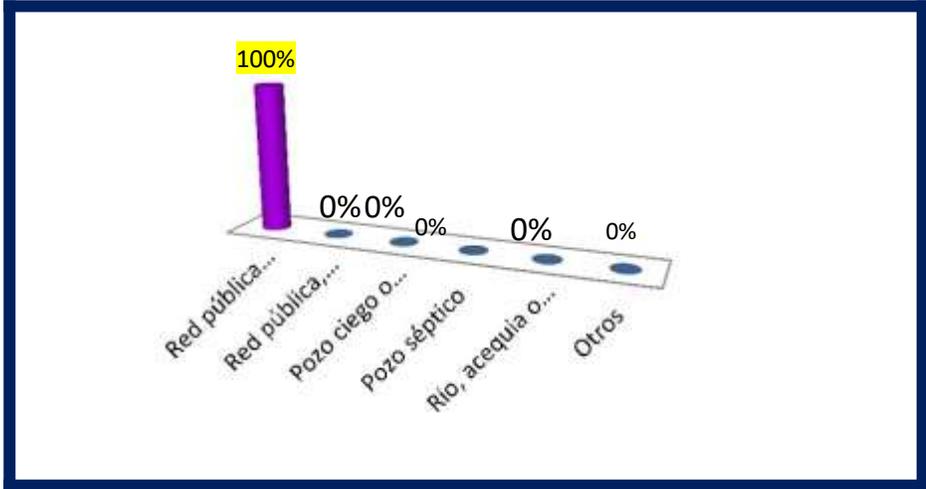
Fuente: Tabla N°02

GRAFICO N° 12: SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA - CHIMBOTE, 2013.



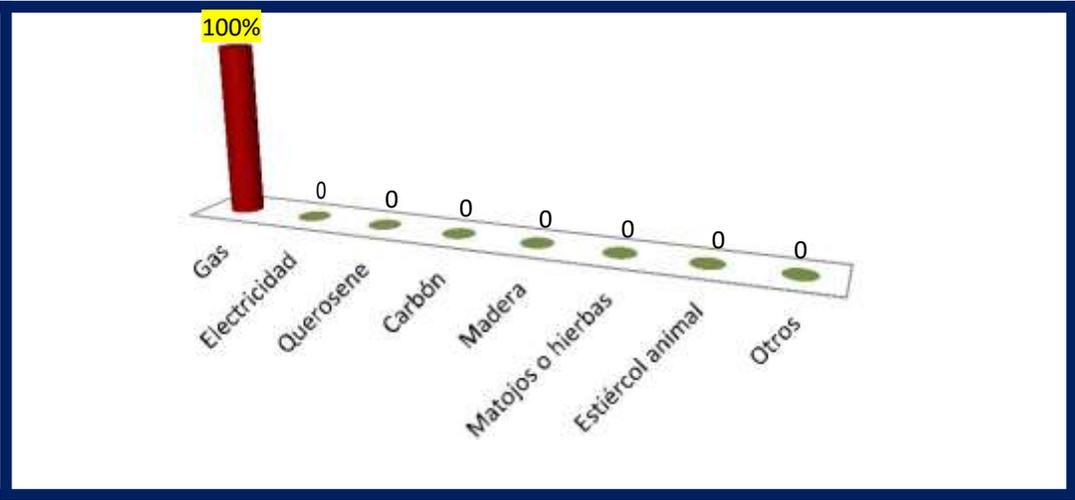
Fuente: Tabla N°02

GRAFICO N° 13: SEGUN ELIMINACION DE EXCRETAS DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA - CHIMBOTE, 2013.



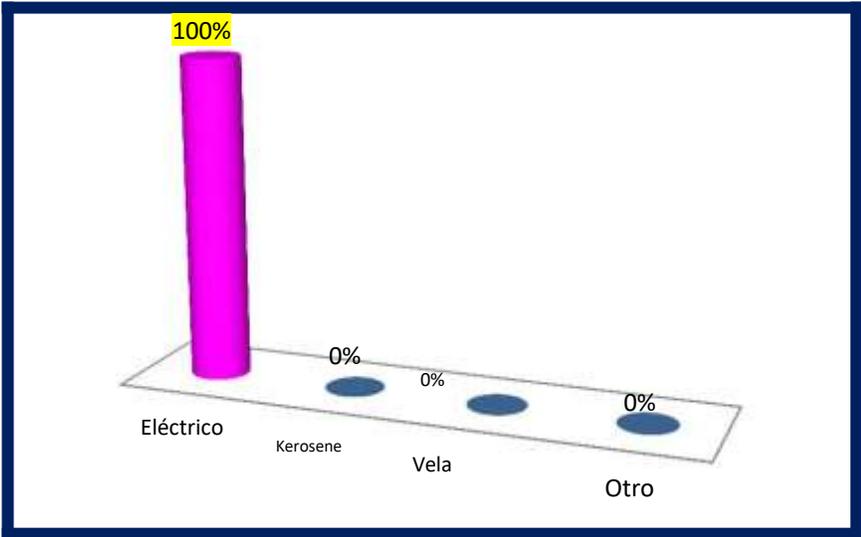
Fuente: Tabla N°02

GRAFICO N° 14: SEGUN COMBUSTIBLE PARA COCINAR DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA - CHIMBOTE, 2013.



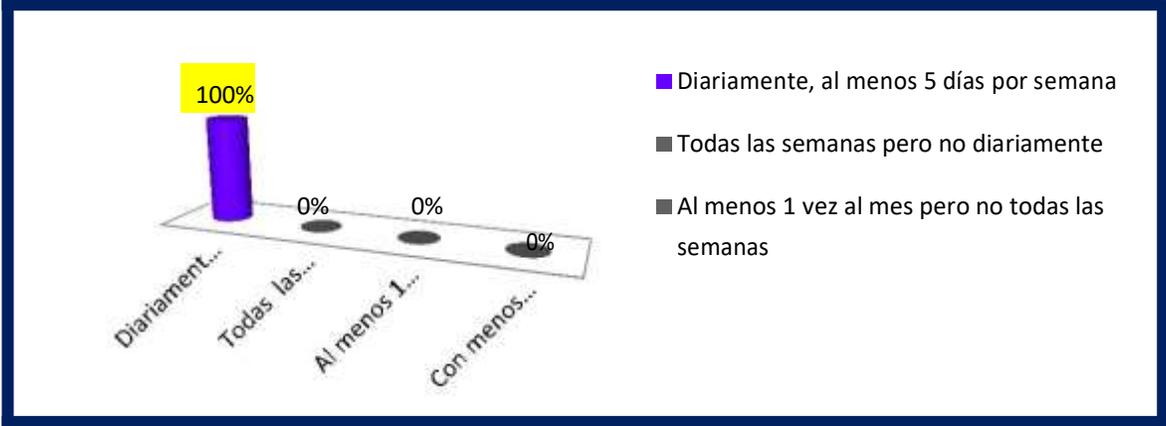
Fuente: Tabla N°02

GRAFICO N° 15: SEGÚN TIPO DE ALUMBRADO DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA - CHIMBOTE, 2013.



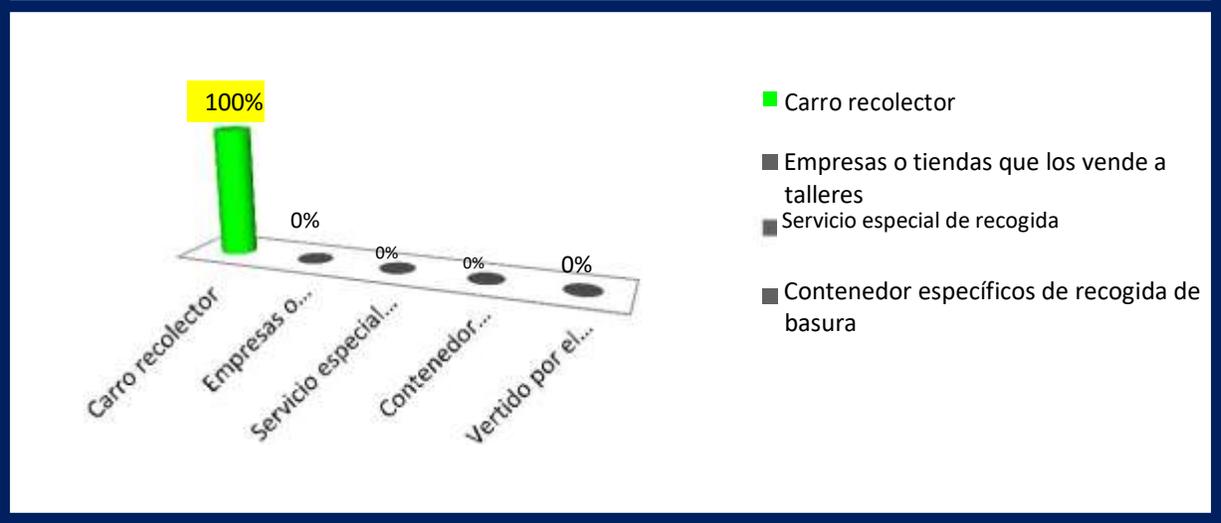
Fuente: Tabla N°02

GRAFICO N° 16: SEGÚN FRECUENCIA DE RECOJO DE BASURA LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA - CHIMBOTE, 2013.



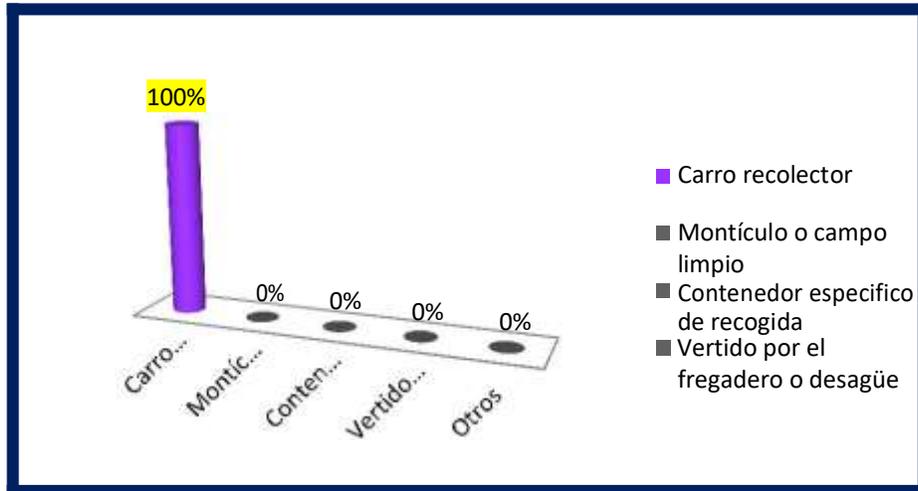
Fuente: Tabla N°02

GRAFICO N° 17: SEGÚN EL LUGAR DE ELIMINACION DE BASURA DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA -CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla N°02

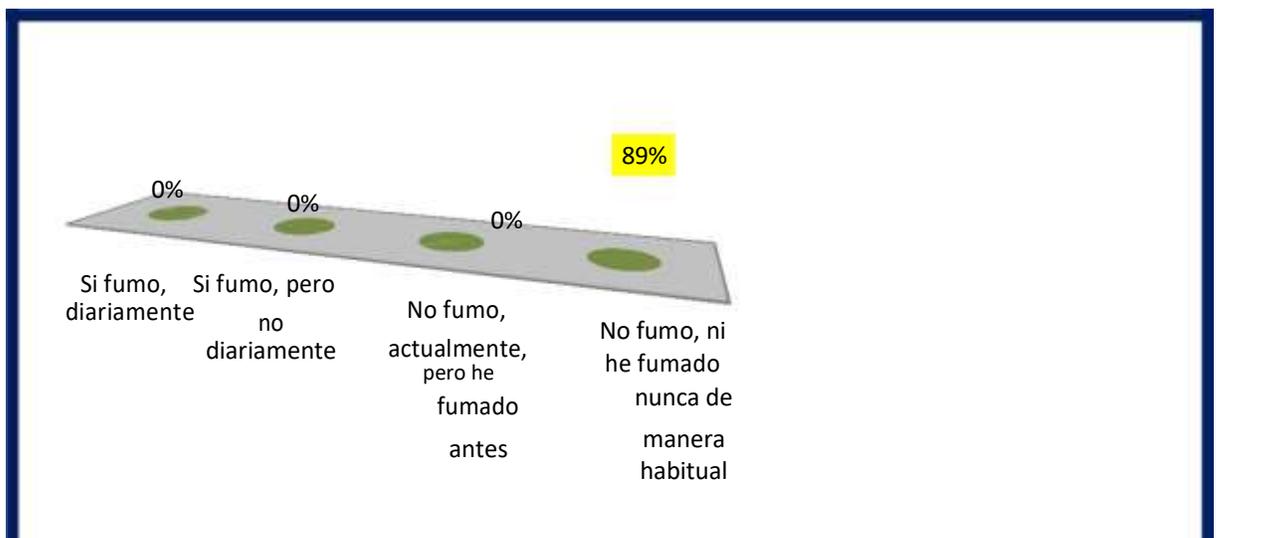
GRAFICO N° 18: SEGÚN SI SUELE ELIMINAR SU BASURA EN ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES LUGARES LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA - CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla N°02

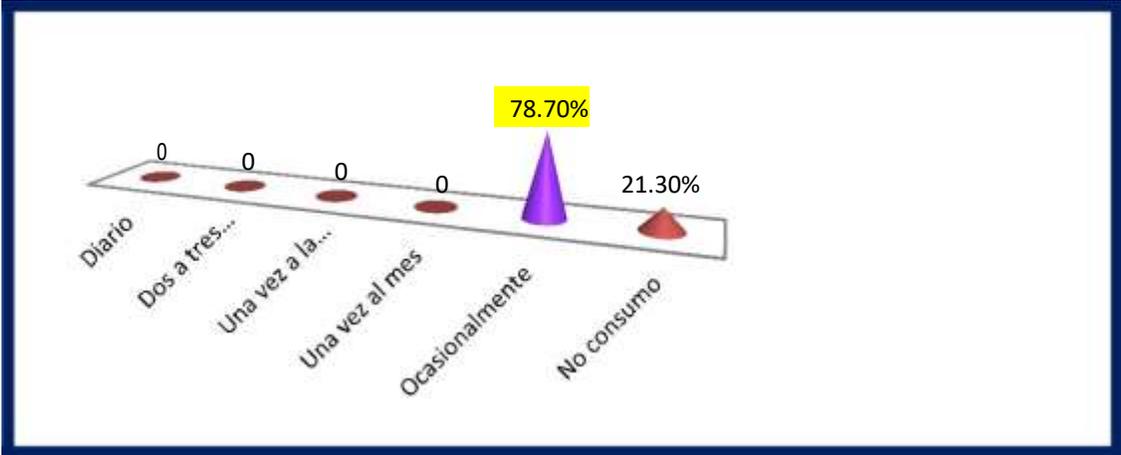
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRAFICO N° 19: SEGUN FUMA ACTUALMENTE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA - CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla N°03

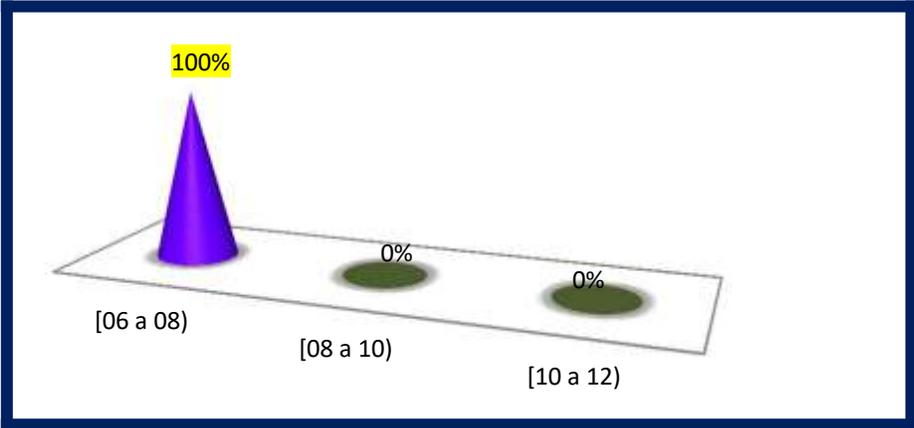
GRAFICO N° 20: SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA -CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla N°03

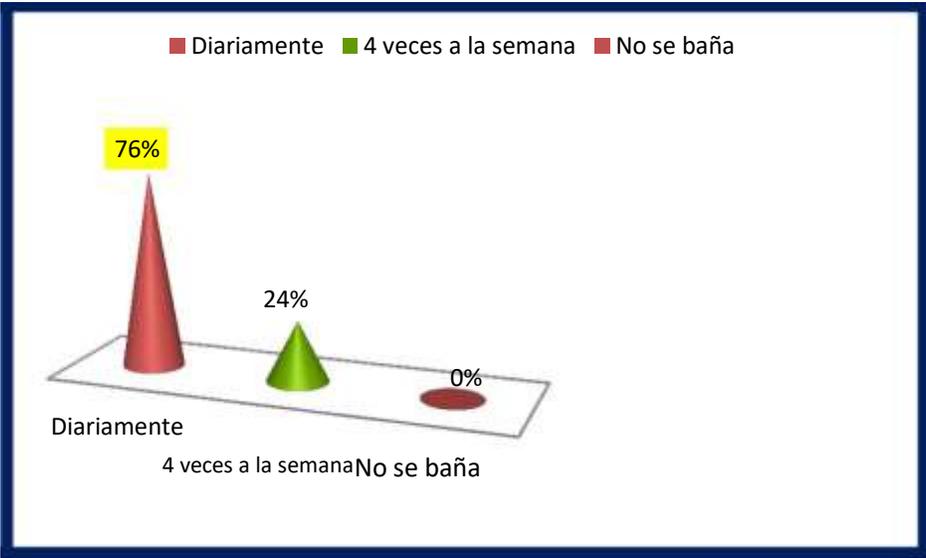
GRAFICO N° 21: SEGÚN N° DE HORAS QUE DUERME ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO CALETA - CHIMBOTE, 2013.

**LOS
NUEVA**



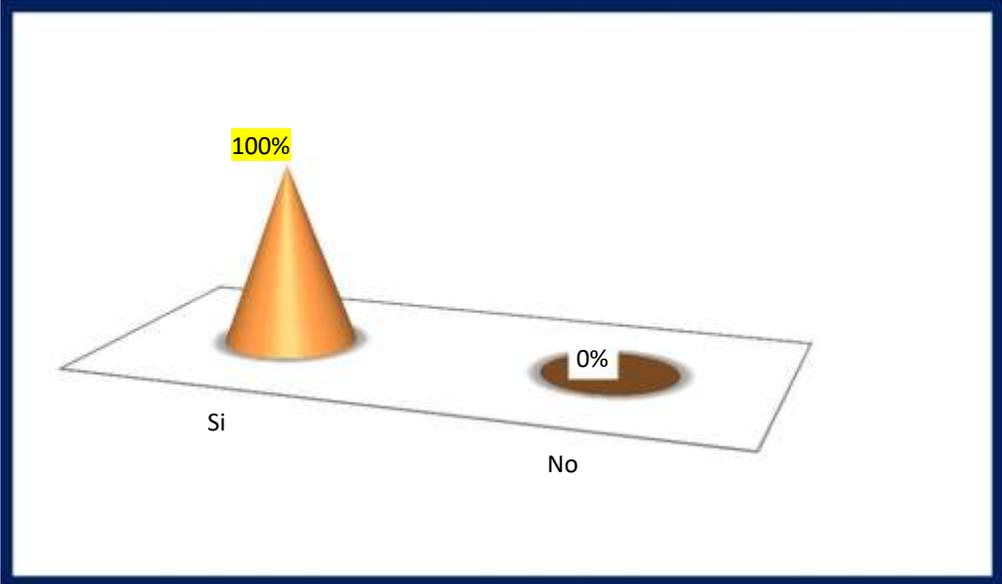
Fuente: Tabla N°03

GRAFICO N° 22: SEGÚN FRECUENCIA CON QUE SE BAÑA LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA - CHIMBOTE, 2013.



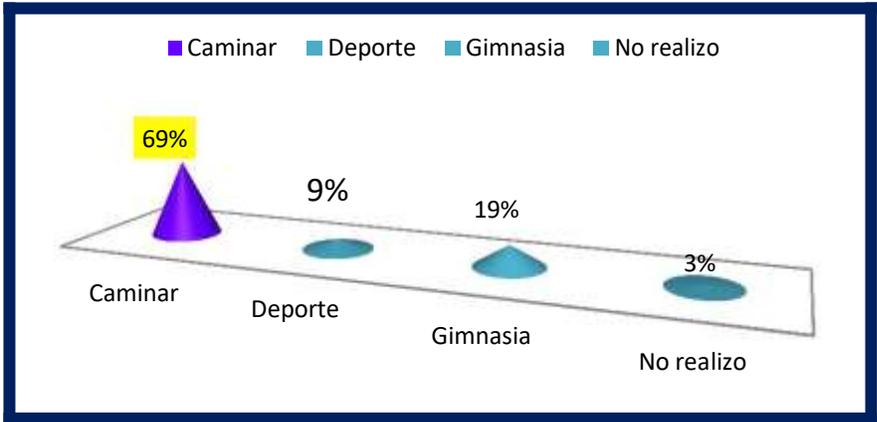
Fuente: Tabla N°03

GRAFICO N° 23: SEGÚN REALIZA ALGUN EXAMENE MEDICO PERIODICO LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA - CHIMBOTE, 2013.



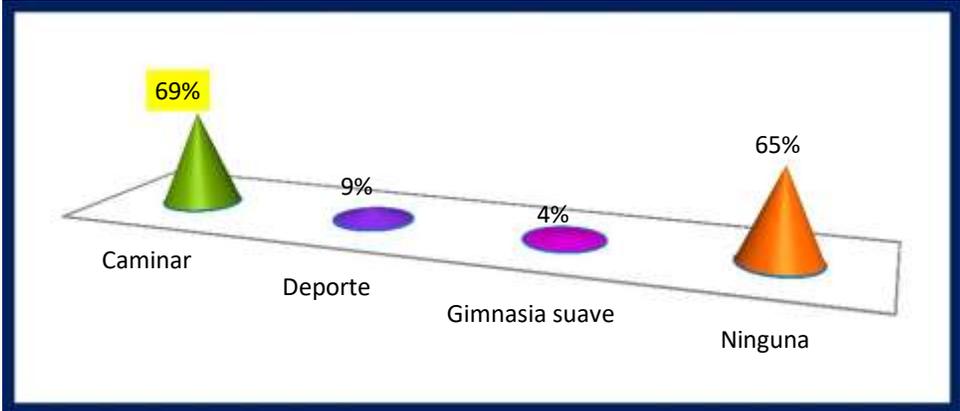
Fuente: Tabla N°03

GRAFICO N° 24: SEGÚN ACTIVIDAD FISICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA -CHIMBOTE, 2013.



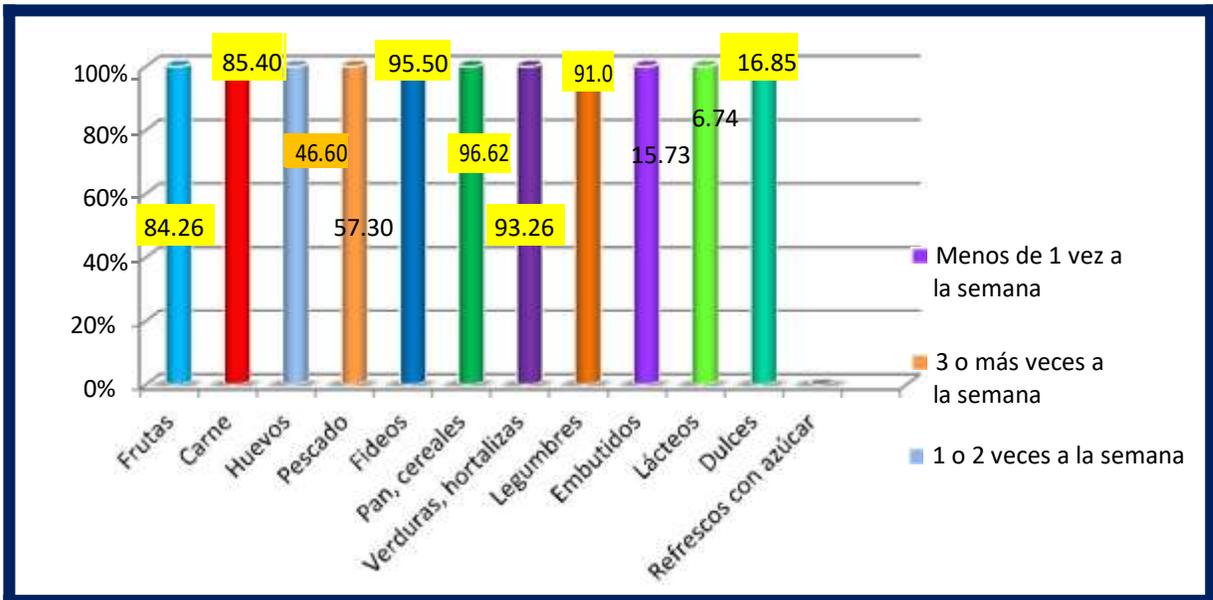
Fuente: Tabla N°03

GRAFICO N° 25: SEGÚN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS LAS ACTIVIDADES FISICA REALIZO DURANTE MAS DE 20 MINUTOS DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla N° 03

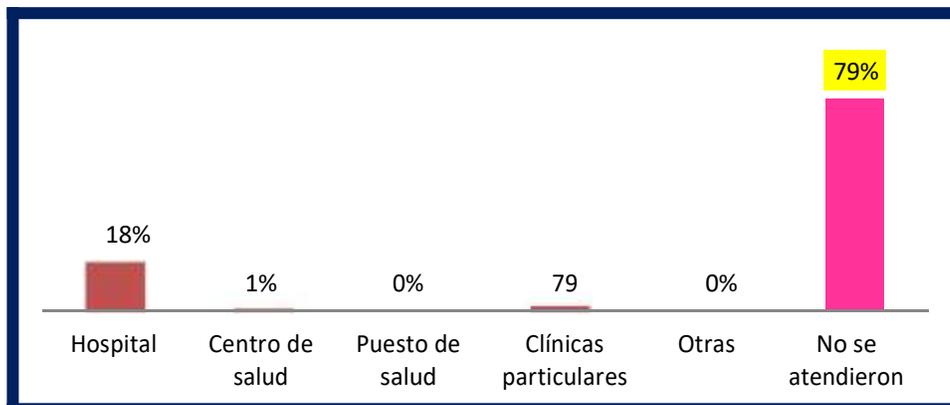
GRAFICO N° 26: SEGÚN ALIMENTOS QUE CONSUME LOS ADULTOS MADURO DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA _ CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla N°03

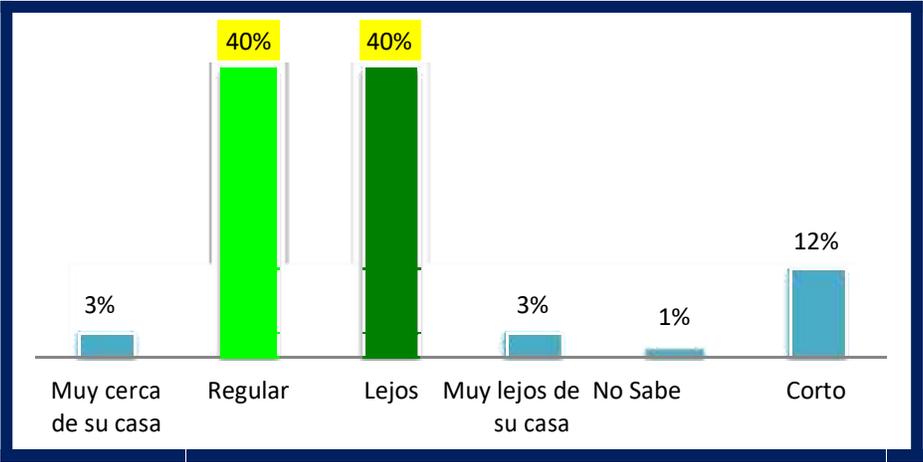
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRAFICO N° 27: SEGÚN INSTITUCION DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIO EN ESTOS 12 ULTIMOS MESES DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA – CHIMBOTE, 2013.



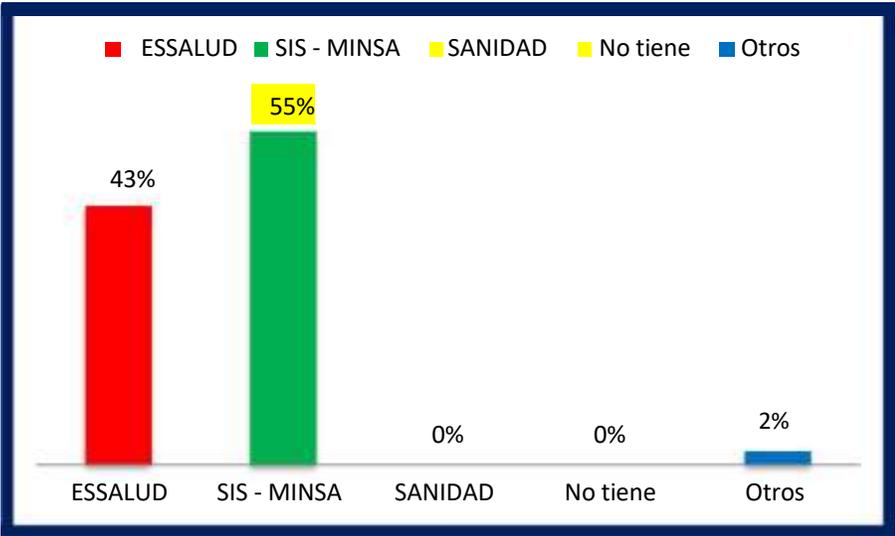
Fuente: Tabla N° 04

GRAFICO N° 28: SEGUN CONSIDERA USTED QUE EL LUGAR DONDE LO (LA) ATENDIERON ESTA DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA – CHIMBOTE, 2013.



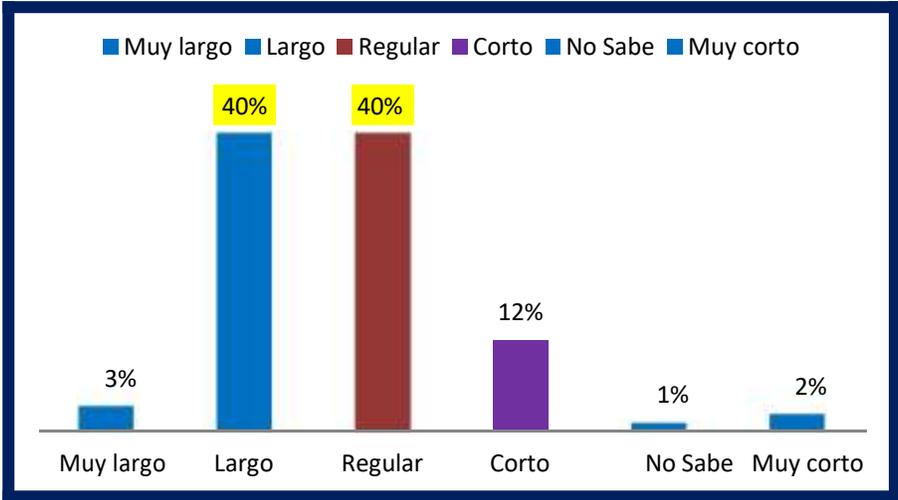
Fuente: Tabla N°04

GRAFICO N° 29: SEGÚN TIPO DE SEGURO DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA - CHIMBOTE, 2013.



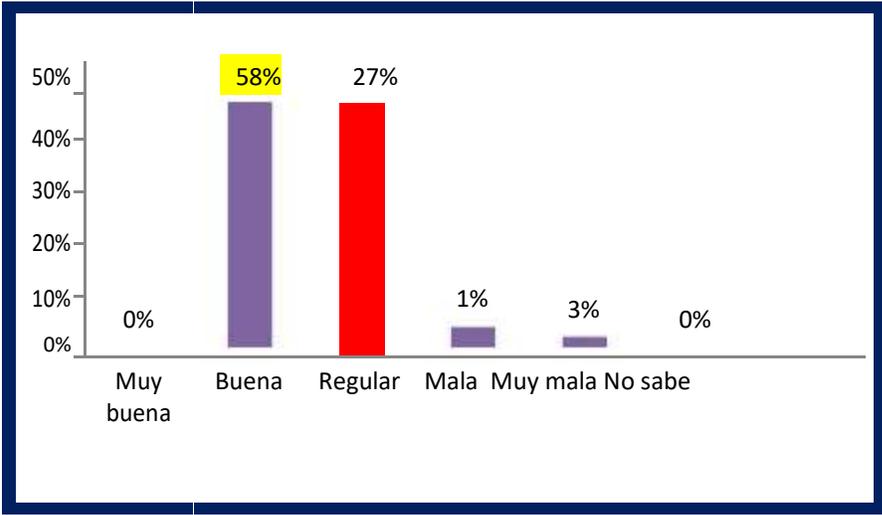
Fuente: Tabla N°04

GRAFICO N° 30: SEGÚN EL TIEMPO QUE ESPERO PARA QUE LO ATENDIERAN ¿LE PARECIO? DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA –CHIMBOTE, 2013.



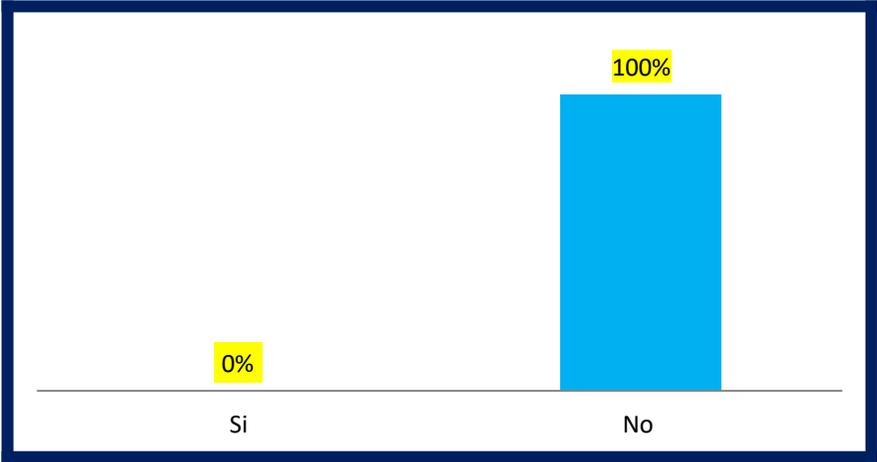
Fuente: Tabla N°04

GRAFICO N° 31: SEGÚN ATENCION QUE RECIBIO EN EL ESTABLECIMIENTODE SALUD DE LOS ADULTOS MADUROS DEL NUEVA CALETA –CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla N°04

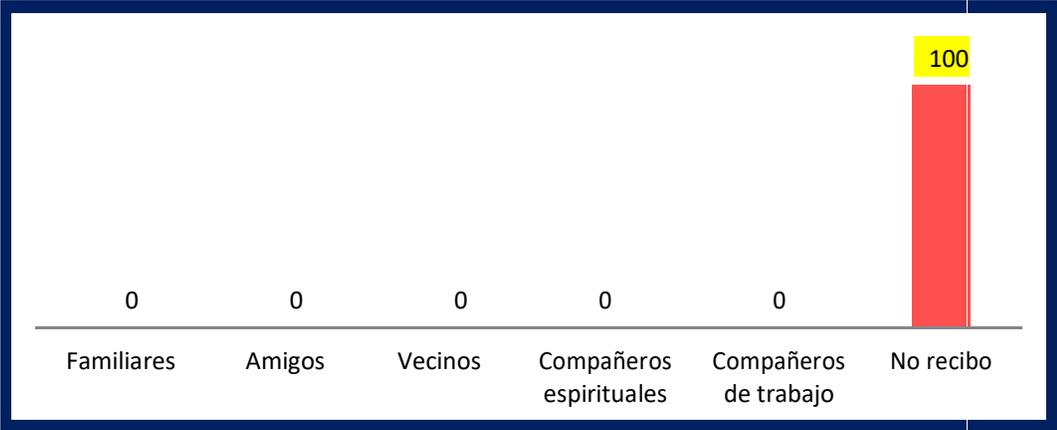
GRAFICO N° 32: SEGÚN CONSIDERA QUE EXITE PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA-CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla N°04

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO

GRAFICO N° 33: SEGÚN RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL NATURAL EN LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA -CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla N°04

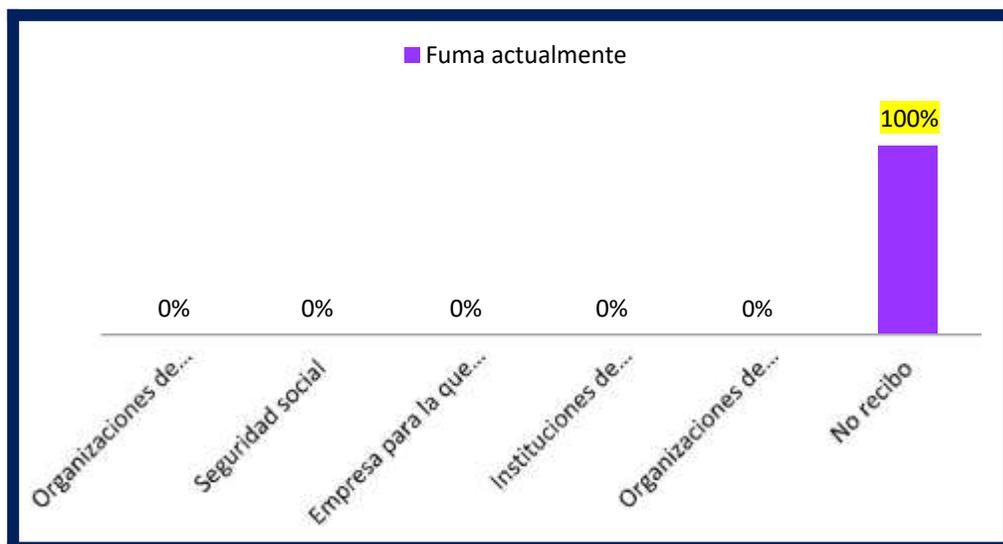
GRAFICO N° 34: SEGÚN RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA CHIMBOTE, 2013.



Fuente: Tabla N°05

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBE

GRAFICO N° 35: SEGÚN RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO POR EL GOBIERNO DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO NUEVA CALETA-CHIMBOTE 2013.



Fuente: Tabla N°06