



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**“DETERMINANTES DE LA SALUD EN
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA
“VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE, 2014”.**

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

AUTORA:

NATALIA GABRIELA BRAVO MACEDO

ASESORA:

DRA. ENF: MARÍA ADRIANA VILCHEZ REYES

CHIMBOTE-PERU

2015

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. JULIA CANTALICIA AVELINO QUIROZ
PRESIDENTE

Mgtr. LEDA MARÍA GUILLEN SALAZAR
SECRETARIA

Dra. SONIA AVELINA GIRON LUCIANO
MIEMBRO

DEDICATORIA

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

A mis PADRES y HERMANAS por su amor, quienes en todo momento me están apoyando y porque siempre me dan el ánimo para seguir continuando a alcanzar mis metas.

A mi Hijo y Esposo que siempre han estado a mi lado en las adversidades, compartiendo risas y lágrimas; especialmente a ti Nicolás, que solo con decirme mamá puedes solucionar cualquier problema y la tesis te la dedico porque tú eres mi motor para seguir. Gracias mis amores por ser la familia que siempre anhele, los amo con pasión y locura.

AGRADECIMIENTO

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

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

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

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo general describir los determinantes de la salud en adolescentes de la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014. La muestra estuvo constituida por 216 adolescentes, a quienes se aplicó un instrumento: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software PASW Statistics versión 18.0, para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos, concluyendo que: : En los determinantes del entorno biosocioeconómico tenemos que la totalidad de los adolescentes tienen secundaria incompleta y completa, y la mayoría en ocupación del jefe de familia son trabajadores estables, asimismo en los determinantes de estilos de vida la mayoría de adolescentes consumen a diario frutas, menos de la mitad consumen de 3 o más veces por semana carne , de igual forma en los determinantes de las redes sociales y comunitarias la totalidad de adolescentes no reciben programa de alimentación escolar, casi la totalidad no tiene beca 18 ni programa de cooperación 2012-2014 y la mayoría de los adolescentes no cuenta con el apoyo social de los comedores populares.

Palabras clave: Adolescentes, Determinantes, Salud

ABSTRACT

This paper quantitative, descriptive research design one box. Overall objective was to identify the determinants of health in adolescents School "Victor Andres Belaunde." Chimbote, 2014. The sample consisted of 216 adolescents, who answered a questionnaire was applied: Questionnaire on the determinants of health, using the interview technique and observation. Data were processed in a database of Microsoft Excel and then be exported to a database in SPSS version 18.0 for their respective processing software. For analysis of data distribution tables absolute and relative percentage frequencies were constructed. And their respective statistical graphics, concluding that: In determining the biosocioeconómico environment we have all teens have secondary incomplete and complete, and the majority of the household head occupation permanent workers are also on the determinants of styles life most teenagers consume daily fruits, less than half consume 3 or more times per week meat, just as on the determinants of social and community networks all adolescents receive school feeding program, almost all not 18 or scholarship cooperation program 2012-2014 and most do not have kitchens.

Keywords: Adolescents, Determinants, Health

ÍNDICE

	Pg.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCION	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1 Antecedentes.....	10
2.2 Bases Teóricas.....	13
III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y Diseño de la Investigación.....	20
3.2 Población y Muestra	20
3.3 Definición y Operacionalización de variables.....	22
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	36
3.5 Plan de análisis.....	39
3.6 Principios éticos.....	41
IV. RESULTADOS	
4.1 Resultados.....	42
4.2 Análisis de resultados.....	52
V.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 conclusiones.....	89
5.2 Recomendaciones.....	92
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	105

INDICE DE TABLAS

	Pg.
TABLA 1	37
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS, EN EL ADOLESCENTE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE, 2014.	
TABLA 2	38
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA EN EL ADOLESCENTE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE, 2014.	
TABLA 3	41
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN EL ADOLESCENTE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE, 2014.	
TABLA 4, 5,6	42
DETERMINANTES DE LA SALUD REDES SOCIALES Y COMUNITARIA EN EL ADOLESCENTE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE, 2014.	

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

	Pg.
GRÁFICO 1	69
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS, EN EL ADOLESCENTE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE, 2014.	
GRÁFICO 2	72
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA EN EL ADOLESCENTE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE, 2014.	
GRÁFICO 3	78
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN EL ADOLESCENTE CON DE LA INSTITUCION EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE, 2014.	
GRÁFICO 4, 5,6	86
DETERMINANTES DE LA SALUD REDES SOCIALES Y COMUNITARIA EN EL ADOLESCENTE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE, 2014.	

1. INTRODUCCION

La presente investigación tuvo como propósito identificar los determinantes de la salud en aquellos adolescentes de la I. E. “Víctor Andrés Belaunde” Chimbote- 2014.

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación. Estas políticas deben ser respaldadas por regulaciones que combinen los incentivos del sector privado con los objetivos de la salud pública, por ejemplo, armonizando las políticas fiscales que gravan los productos nocivos o insalubres, como el alcohol, el tabaco y los alimentos ricos en sal, azúcares o grasas, con medidas para estimular el comercio en otras áreas(1).

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

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

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

Desde la antigüedad han preocupado las causas, condiciones o circunstancias que determinan la salud, lo que se conoce a partir de los años 70 como “determinantes”. Los determinantes del estado de salud han estado sometidos a las contingencias históricas de la especie humana. Dichos determinantes abarcan desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y, por supuesto los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud (3).

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

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

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (5).

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

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

El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (6).

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y

el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (7).

El concepto de equidad en salud se basa en la premisa de que “idealmente todos deben tener una oportunidad justa de lograr su pleno potencial de salud y, de forma más pragmática, que nadie debe estar en desventaja para alcanzar ese potencial, si esto puede evitarse”. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad del usuario (8).

Las inequidades tienen dimensiones morales y éticas refiriéndose a diferencias que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran arbitrarias e injustas. Así, para calificar una situación dada como inequitativa es necesario examinar la causa que lo ha creado y juzgarla como injusticia en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad (8).

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

Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la

Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud (10).

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

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

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

condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (11).

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

A esta realidad problemática no escapan los adolescentes de la I.E. "Víctor Andrés Belaunde" que se ubica al nor este de la ciudad de Chimbote, entre las calles Alfonso Ugarte y Sáenz Peña del Barrio N° 05, a fines de mayo del 2013 la I.E "Víctor Andrés Belaunde" es demolida para su reconstrucción, funcionando provisionalmente en la I.E "Miguel Grau". Las autoridades de la institución son el Director César Segundo Gonzales Loza y el sub director Eusebio Pascual Miranda Sánchez. La institución cuenta con personal administrativo, auxiliar de biblioteca, auxiliar de laboratorio, técnico de admisión, auxiliares de educación, sesenta y nueve docentes académicos, 490 alumnos del nivel secundaria y personal de servicio.(13)

La institución tiene como programa de ayuda social al programa Qaliwarma, que brinda desayuno a todos los alumnos de primaria y todos los días, la institución refiere que la ayuda de los puestos de salud es mínima ya que solo los visitan cuando hay campaña de vacunación y esto es solo una vez al año, además en cuanto a la

morbilidad de los adolescentes de dicha institución refieren que mayormente son víctimas de resfríos comunes y problemas gastrointestinales. (13)

Ante estos problemas de salud se consideró oportuna llevar a cabo este estudio de investigación realizado en los adolescentes, en la que se ha planteado el siguiente problema:

¿Cuáles son los determinantes de la salud en los adolescentes de la institución educativa "Víctor Andrés Belaunde". Chimbote, 2014?

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

Describir los determinantes de salud en los adolescentes de la Institución Educativa "Víctor Andrés Belaunde", Chimbote.

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

“Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) en los adolescentes de la Institución Educativa "Víctor Andrés Belaunde", Chimbote”.

“Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad, en los adolescentes de la Institución Educativa "Víctor Andrés Belaunde", 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 adolescentes de la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde”, Chimbote”

Mediante esta investigación permite que los estudiantes tengan un mejor conocimiento de los determinantes de la salud en la que identificándolos oportunamente nos permite actuar de una manera mejor, y así poder mejorar la salud de los adolescentes. Los estudios de investigación de una buena calidad son primordiales para que sirvan como una guía de intervención, mejorar la salud de los Adolescentes de la I.E “Víctor Andrés Belaunde” e intervenir en nuestro Perú.

El presente estudio permite instar a los estudiantes de la salud, de La Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote a investigar más profundo sobre los determinantes que intervienen de forma directa y así realizar un trabajo coordinado y de buenas alianzas dentro de los cursos de salud familiar, de esta forma ver una posibilidad de salir de la pobreza que se nos cataloga, y de esta manera llevarlos a construir un Perú cada vez más saludable. Permite tener un compromiso de coordinación con otras entidades tanto de salud como en otras disciplinas para que coordinen y ayuden en solucionar sus problemas comunitarios.

Esta investigación es necesaria para el Puesto de Salud que atiende a los adolescentes de esta institución educativa ya que las conclusiones y recomendaciones ayudan a intervenir de una manera mucho más directa ya que se han identificado todos los determinantes de la salud que resulta que intervienen en la

Salud actuando como factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para intervención de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública. Además es conveniente para: Las autoridades regionales de la Direcciones de salud y municipios en el campo de la salud, así como para la población a nivel nacional; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismos.

II.- REVISIÓN DE LITERATURA:

2.1. Antecedentes de la investigación:

2.1.1 Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

Garzón P, (14). En su investigación titulada “Actividad físico – deportiva en adolescentes en Madrid 2013. Se obtuvo los siguientes resultados: que en la ciudad de Madrid los adolescentes realizan más prácticas deportivas en el nivel secundaria que las chicas de su misma edad, siendo el deporte más practicado en los adolescentes varones el futbol, existen clara las diferencias entre los deportes más practicados por los chicos (futbol, futbol-sala) y los más practicados en las mujeres (aerobico, baloncestos, danza), los adolescentes realizan más prácticas deportivas en verano y durante el fin de semana que en los días lectivos, el 25,9% no practican ninguna actividad deportiva extraescolar.

Lázaro C, (17). En su investigación Hábito de consumo de alcohol y su relación con la conducción física saludable en adolescentes Murcia España

Mayo 2011, con una muestra de 533 reporta que el 25% de los adolescentes tiene un consumo habitual, el 50% de estos justifica el hecho de beber alcohol y un 30% señala que son más felices y que se generan más lazos de amistad y un 60% se ha embriagado alguna vez.

A nivel Nacional:

Valdez, W. Ramos, W. Miranda, J. Tovar, J. (16). En su investigación sobre Análisis de la Situación de Salud en el Perú. Lima 2008. Donde se observa que el 56,7% de los peruanos reportaron haber tenido alguna enfermedad o accidente, de estos solo el 32,1% acudió a un establecimiento de salud. Según ámbito geográfico los residentes de la sierra reportaron mayor enfermedad 61,8%; sin embargo acudieron en menor proporción a buscar atención en un establecimiento de salud 28,9%.

A nivel local:

Cárdenas L, (17). Análisis de la situación de salud en el centro de salud Villa Primavera -Sullana, Piura. 2011. Los resultados fueron que el 25 % de mujeres tienen secundaria incompleta mientras los hombres tienen el 25,8 % en relación que las mujeres; también que el 63,8 % de la población tienen red pública de desagüe dentro de la vivienda y solo el 17% la población tiene pozo ciego o negro/ letrina; así mismo el 82,4% son viviendas con alumbrado eléctrico; finalmente el 51,8% de la población usa como combustible para cocinar el gas seguido del uso de carbón con un 31,7%. Con respecto al nivel de satisfacción del usuario con la atención recibida en el establecimiento de salud se obtuvo que es bueno con un 25 % no escapando del nivel malo que estuvo en un 22 %.

2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación

“El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones” (18).

Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en 1974, en que se identifica a

los estilo de vida de forma esencial, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (19).



“Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de

vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano” (19).

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales. Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida.

Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes

generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (19).



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

“Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son

afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad” (20).

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

a) Determinantes estructurales

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

b) Determinantes intermediarios

Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar (20).

c) Determinantes proximales

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones (21).

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 (19).

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 (21).

Mi salud: Este ámbito se refiere a una responsabilidad que cada uno deberá personalmente asumir. Más aún, se puede decir que estamos, en cierta manera, obligados moralmente a no atentar contra la salud y a intentar recuperarla cuando la veamos mermada o perdida.

Comunidad: La comunidad está compuesta por personas que viven juntas en una u otra forma de organización y cohesión social y que sus miembros comparten en distintos grados características políticas, económicas, sociales y culturales, así como intereses y aspiraciones incluidos los de salud.

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

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

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

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

Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (21).

III.- METODOLOGÍA.

3.1. Tipo, nivel y diseño de la investigación:

Tipo y nivel: Descriptivo, cuantitativo (22,23).

Diseño de la investigación: Diseño de una sola casilla (24,25).

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población estuvo conformada por 390 adolescentes de la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde”

3.2.2. Muestra

Para poder obtener la muestra se tuvo que determinar un nivel de confianza del 95% y un margen de error permisible del 5%. En la se realizó un muestreo y se obtuvo una muestra de 116 adolescentes que están matriculados en la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde” del distrito de Chimbote de la Provincia del Santa del Departamento de Ancash (Ver anexo N° 1).

3.2.3. Unidad de análisis

Los adolescentes de la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde”, que integraron parte de la muestra y reunieron los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adolescentes que estuvieron matriculados en la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde” y que asisten regularmente.
- Adolescentes y sus madres de la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde” que aceptaron participar en el estudio.
- Las madres de los adolescentes que estuvieron matriculados en la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde” que aceptaron participar en el estudio.
- Adolescentes que estuvieron matriculados en la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde” que tuvieron la disponibilidad de poder contribuir en el estudio realizado.
- Las madres de los adolescentes que estuvieron matriculados en la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde” y tuvieron la predisposición de integrar en

El cuestionario como participante.

Criterios de Exclusión:

- Los adolescentes que presentaron algún trastorno mental.
- Las madres de los adolescentes que presentaron algún trastorno mental.
- Los adolescentes y sus madres que presentaron problemas de comunicación.

3.3 Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONOMICO

Edad

Definición Conceptual.

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el número de años cumplidos de la persona en el momento del estudio (26).

Definición Operacional

Escala de razón:

La operacionalización dependerá de la población a trabajar.

12 a 17> años (Adolescente)

Sexo

Definición Conceptual.

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

Definición Operacional

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

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

Definición Operacional

Escala Ordinal

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

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (29).

Definición Operacional

Escala de razón

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

Ocupación

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (30)

Definición Operacional

Escala Nominal

- Trabajador estable
- Eventual
- Sin ocupación

- Jubilado
- Estudiante

Vivienda

Definición conceptual

Es un lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas que les ofrece refugio y protección de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades cotidianas (31).

Definición operacional

Escala nominal

Tipo

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

Tenencia

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

Material del piso:

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

Material del techo:

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

Material de las paredes:

Madera, estera

- Adobe
- Estera y adobe
- Material noble ladrillo y cemento

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

- 4 a más miembros

- 2 a 3 miembros
- Individual

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

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

Energía Eléctrica

- Eléctrico

- Kerosene
- Vela
- Otro

Disposición de basura

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

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

Eliminación de basura

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE

VIDA Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (32).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

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

Número de horas que duermen

- 6 a 8 horas
- 08 a 10 horas

- 10 a 12 horas

Frecuencia en que se bañan

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

Reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina

Si () No ()

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

Caminar () Deporte () Gimnasia () No realiza ()

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

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad:

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

Deporte () ninguno ()

Conducta alimenticia de riesgo

- Preocupación por engordar
- Come demasiado
- Pérdida del control para comer
- Vómitos auto inducidos

- Ingesta de medicamentos (Laxantes, diuréticos, pastillas)
- Restricción en la conducta(ayuno, dietas, ejercicios)

Daño a su salud por alguna violencia por agresión:

- Armas de fuego
- Objetos cortantes
- Puñetazos, patadas, golpes.
- Agresión sexual
- Otras agresiones o maltratos
- No presente

Lugar de la agresión o la violencia

- Hogar
- Escuela
- Transporte o vía pública
- Lugar de recreo o deportivo
- Establecimiento comercial
- Otros

Si tiene problemas ha pensado quitarse la vida

Si () No ()

Tiene relaciones sexuales

Si () No ()

Primera relación sexual hizo uso de algún método anticonceptivo

- Condón
- Pastillas, inyectable, píldora de emergencia
- Óvulos, jalea, espumas, ritmo, calendario

- Ningún método

Tuvo algún embarazo o algún aborto

Si () No ()

Tiempo que acude a un establecimiento de salud

- Una vez en el año
- Dos veces en el año
- Varias veces en el año
- No acudo

Alimentación

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (33).

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

El individuo mantiene su identidad social, recibiendo un apoyo emocional, material, servicios, información y adquiere nuevos contactos sociales. Entendiéndose que es a partir de la red social de donde las personas obtenemos el apoyo social (34).

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala ordinal

- Familia
- Amigo
- Vecino
- Compañeros espirituales
- Compañeros de trabajo

- No recibo

Apoyo social organizado

Escala ordinal

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

Apoyo de organizaciones del estado

- El programa beca 18
- Programa nacional de alimentación escolar
- Programa de cooperación 2012-2016
- Comedores populares
- No recibo

Acceso a los servicios de salud

Definición Conceptual

Es la facilidad de acceder y recibir la atención de salud que se necesite, de forma integral y oportuna pero es necesario avanzar más en ella; la lista de espera, el orden de llegada son medidas administrativas para adecuar de alguna forma la demanda con la capacidad real existente en los servicios (35).

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

Escala nominal

Institución de salud atendida:

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

Lugar de atención que fue atendido:

- Muy cerca de su casa
- Regular
- Lejos
- Muy lejos de su casa

- No sabe

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

Si () No ()

3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

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

Instrumento No 01

El instrumento fue elaborado en base al cuestionario sobre los determinantes de la salud en los adolescentes de la I.E “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014. Elaborado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 29 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (ANEXO N°02) (36)

- Datos de Identificación, donde se obtuvieron e las iniciales o pseudónimo de los adolescentes de la I.E “Víctor Andrés Belaunde”.
- Los determinantes del entorno Biosocioeconómico de los Adolescentes de la I. E” Víctor Andrés Belaunde” (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, Vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de los estilos de vida de los Adolescentes de la I. E “Víctor Andrés Belaunde”: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), Alimentos que consumen las personas.

- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los Adolescentes de la I. E “Víctor Andrés Belaunde”: Apoyo social natural, organizado, Acceso a los servicios de salud.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

“Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en adolescente de 12 a 17 años”.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

“**Validez de contenido:** Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, diez en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en

relación al constructo evaluado por dimensiones. Para efectos de este análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004)”.

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

Donde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

“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 10 a 19 años de edad en el Perú (ANEXO N°03)”.

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 estudió el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (37). (ANEXO N°04)”.

3.5. Plan de análisis:

3.5.1 Procedimientos de recolección de datos:

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

- Se hizo de conocimiento y se les solicito la autorización de las madres de los adolescentes de la I.E “Víctor Andrés Belaunde”, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación fueron estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con las madres de los adolescentes de la I.E “Víctor Andrés Belaunde” su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada madre y adolescentes de la I.E “Víctor Andrés Belaunde”
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos a cada adolescente de la I. E “Víctor Andrés Belaunde”.
- El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa por los adolescentes de la I. E “Víctor Andrés Belaunde”.

3.5.2. Análisis y Procesamiento de los datos:

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

3.6. Principios éticos

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (38).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adolescentes de la I. E “Víctor Andrés Belaunde”, que la investigación será anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de las madres de los adolescentes de la I.E “Víctor Andrés Belaunde”, siendo útil solo para fines de la investigación

Honestidad

Se informó a las madres de los adolescentes de la I.E “Víctor Andrés Belaunde” cuyos fines de la investigación, cuyos resultados se encontraron plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con los adolescentes y las madres de la I.E “Víctor Andrés Belaunde” que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (ANEXO 05)

IV. RESULTADOS

4.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 1.

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE, 2014

Sexo	n	%
Masculino	61	52,6
Femenino	55	47,4
Total	116	100,00
Edad (años)	n	%
Adolescente de 12 a 14	50	43,1
Adolescente de 15 a 17	66	56,9
Total	116	100,00
Grado de instrucción del adolescente	n	%
Sin instrucción		
Inicial/Primaria		
Secundaria: Incompleta/ Completa	116	100,00
Superior: Incompleta/ Completa		
Superior no universitaria Incompleta/completa		
Total	116	100,00
Grado de instrucción de la madre del adolescente	n	%
Sin instrucción	3	2,6
Inicial/Primaria	34	29,3
Secundaria: Incompleta/ Completa	55	47,1
Superior: Incompleta/ Completa	24	20,7
Superior no universitaria Incompleta/completa		
Total	116	100,00
Ingreso económico familiar	n	%
Menor de S/. 750.00	56	48,3
De S/. 751.00 a S/. 1000.00	27	23,3
De S/. 1001.00 a S/. 1400.00	15	12,9
De S/. 1401.00 a S/. 1800.00	13	11,2
De S/. 1801.00 a más	5	4,3
Total	116	100,00
Ocupación del jefe de familia	n	%
Trabajador estable	82	70,69
Eventual	26	22,41
Sin ocupación	6	5,17
Jubilado	1	0,86
Estudiante	1	0,86
Total	116	100,00

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud elaborado por Dra. Adriana Vílchez Reyes y aplicado en adolescentes de la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014.

4.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE, 2014

Tipo	n	%
Vivienda unifamiliar	45	38,79
Vivienda multifamiliar	69	59,48
Vecindad, quinta, choza, cabaña	2	1,6
Local no destinada para habitación humana		
Otros		
Total	116	100,00
Tenencia	n	%
Alquiler	10	8,62
Cuidador/alojado		
Plan social (dan casa para vivir)	1	0,86
Alquiler venta	4	3,45
Propia	101	87,07
Total	116	100,00
Material del piso	n	%
Tierra	23	19,83
Entablado	5	4,31
Loseta, vinílicos o sin vinílico	71	61,21
Láminas asfálticas	10	8,62
Parquet	7	6,03
Total	116	100,00
Material del techo	n	%
Madera, esfera	9	7,76
Adobe	2	1,72
Estera y adobe	7	6,03
Material noble, ladrillo y cemento	72	62,07
Eternit	26	22,41
Total	116	100,00
Material de las paredes	n	%
Madera, estera	7	6,03
Adobe	12	10,34
Estera y adobe	4	3,45
Material noble ladrillo y cemento	93	80,18
Total	116	100,00

Continua...

TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE, 2014

N° de personas que duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	6	5,17
2 a 3 miembros	53	45,69
Independiente	57	49,14
Total	116	100,00
Abastecimiento de agua		
	n	%
Acequia		
Cisterna	9	7,76
Pozo	15	12,93
Red pública	32	27,59
Conexión domiciliaria	60	31,72
Total	116	100,00
Eliminación de excretas		
	n	%
Aire libre	5	4,31
Acequia, canal		
Letrina	2	1,72
Baño público	4	3,45
Baño propio	105	90,62
Otros		
Total	116	100,00
Combustible para cocinar		
	n	%
Gas, Electricidad	105	90,52
Leña, carbón	9	7,76
Bosta	1	0,86
Tuza (coronta de maíz)	1	0,86
Carca de vaca		
Total	116	100,00
Energía eléctrica		
	n	%
Sin energía	5	4,31
Lámpara (no eléctrica)		
Grupo electrógeno		
Energía eléctrica temporal	35	30,17
Energía eléctrica permanente	76	65,52
Vela		
Total	116	100,00
Disposición de basura		
	n	%
A campo abierto	15	12,93
Al río		
En un pozo		
Se entierra, quema, carro recolector	101	87,07
Total	116	100,00

Continua...

TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE, 2014

Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	n	%
Diariamente	37	31,90
Todas las semana pero no diariamente	24	20,7
Al menos 2 veces por semana	32	27,59
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	23	19,83
Total	116	100,00
Suele eliminar su basura en alguno de los siguiente s lugares:	n	%
Carro recolector	79	68,10
Montículo o campo limpio	6	5,17
Contenedor especifico de recogida	27	23,28
Vertido por el fregadero o desagüe	4	3,45
Otros		
Total	116	100,00

“Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud elaborado por Dra. Adriana Vélchez Reyes y aplicado en adolescentes de la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014”.

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE, 2014

Fuma actualmente:	n	%
Si fumo, diariamente	7	6,03
Si fumo, pero no diariamente	10	8,62
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	11	9,48
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	88	75,86
Total	116	100,00
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n	%
Diario	3	2,59
Dos a tres veces por semana	5	4,31
Una vez a la semana	6	5,17
Una vez al mes	6	5,17
Ocasionalmente	22	18,97
No consumo	74	63,78
Total	116	100,00
Nº de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	55	47,41
[08 a 10)	46	39,66
[10 a 12)	15	12,93
Total	116	100,00
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	104	89,66
4 veces a la semana	12	10,34
No se baña		
Total	116	100,00
Tiene establecidas sus reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina	n	%
Si	101	87,07
No	15	12,93
Total	116	100,00
Cada cuanto tiempo acude a un establecimiento de salud	n	%
Una vez al año	19	16,38
Dos veces al año	9	7,76
Varias veces durante el año	27	23,28
No acudo	61	52,59
Total	116	100,00

Continua...

TABLA 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE, 2014

Actividad física que realiza en su tiempo libre	n	%
Caminar	31	26,72
Deporte	62	53,45
Gimnasia	9	7,76
No realizo	14	12,07
Total	116	100,00
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	n	%
Caminar	50	43,10
Gimnasia suave	19	16,38
Juegos con poco esfuerzo	13	11,21
Correr	28	24,14
Ninguna	5	4,31
Total	116	100,00
Cuando ha tenido algún problema, ha pensado en quitarse la vida	n	%
Si	36	31,03
No	80	68,97
Total	116	100,00
En el último año ha sufrido algún daño a su salud por alguna violencia por agresión	n	%
Armas de fuego	5	4,31
Objetos cortantes	8	6,90
Puñetazos, patadas, golpes	4	3,45
Agresión sexual	2	1,72
Otras agresiones o maltratos	4	3,45
No presente	93	80,17
Total	116	100,00
Indique el lugar de la agresión o violencia	N	%
Hogar	9	7,76
Escuela	7	6,03
Transporte o vía pública	4	3,45
Lugar de recreo o deportivo	3	2,59
Establecimiento comercial		
Otros	93	80,17
Total	116	100,00

Continúa...

TABLA 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE, 2014

Conclusión

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frutas	73	62,93	31	26,72	12	10,34				
Carne	55	30,17	33	28,44	38	32,75	7	6,05	3	2,58
Huevos	33	28,44	28	24,13	42	36,20	10	8,62	3	2,58
Pescado	20	17,24	22	18,96	38	32,75	26	22,41	10	8,62
Fideos	65	56,03	37	31,89	12	10,34	2	1,72		
Pan, cereales	79	68,10	14	12,06	13	11,20	10	8,62		
Verduras, hortalizas	48	41,37	25	21,55	28	24,13	9	7,75	6	5,17
Legumbres	22	18,97	15	12,93	32	27,59	9	7,75	38	32,76
Embutidos	14	12,07	21	18,10	43	37,07	18	15,72	20	17,24
Lácteos	26	22,41	21	18,10	26	22,41	29	25	14	12,07
Dulces	29	25	25	21,55	22	18,97	29	25	11	9,48
Refrescos con azúcar	52	44,8	25	21,55	16	13,79	16	13,79	7	6,03
Frituras	18	15,52	27	23,28	31	26,72	23	19,83	17	14,66

“Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud elaborado por Dra. Adriana Vílchez Reyes y aplicado en adolescentes de la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014”.

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 04

DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE 14”. CHIMBOTE, 2014

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	36	31,03
Centro de salud	34	29,31
Puesto de salud	13	11,20
Clínicas particulares	12	10,34
Otras	21	18,10
Total	116	100,00
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n	%
Muy cerca de su casa	18	15,51
Regular	69	59,48
Lejos	17	14,65
Muy lejos de su casa	6	5,17
No sabe	6	5,17
Total	116	100,00
Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	42	36,20
SIS - MINSA	41	35,34
SANIDAD	3	2,58
Otros	30	25,86
Total	116	100,00
El tiempo que esperó para que lo(la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	9	7,75
Largo	20	17,24
Regular	64	55,17
Corto	13	11,20
Muy corto	6	5,17
No sabe	4	3,44
Total	116	100,00

Continua...

TABLA 04

DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE, 2014

Conclusión

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	n	%
Muy buena	20	17.24
Buena	62	53.45
Regular	24	20.69
Mala	4	3.45
Muy mala	2	1.72
No sabe	4	3.45
Total	116	100,00
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	n	%
Si	88	75.86
No	28	24.13
Total	116	100,00
El motivo de la consulta por la que acude a un establecimiento de salud es	n	%
Antes de iniciar la práctica de algún deporte competitivo	15	12,93
Infecciones, trastornos respiratorios o digestivos	67	57,76
Mareos, dolores o acné	20	17,24
Cambios en los hábitos del sueño o alimentación	7	6,03
Trastornos en el hábito y animo	7	6,03
Total	116	100,00

“Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud elaborado por Dra. Adriana Vílchez Reyes y aplicado en adolescentes de la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014”.

TABLA 05

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE, 2014

Recibe algún apoyo social natural:	n	%
Familiares	61	52,58
Amigos	16	13,79
Vecinos	2	1,72
Compañeros espirituales		
Compañeros de trabajo	3	2,58
No recibo	34	29,31
Total	116	100,00
Recibe algún apoyo social organizado:	n	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	1	0,86
Seguridad social	5	4,31
Empresa para la que trabaja		
Instituciones de acogida		
Organizaciones de voluntariado	6	5,17
No recibo	104	89,65
Total	116	100,00

“Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud elaborado por Dra. Adriana Vílchez Reyes y aplicado en adolescentes de la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014”.

TABLA 06

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE, 2014

Apoyo social de las organizaciones	Si		No	
	n	%	n	%
El programa Beca 18	5	4,31	111	95,69
Programa de alimentación escolar			116	100,00
Programa de cooperación 2012-2016	4	3,45	112	96,55
Comedores populares	27	23,28	89	76,72
Total				

“Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud elaborado por Dra. Adriana Vílchez Reyes y aplicado en adolescentes de la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014”.

4.2 Análisis de resultados

TABLA 1: Del 100% (116) de adolescentes de la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote; el 52,6% (61) son de sexo masculino; en la edad el 56,9% (66) tienen de 15 a 17 años; en el grado de instrucción el 100.0% (116) tienen secundaria incompleta y completa; en el grado de instrucción de la madre el 47,1% (55) tienen secundaria incompleta y completa; en el ingreso económico familiar el 48,3% (56) tienen un ingreso menor de s/.750.00; en ocupación del jefe de familia el 70,69% (82) son trabajadores estables.

Estos resultados se relacionan con lo encontrado por: Morales L (39), en su estudio titulado “Familia, motivación y rendimiento académico de los estudiantes de Chimbote cuyos padres trabajan en el extranjero”, indica que el 58,1% de los estudiantes se ubican en el nivel medio del clima social familiar; el 32,3% en el nivel malo; y el 9,7 % en el nivel bueno. En cuanto a la motivación de logro se observa que 51,6% se ubica en tendencia alta; el 41,9% en la tendencia baja; y el 6,5% en la categoría baja. Con respecto al rendimiento académico se observa que el 54,9% se ubican entre los niveles bajo; el 32,3% en el nivel medio; y sólo un 12,9% se ubican en el nivel alto. Entonces concluye que, la motivación de logro no está relacionada con el rendimiento académico. Sin embargo, el clima social familiar está relacionado significativamente con el rendimiento académico.

Estos resultados se relacionan a lo encontrado por Ávila J. (40), en su investigación titulada “Determinantes de la salud en los adultos del 63 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.

Ser adolescente comprende las edades de desde 11 años, 11 meses y 29 días hasta 17 años, 11 meses y 29 días; Esta etapa trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, que son fascinantes porque logran la transformación del niño en adulto. Como todos los procesos importantes de cambio, genera perturbaciones y confusión. Por eso es angustiosa para el adolescente e incomprensible para los adultos, pero es esencial para el desarrollo de la vida y -si los adultos no lo impedimos- culmina exitosamente en la madurez y en el avance de la sociedad (41).

Lo peor que la sociedad puede hacer por un adolescente es truncarle su desarrollo, obligándolo a seguir siendo niño cuando ya no lo es o a ser adulto antes de tiempo. Ocurre cuando no se les otorgan libertades y responsabilidades, o cuando debe trabajar para sostenerse, cuando es explotado por alguien, cuando lo prostituyen, cuando le llevan a un lugar de reclusión, cuando tiene que migrar lejos de su entorno o cuando tiene una maternidad o paternidad precoz (41).

En la presente investigación se observa que un poco más de la mitad de los adolescentes son de sexo masculino, es decir existen más varones que mujeres en los adolescentes de dicha institución educativa y se puede inducir que en muchas familias de nuestra ciudad los padres prefieren hacer estudiar a los varones porque son los que algún día serán jefes de familia y tendrán más responsabilidades que las mujeres , teniendo estos que adquirir mejores trabajos y es así pues que haciéndoles culminar la secundaria puedan alcanzar un nivel de instrucción mejor y tener más oportunidades laborales.

Como otro indicador tenemos al grado de instrucción, el cual se define como un ámbito educativo, puede tratarse de educación formal o informal, impartida en un círculo familiar o en una escuela, colegio o universidad, también es la capacidad o el grado más elevado de estudios realizados en el transcurso de la vida a través de cursos donde se va adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos (42).

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

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (42), reveló que el nivel educativo predominante en el Perú es de secundaria con 8, 287,670 personas entre hombres y mujeres, encontrando relación con los datos obtenidos en el presente estudio, como sabemos el “Grado de Instrucción” es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que permitirá un mejor desenvolviendo y mejora tanto en ámbitos individuales y sociales.

Se evidencia que la totalidad de los adolescentes tienen grado de instrucción secundaria completa o secundaria incompleta, probablemente se deba que son adolescentes y estén cursando el año escolar y estén por terminar la secundaria.

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

Las personas con un nivel económico inferior son más vulnerables a enfermedades crónicas debido a la escasez de medios materiales, también van a tener condiciones de vida menos saludables y acceso limitado a los servicios sanitarios (servicios de prevención, diagnóstico precoz y

tratamiento). Por otro lado podemos decir que el bajo nivel económico no va permitir a la población cumplir sus metas como por ejemplo estudiar una carrera profesional, poner un negocio, arreglar sus viviendas y/o brindar una educación de calidad a sus hijos lo cual esto conllevaría a alterar su salud física y mental de este grupo etario (43).

De igual manera los ingresos económicos se pueden relacionar tanto con diversos aspectos económicos pero también sociales ya que la existencia o no de los mismos puede determinar el tipo de calidad de vida de una familia o individuo, así como también las capacidades productivas de una empresa o entidad económica. Los ingresos sirven además como motor para la futura inversión y crecimiento ya que, aparte de servir para mejorar las condiciones de vida, pueden ser utilizados en parte para mantener y acrecentar la dinámica productiva de la persona (44).

El nivel socioeconómico determina la morbimortalidad de un grupo definido tanto directamente como a través de su influencia decisiva sobre algunos factores como disponibilidad de recursos económicos, servicio de atención médica, viviendas, saneamiento básico, etc., cada comunidad tiene sus estructuras económicas y las relaciones que de ellos se establecen determinaran la morbimortalidad de diferentes grupos humanos tener mejores ingresos económicos equivale a tener una mejor alimentación, educación, vivienda, salud (45).

Resultados de la presente investigación guardan relación con la autora ya que observamos un ingreso económico menos de la mitad de s/.750 mensuales lo que hace que la persona disminuya su bienestar, no pudiendo satisfacer sus necesidades básicas, afectando su calidad de vida, como que a su vez ocasiona un desequilibrio emocional y mental.

Es por ello que el grado de instrucción, el empleo y el ingreso económico son indicadores importantes en la vida del adolescente para poder de esta manera satisfacer necesidades básicas y tener de esto modo una mejor calidad de vida en la sociedad, el desempleo es sin duda una preocupación, por ello es importante sensibilizar a las autoridades de la región, política y programas del país y de la región sobre la importancia de promover acciones en favor del empleo decente, condiciones de empleabilidad, a fin de disminuir la pobreza y evitar que los adolescentes busquen las cosas fáciles y dedique su tiempo al vicio. Ayudándolos a emprender negocios propios, con el fin de mejorar la sociedad.

Se concluye que los adolescente de la I.E “Víctor Andrés Belaunde” presentan indicadores que afectan de manera negativa a su salud, como el bajo ingreso económico familiar, el grado de instrucción no es acorde a la edad y la ocupación del jefe de familia , es por ello que este grupo de personas están expuestos a infinidad de problemas o enfermedades, además los adolescentes son personas que no tienen experiencias o la capacidad de poder asumir con responsabilidad sus actos y no van a estar preparados para priorizar ya que estarán pendientes de solo la moda, fiestas, relaciones personales o cualquier otra actividad, es por ello necesario

identificar los determinantes de salud biosocioeconómico, para que el personal de salud de la jurisdicción pueda intervenir y tener un impacto positivo, tratando de incentivar un estilo de vida saludable y por ende mejorar la calidad de vida de los adolescentes.

TABLA 2: Del 100,0% (116) de adolescentes de la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote; el tipo de vivienda el 59,48% (69) es vivienda multifamiliar; en la tenencia del hogar 87,07% (101) es propia; en el material de piso el 61,21% (71) es de loseta, vinílicos o sin vinílicos; en el material de techo el 62,07%(72) es de material noble, ladrillo y cemento; en el material de las paredes el 80,18% (93) es de material noble, ladrillo y cemento; el 49,14% (57) duermen en una habitación independiente; en el abastecimiento de agua el 31,72% (60) tienen conexión domiciliaria; en eliminación de excretas el 90,62% (105) tienen baño propio; en combustible para cocinar el 90,52% (105) tiene gas, electricidad; en energía eléctrica el 65,52% (76) tienen energía eléctrica permanente; en disposición de la basura el 87,07% (101) entierra, quema o en el carro recolector; en la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa el 31,90% (37) es diariamente; en eliminación de la basura el 68,10% (79) en el carro recolector.

Estos resultados se relacionan con: Fernández L. y Col. (46), en su estudio titulado “Calidad de vida y satisfacción familiar en los jóvenes integrantes de hogares en situación de desconexión a los servicios públicos domiciliarios, Bogotá”, concluye que el 69,5 % de los adolescentes reside en viviendas en condiciones habitacionales inadecuadas. De estos, el 48,3 %

habita en condiciones inadecuadas con riesgos ambientales, es decir, son viviendas cuyos materiales de techo, piso y paredes no son apropiados (por ejemplo: piso de tierra, paredes de cartón, madera o plástico y techo de madera, zinc o plástico), que perjudicaran la salud del adolescente.

Estudios similares como: Quispe R. (47), analizo el “Problema de la vivienda en el Perú, retos y perspectivas”. Concluyendo que una vivienda precaria tiene como factores la inaccesibilidad al agua potable, saneamiento básico, hacinamiento, etc. Generando enfermedades. En la presente investigación se encontró que el déficit de viviendas en el Perú es principalmente de orden cualitativo pues presenta malas condiciones de habitabilidad, donde los afectados son los adolescentes de bajos ingresos; las mujeres tienen mayores riesgos de resultar expuestas a peligros del ambiente hogareño, los grupos de población con riesgos son de 0 a 14 años y recae en la población de 65 años a más.

Estos resultados son similares con los encontrados por Kise A (48), en su investigación titulada: Determinantes de la salud en los adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas Villa María-Nuevo Chimbote, 2012, donde su muestreo estuvo conformado por 100 adolescentes; se destacó que el 71% tiene una vivienda de tipo multifamiliar, el 48% su tenencia es propia, el 98% cuenta con un piso de losetas, el 93% cuenta con un techo de material noble, el 100% tiene sus paredes de material noble, el 87% cuenta con habitaciones independientes, el 100% cuenta con conexión domiciliaria de agua, baño propio, energía eléctrica permanente y suelen eliminar su basura por el carro recolector, el 92% reporta que la frecuencia

con que pasan recogiendo la basura por su casa es de todas las semanas pero no diariamente y en el combustible para cocinar el 91% utiliza gas o electricidad.

Los resultados obtenidos en el presente estudio difiere en lo encontrado por Santa María R. (49), en su estudio titulado: La iniciativa de vivienda saludable en el Perú –2008. Podemos observar que sigue siendo la casa independiente el tipo de vivienda mayoritaria en el país 85,61%; el 34,8% presenta paredes con exteriores de adobes o tapias; 9,7% de madera. Excepto que el 46,7% de viviendas con paredes de ladrillos o bloques de cemento.

Los resultados difieren a lo investigado por Alzate E y Col. (50), quienes investigaron sobre la Vivienda Nueva Rural enmarcada en la Estrategia de Vivienda Saludable: Copacabana, Antioquia (Colombia) – 2011. Se encontró que el 58,3% de la población cuenta con vivienda propia, el material del piso y paredes es liso impermeable con el 100,00%, el 100,00% cuenta con techo de Eternit; excepto que el 93,1% de viviendas tiene cobertura de energía; el 25,0% de las viviendas son arrendadas; el 11,8% utilizan leña y madera como combustible para la cocción de alimentos.

Una vivienda es una edificación o unidad de edificación, construida, adaptada o convertida para ser habitada por una o más personas en forma permanente o temporal. Debe tener acceso directo e independiente desde la calle o a través de espacios de uso común para circulación como pasillos, patios o escaleras (51).

Contar con una vivienda adecuada es uno de los aspectos más importantes en la vida de una persona, pero lo más importante es el apoyo y el calor humano para formar un hogar saludable. La vivienda debe ser un sitio para dormir y descansar en el que las personas se sientan protegidas y gocen de privacidad y un espacio personal.

Se entiende por tipo de vivienda, al conjunto de viviendas que tienen una o más características comunes que las hacen semejantes entre sí y diferentes de otras. Además, en atención a las normas que determinan las relaciones de convivencia de las personas que residen en ellas, pueden ser clasificadas en viviendas particulares o viviendas colectivas (51).

Una habitación es el espacio situado en una vivienda, generalmente, cerrado por paredes que se elevan desde el piso hasta el techo y que tiene por lo menos una superficie para dar cabida a la cama de una persona adulta (51).

Cualquiera sea el material que se emplea para la construcción, la vivienda debe contar con estructuras firmes y seguras. Las paredes de las habitaciones deben ser lisas, sin grietas. Las paredes de las habitaciones deben ser lisas, sin grietas para evitar la como ratas, pulgas, garrapatas y otros que pueden transmitir enfermedades. Los pisos deben ser compactos, impermeables y de fácil limpieza. Los techos deben proporcionar protección y seguridad para evitar el ingreso del agua de lluvia y de animales que generan enfermedades (52).

Una habitación es el espacio situado en una vivienda, generalmente, cerrado por paredes que se elevan desde el piso hasta el techo y que tiene por lo menos una superficie para dar cabida a la cama de una persona adulta (52).

En la investigación realizada en la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde” la mayoría de adolescentes su tenencia del hogar es propia y más de la mitad tienen vivienda multifamiliar, siendo la tenencia del hogar propio una tranquilidad para la familia ya que no estarán predispuestos a un desalojo o vivir en preocupación por alquiler de casas, como también formar parte de una vivienda multifamiliar trae un impacto negativo en la salud física y mental de los adolescentes, en relación con otras personas y la familia, ya que dentro de ella se puede ser testigos de muchos acontecimientos como problemas familiares, discusiones, agresiones, maltrato físico y psicológico entre parejas y hermanos por la falta de dinero o empleo. Entonces estos adolescentes al tratar de evadir estos problemas, buscan salidas fáciles o maneras sencillas de olvidar sus problemas, a través del alcohol, cigarros, drogas, pandillaje etc.

El abastecimiento de agua está referido a la forma de abastecimiento y procedencia del agua que utilizan los miembros del hogar en la vivienda, ya sea para beber, cocinar o realizar su aseo personal o de la vivienda (53).

Red pública de agua potable dentro de la vivienda, cuando existe conexión de agua potable dentro de la vivienda. Red pública de desagüe dentro de la vivienda, cuando la conexión del servicio higiénico está dentro de la vivienda (53).

Se denomina agua potable o agua para consumo humano, al agua que puede ser consumida sin restricción debido a que, gracias a un proceso de purificación, no representa un riesgo para la salud. El término se aplica al agua que cumple con las normas de calidad promulgadas por las autoridades locales e internacionales garantizando la trazabilidad de los procesos y la consecución de la exactitud requerida en cada caso; empleando para ello instrumentos, métodos y medios apropiados (54).

La falta de acceso al agua potable, junto al deficiente saneamiento e higiene, contribuyen de manera importante a las defunciones debidas a enfermedades diarreicas. Anualmente, en el mundo se presentan 1,8 millones de muertes atribuidas a esta enfermedad (55).

La Energía o combustible utilizado para cocinar. Está referida al tipo de energía o combustible más utilizado en el hogar para preparar sus alimentos (56).

La Organización Mundial de la Salud, en su informe del 2002 (World Health Report 2002), en esta se define el uso de combustibles sólidos como la combustión de carbón y biomasa (tales como leña, carbón vegetal, estiércol, madera, o residuos de la agricultura como las cañas de maíz y otros) que debido a su disponibilidad y/o bajo costo, constituyen aun una fuente importante de energía (56).

El humo de los biomateriales contiene cantidades significativas de varios contaminantes para la salud como monóxido de carbono, partículas, hidrocarburos, y en mayor grado óxidos de nitrógeno (57).

El manejo inadecuado de los residuos sólidos contamina el aire, el agua superficial y subterránea, degrada y contamina los suelos cuando se vierten residuos químicos peligrosos. Los productos domésticos que contienen ingredientes corrosivos, tóxicos, inflamables o reactivos se consideran desechos domésticos peligrosos. Los productos como pinturas, limpiadores, aceites, baterías y pesticidas, los cuales contienen ingredientes potencialmente peligrosos, requieren un cuidado especial al deshacerse de ellos (57).

En la investigación realizada en la institución educativa “Victor Andrés Belaunde” resulta que la mayoría suelen eliminar su basura por el carro recolector y cuentan con energía eléctrica permanente, siendo una realidad no tan optimista como queremos ya que tenemos otra mitad de adolescentes que no eliminan la basura con el carro recolector dando lugar a que la contaminación ambiental se disemine, creando una cultura incorrecta y una forma de llevar la vida sin pensar en las consecuencias en el futuro, mantener la energía eléctrica permanente contribuye un mejor acceso a las redes de comunicación por todo el día y poder realizar las labores del hogar con más comodidad.

También se evidencia que menos de la mitad su abastecimiento de agua es de conexión domiciliaria, dando consigo un problema potencial ya que al no tener la totalidad de los adolescentes conexión directa de Sedapal dará consigo problemas a la escasez del agua teniendo que comprar de cisternas o recoger agua de la pileta vecinal perdiendo tiempo, sacrificando fuerzas y más grave aún que esta agua no es procesada y cuidada como debe de ser,

trayendo problemas de salud como enfermedades diarreicas y alergias o adquiriendo mayores riesgos en los adolescentes.

TABLA 3: Del 100% (116) de adolescentes de la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote; El 75,86% (88) no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual; en frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas el 63,78% (74) no consume; el 39,66% (46) duermen de 8 a 10 horas; el 89,66% (104) se baña diariamente; el 87,07% (101) tiene establecidas sus reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina; el 52,59% (61) no acude a un establecimiento de salud; en actividad física que realiza en su tiempo libre el 53,45% (62) realiza deporte; el 43,10% (50) en las 2 últimas semanas la actividad física que realizo durante más de 20 minutos fue caminar; el 68,97% (80) cuando ha tenido algún problema no ha pensado en quitarse la vida; El 80,17% (93) no presento en el último año sufrir algún daño a su salud por alguna violencia por agresión; en el lugar de agresión o violencia el 80,17% (93) fue otros; diario el 62,93% (73) consume frutas; diario el 30,17% (55) consume carne; de 1 ó 2 veces a la semana el 36,20% (42) consume huevos; de 1 ó 2 veces a la semana el 32,75% (38) consume pescado; diario el 56,03% (65) consume fideos; diario el 68,10% (79) consume pan, cereales; Diario el 41,37% (48) consume verduras, hortalizas; de 1 o 2 veces a la semana el 27,59% (32) consume legumbres; de 1 ó 2 veces a la semana el 37,07% (43) consume embutidos; menos de una vez a la semana el 25% (29) consume lácteos; diario el 25% (29) consume dulces y gaseosas; diario

el 44,8 %(52) consume refrescos con azúcar; de 1 ó 2 veces a la semana el 26,72% (31) consume frituras.

Estudios similares como lo encontrado mencionan:

Gordan E y Col (58), en el año 2009 en su investigación titulada “Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)” realizada en las escuelas de Buenos Aires, concluye que las mujeres en edades de 16 a 18 años en relación con los varones mostraron más conductas específicas de los trastornos de conducta alimentaria ya que mostraron los síntomas más severos del TCA como náuseas, vómitos y ansiedad.

Sánchez Z. (59), en su estudio titulado, “La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes”, analiza la influencia negativa que ejercen las redes sociales en los trastornos alimenticios, especialmente la anorexia y la bulimia en los adolescentes. Por lo tanto, es importante que las familias y la educación adopten medidas preventivas y de promoción de la salud mental. Concluye que las redes sociales son utilizadas por los adolescentes para diseñar su identidad y formar su personalidad.

Por otro lado Viena E y Col (60), en el año 2010 en su investigación titulada “Consumo de alcohol y de drogas en adolescentes”, concluyen que en Perú, las prevalencias más altas y la mayor intensidad en el consumo de drogas se registran en los jóvenes de 19 a 25 años, siendo la adolescencia la etapa más vulnerable para el inicio del consumo de drogas. El último estudio en población adolescente señala que 15.1% de los estudiantes

chilenos declaran haber consumido marihuana en el último año, mientras que 33% reconoce un consumo actual de tabaco y 36% de alcohol.

Moral J y Col. (61), en el año 2006, en su investigación titulada: “Modificación de las actitudes, hábitos y frecuencia de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en adolescentes”. Concluye que la experimentación y frecuencia de consumo de drogas, se da con mayor riesgo en los adolescentes de 15 – 17 que inician el consumo, asociada a la experimentación inicial con drogas institucionalizadas.

Asimismo lo encontrado por Batta A. y Col (62), en el año 2005 en su investigación titulada “Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes.”, concluyen que en Chile las mujeres adolescentes de 14 a 18 años reportan mayores niveles de problemas de salud, de eventos estresantes y estrés percibido de estrategias de afrontamiento y de ánimo depresivo.

También Fuentes L y Col (63), en el año 2008 en su investigación titulada “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes”, concluyen que en el Perú la población adolescente representa un porcentaje considerable de la población total, siendo un grupo vulnerable a factores de riesgo como los embarazos no deseados, las ITS y los conflictos familiares y sociales, debido a la falta o inadecuada información sobre sexualidad humana; como lo reflejan los resultados obtenidos en esta investigación donde el 62,69% de los adolescentes reportaron un nivel de conocimientos regular sobre las ITS.

Asimismo, Concepción O. (64), en su estudio realizado “Adolescentes y la sexualidad” concluyen que en el Perú Todos los adolescentes habían recibido información sexual, cuya fuente fundamental fue la escuela; existe deficiente comunicación padres-hijos por la falta de confianza entre ellos. El nivel cognoscitivo sobre las enfermedades de transmisión sexual y su prevención es bueno, aunque 1 de cada 9 adolescentes ha padecido una de dichas enfermedades.

Continuamente Varela M. (65), en el año 2010 en su investigación titulada” Situación de las madres adolescentes” realizado en las provincias de Panamá, concluye que el 19% De los nacimientos anuales corresponden a adolescentes de entre 15 y 19 años.

Estos resultados se asemejan de los encontrados por Miranda M (66), en su investigación titulada: Factores de riesgo a infecciones de transmisión sexual en estudiantes del 4° y 5° año de la Institución Educativa FAP José Abelardo Quiñonez Piura-Perú, 2012 donde su muestra estuvo conformada por 120 estudiantes; destaco que el 55.83% no tiene hábitos nocivos como fumar y tomar bebidas alcohólicas, el 44,17% si lo hace socialmente.

Estos resultados difieren de los encontrados por Silva D (67), en su investigación titulada: Factores de riesgo suicida en adolescentes de la Institución Educativa Divino Niño Jesús Asentamiento Humano Los Médanos Castilla-Piura, 2012 donde su muestra estuvo conformada por 93 estudiantes; destaco que el 51.6% nunca ha consumido alcohol, el 36.6% lo hace socialmente y solo un 11.8 % lo consume todos los fines de semana.

Estos resultados también difieren de los encontrados por Soria B (68), en su investigación titulada: Determinantes de la salud en las adolescentes embarazadas que acuden al puesto de salud Miraflores Alto-Chimbote, 2012 donde su muestreo estuvo conformado por 160 adolescentes; se destacó que el 45% no ha fumado nunca, el 69% ingiere bebidas alcohólicas una vez al mes, el 53% duerme de 8 a 10 horas, el 54% se baña a diario, el 59% tiene claras las reglas de conducta, el 76% en su tiempo libre realiza una actividad física como caminar, el 75% ha realizado actividad física en las últimas dos semanas por más de 20 minutos como caminar.

El cumplimiento de la Ley Antitabaco, aprobada el año 2010 por el Congreso de la República, reducirá en gran medida las más de 55 enfermedades que ocasiona la exposición del humo de tabaco en la salud de las personas (17 son algunos tipos de cáncer) y tendrá un impacto positivo en la disminución de muertes que superan aproximadamente las diez mil al año, informó el Ministerio de Salud tras saludar la importante y trascendental decisión del legislativo. Disponer de ambientes 100% libres de humo de tabaco, conforme lo establece la Ley N°29517 hace que en el Perú se fortalezca el cuidado de la salud de las personas que viven o trabajan en los espacios cerrados y más aún a los niños, adultos mayores y personas con enfermedades respiratorias y población en general (69).

El tabaco es una droga estimulante del sistema nervioso. Durante su combustión se originan más de 4 mil productos tóxicos diferentes. Entre ellos destacan por su peligrosidad y por las enfermedades a las que pueden asociarse, los alquitranes (distintos tipos de cáncer), nicotina (produce

dependencia), monóxido de carbono (enfermedades cardiovasculares), irritantes como los fenoles, amoniacos, ácido cianhídrico (enfermedades respiratorias como bronquitis crónica y enfisema pulmonar) (70).

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La OMS lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones (71).

El consumo de alcohol está relacionado con más de 60 condiciones de salud que van desde las que son resultado de un consumo excesivo durante el embarazo y que afecta al feto, a lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, enfermedades cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia. (72).

El sueño es una necesidad humana básica, antiguamente el sueño se consideraba como un estado de inconsciencia, recientemente se considera el sueño como un estado de alteración de la conciencia en la cual la percepción y la reacción al ambiente están disminuidas, la mayoría de los adolescentes requiere dormir de 8-10 horas cada noche para evitar la fatiga y la vulnerabilidad excesiva a las infecciones (73).

El baño e higiene personal está considerado como una de las actividades de la vida diaria la cual está ligada al mantenimiento de la salud y a la prevención de enfermedades la cual está condicionada por normas sociales,

culturales y personales que regulan cuando y de qué forma las llevamos a cabo (74).

Los resultados dados en la investigación en la I.E” Víctor Andrés Belaunde” reflejan que la mayoría no ha fumado nunca de manera habitual, y no ingiere bebidas alcohólicas, siendo esto beneficiable para la salud de los adolescentes porque las personas que no fuman, consumen alcohol en cantidades moderadas, son físicamente activas, llevan una dieta equilibrada y no padecen sobrepeso u obesidad corren un riesgo mucho menor de muerte temprana que quienes tienen hábitos poco sanos y de esta manera en sus relaciones interpersonales serán estables y en el colegio no tendrán distracciones y su rendimiento escolar irá en avance , pero no dejando de lado existe otra mitad que si ingiere siendo esto negativo para los adolescentes ya que tienen más riesgos a el uso de drogas y puedan adquirir una dependencia o adicción y una manera saludable de rehabilitación sería el deporte, ya que brindaría un desarrollo físico y emocional saludable en estos adolescentes.

Estos datos nos permiten demostrar la necesidad de desarrollar campañas de prevención y recuperación que permitan detectar a los menores que tienen problemas emocionales y darles la atención apropiada para evitar el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, asimismo es necesario identificar a los adolescentes con mayor probabilidad de desarrollar dependencia.

Hijos de padres democráticos alcanzan un equilibrio en sus prácticas, combinando en la relación con sus hijos la comunicación y el afecto con el

control no coercitivo de la conducta y las exigencias de una conducta responsable, sus relaciones son cálidas, permiten a los hijos tomar parte de las decisiones, y expresar sus opiniones e individualidad. Ponen normas, reglas y límites claros sobre la conducta. Los adolescentes criados en este ambiente tienen índice más altos de autoconfianza, actitudes positivas hacia el trabajo, y salud mental, por tanto muestran menos problemas psicológicos y conductuales (75).

No obstante, en esta etapa de la vida, los beneficios derivados de disponer de amistades son más abundantes que los inconvenientes. Entre estos beneficios, cabe destacar, el apoyo emocional para superar los problemas característicos de la adolescencia, o algunas situaciones estresantes, el amor es recíproco, se suelen asociar con la satisfacción (76).

Asimismo menos de la mitad manifiestan que duerme de 6 a 8 horas, esto nos evidencia que un porcentaje menor de adolescente mantiene un sueño tranquilo y necesario para responder todo el día en las distintas actividades que tienen q realizar como en el hogar y en el colegio, quedando de lado el mayor porcentaje que no descansa lo necesario y esto es perjudicable para su salud , dando lugar a problemas académicos y bajo rendimiento escolar ya que se sentirán cansados en las clases y no responderán como deben tan solo por no descansar lo necesario.

Asimismo la mayoría se baña a diario, la mayoría tiene claras las reglas de conducta, como se sabe en la adolescencia existen cambios hormonales y eliminación de las toxinas, además que ellos juegan, corren y sudan dando lugar a olores fuertes en su cuerpo, es por esto que el baño diario es

indispensable para eliminar los microorganismos residentes, mejorando la comodidad de su cuerpo y sentirse en confort. Como también cabe mencionar que un mayor porcentaje tienen establecidas sus reglas de conducta siendo esto una actitud positiva ya que hoy en día el adolescente es muy rebelde y siempre se siente que tiene la razón y mantener su comportamiento tranquilo y sepa cómo comportarse ante cualquier situación hablara muy bien de él y será respetado por la sociedad.

Las variables aquí analizadas son parte de las 12 actividades diarias de la teoría de Nancy Roper como: movilidad sueño, ocio, aseo personal y el beber, en la cual nos dice que en el transcurso de su vida las personas requieren asistencia de enfermería para saber afrontar los posibles problemas potenciales o reales, destacando la labor de enfermería como educadoras de la salud promoviendo lo que ahora llamamos estilos de vida saludables.

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (77).

La actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos y que requiere de un “gasto de energía”. Cuando esta actividad es planeada, estructurada y repetida para mantener una buena salud. El

ejercicio es necesario para la conservación y el mantenimiento de la salud. La práctica regular del ejercicio, mejora la digestión, el sistema óseo, el sistema circulatorio y por ende, el funcionamiento del corazón y el aporte de energía y nutrientes a todo el organismo (78).

Un término que es frecuentemente utilizado en relación con la actividad física es la actividad física en tiempo libre o de ocio. Este término se aplica a aquellas actividades físicas que se caracterizan por la libre elección, ausencia de restricciones para su realización, compromiso y motivación personales, relajación y disfrute. La incorporación de la actividad física durante el tiempo libre o de ocio es una conducta que debería fomentarse, dado que esas actividades probablemente se constituyen en hábitos que duran toda la vida (79).

En la investigación efectuada a los adolescentes de la I.E “Víctor Andrés Belaunde” se encontró que un poco más de la mitad en su tiempo libre realiza una actividad física como deporte dando lugar a que los adolescentes tengan menos riesgos de tener obesidad, sobrepeso o problemas cardiovasculares, llenándose así de energía por el ejercicio que es vital en esta etapa de vida ya que aún están en desarrollo físico y menos de la mitad ha realizado en las últimas dos semanas actividad física durante más de 20 minutos como correr esto evidencia que los adolescentes no tienen una rutina diaria de ejercicio y el cual se debe tener ya que se sabe que la actividad física diaria no es opcional sino debe ser de manera exigente para contribuir con nuestro organismos, además que los adolescentes a manera que realizan ejercicios diariamente despejan su mente

de las cosas que le preocupan , como también fortalecen sus músculos y establecen un control cardiaco.

La bulimia es trastorno alimentario y psicológico caracterizado por la adopción de conductas en las cuales el individuo se aleja de las formas de alimentación saludables consumiendo comida en exceso en periodos de tiempo muy cortos, también llamados “atracones”, seguido de un periodo de arrepentimiento, el cual puede llevar al sujeto a eliminar el exceso de alimento a través de vómitos o laxantes. El temor a engordar afecta directamente a los sentimientos y emociones del enfermo, influyendo de esta manera en su estado anímico que en poco tiempo desembocará en problemas depresivos (80).

La anorexia es un trastorno en donde pueden tener un miedo intenso a aumentar de peso, incluso cuando están con peso insuficiente. Es posible que hagan dietas o ejercicio en forma excesiva o que utilicen otros métodos para bajar de peso. No se conocen las causas exactas de la anorexia muchos factores probablemente estén involucrados. Los genes y las hormonas las actitudes sociales que promueven tipos de cuerpos muy delgados también pueden contribuir (80).

La alimentación saludable, hace referencia a la disponibilidad de alimentos, el acceso de las personas a ellos y el aprovechamiento biológico de los mismos. Se considera que un hogar está en una situación de seguridad alimentaria cuando todos sus miembros tienen acceso y disponen de manera sostenida alimentos suficientes en cantidad y calidad según las necesidades biológicas. La seguridad alimentaria existe cuando todas las

personas tienen en todo momento acceso físico, social, y económico a alimentos suficientes, seguros y nutritivos para cubrir sus necesidades nutricionales y las preferencias culturales para una vida sana, activa y saludable (81).

La creación de hábitos alimenticios es uno de los determinantes del estilo de vida que se va adquiriendo desde la infancia, además empieza a ser influenciado por varios factores como lo son la cultura, las costumbres y el ambiente en el que se desenvuelve cada persona.

La Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación y la Organización Mundial de la Salud, efectuaron el informe dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. El informe concluye que una dieta con poco consumo de grasas saturadas, azúcar y sal, y mayor consumo de hortalizas y frutas, además de la práctica regular de alguna actividad física, contribuirá a reducir las altas tasas de muerte y enfermedades crónicas. Los organismos de Naciones Unidas subrayaron la necesidad de establecer nexos más fuertes entre los sectores de la salud y la agricultura, a escala mundial, regional y nacional, para combatir el incremento mundial de las enfermedades crónicas (82).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) respaldó a la Ley de Promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y Adolescentes aprobada, recientemente, por el Congreso de la República. Esto regula los contenidos publicitarios relacionados con alimentos y bebidas no alcohólicas para reducir las enfermedades vinculadas con el sobrepeso y obesidad, también males crónicos como la diabetes, hipertensión arterial,

problemas cardiacos, insuficiencia renal, entre otros. También fomenta la actividad física, la implementación de quioscos y comedores saludables en las instituciones de educación básica regular para lograr estilos de vida saludable que contribuyan a prevenir estas enfermedades (83).

Los seres humanos requieren de alimentos que aportan nutrientes a través de las proteínas, los carbohidratos, los lípidos, las vitaminas y minerales necesarios para la vida (84).

Las proteínas son compuestos orgánicos formados por carbono, hidrógeno, oxígeno y nitrógeno, las encontramos en carnes, huevos, leche y leguminosas principalmente. Son componentes irremplazables dentro de la dieta del hombre ya que éstas contienen aminoácidos esenciales que el organismo no sintetiza. Junto con el agua, son el principal componente de todos los órganos y estructuras del cuerpo (85).

Los carbohidratos o azúcares: son los encargados de aportar la energía necesaria para realizar las actividades diarias, permiten mantener la temperatura corporal y ayudan a la renovación de los tejidos (85).

Los adolescentes tienen necesidades nutritivas marcadas por procesos de maduración sexual, aumento de talla y peso, aumento de masa corporal y aumento de masa ósea, por lo que requiere mayor cantidad de energía y nutrientes como carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales, en forma equilibrada o balanceada. Debe aumentar el consumo de leche, pescado, frutas a diario, además debe consumir ocho vasos de agua diario y aceites vegetales. Las necesidades son muy distintas entre los adolescentes y

dependen de sus características personales, por lo que no se puede generalizar un tipo de dieta (86).

En la investigación efectuada a los adolescentes de la I.E “Víctor Andrés Belaunde” se encontró que la mayoría de los adolescentes comen fruta a diario que significa que es óptimo para la salud del adolescente ya que se sabe que la fruta aporta fibra, vitaminas, antioxidantes y minerales al organismo, además que comer una fruta al día ayuda a la digestión de todo lo consumido durante el día y facilita el drenaje de líquidos, al ser diuréticas y depuradoras del organismo; pero estos resultados no resultan del todo ciertos ya que consumir fruta a diario no es tan fácil para la economía y al ver el ingreso económico familiar que tienen los padres de estos adolescente es difícil creer que consumen a diario frutas.

Como también manifiesta que menos de la mitad consumen de 3 o más veces por semana carne, se sabe que las carnes rojas aportan proteínas que el adolescente necesita para el desarrollo de su masa corporal pero tampoco se debe consumir en abundancia porque es un factor cancerígeno además que es de difícil digestión analizando así que el promedio en que consumen carnes estos adolescentes es lo más óptimo.

También manifiestan que menos de una vez por semana consumen pescado y nunca o casi nunca consumen legumbres, detectando aquí un problema en su alimentación ya que el pescado y legumbres son rica en proteínas y el omega 3 para el desarrollo de la memoria e intelectual que les favorecerá en el colegio y puedan rendir el año escolar y consumirlo una vez a la semana hará que el adolescente no tengan reservas en su organismo

para satisfacer esta área creando problemas en la inteligencia y bajo rendimiento escolar siendo esta una causa a que ellos puedan decir que no aprender nada en el colegio dando paso a la deserción escolar y si esto sucediera el adolescente ya se encuentra en riesgo para ser parte de pandillas juveniles y todo por no mantener una alimentación y/o nutrición saludable.

TABLA 4, 5,6: Del 100% (116) de adolescentes de la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote; el 31,03% (36) se atendió en un hospital en los últimos 12 meses; 59,48% (69) considera que el lugar donde lo atendieron esta regularmente cerca; en el tipo de seguro el 36,20% (42) tiene ESSALUD; el 55,17% (64) el tiempo que espero para que lo atendieran le pareció regular; en la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud el 53,45% (62) fue buena; el 75,86% (88) si tiene pandillaje o delincuencia cerca de su casa; en el motivo de la consulta por la que acude a un establecimiento de salud el 57,76% (67) acude por Infecciones, trastornos, respiratorios o digestivos. En la tabla 5 corresponde que del 100% (116) de adolescentes de la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote; en recibe algún apoyo social natural el 52,58% (61) es familiar; en recibe algún apoyo social organizado el 89,65% (104) no recibe. Finalmente la tabla número 6, del 100% (247) de adolescentes de la Institución Educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote; en apoyo social de las organizaciones el 100,0% (116) no recibe el programa de alimentación escolar; el 96,55% (112) no recibe el programa de cooperación 2012-2016; el 95,69% (111) no recibe el programa beca 18; el 76,72% (89) no recibe apoyo de los comedores populares.

Estos resultados se relacionan con lo encontrado por: Carmona J. (87), en su investigación titulada “Calidad de Atención y tiempo de espera por los usuarios de una institución prestadora de servicios de Santiago de Chile, 2007”, se encontró que al concentrar los factores asociados con los aspectos negativos de la atención y caracterizar los conceptos de una buena y mala calidad con respecto a ella , es importante mencionar las variables que influyen en el proceso de atención , como entre ellas destacan las acciones de revisión y diagnóstico , el tiempo dedicado a la consulta , las acciones información y educación, no obstante las condiciones de accesibilidad a los servicios , así mismo las variables relacionada con los aspectos organizacionales , como el tiempo de espera y la capacidad de la atención influyeron de manera determinante en la percepción de la calidad de atención por los usuarios.

En Salud Pública, los estudios sobre las redes sociales han aportado datos sustanciales para comprender los beneficios que el apoyo social tiene en aquellas personas que forman parte de una red social. Sin embargo las investigaciones sobre el apoyo social sostienen que la ausencia de este afecta directamente la salud de los individuos, debido a que si una persona cuenta con programas de apoyo en su vivienda, en su colegio, en la parroquia pues siempre se sentirá más amparado, proporcionando a los individuos apoyo emocional y expresivo, así como ciertas formas de ayuda (88).

El apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis

(enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.). Entendiendo que la pertenencia a un grupo social o una comunidad pueden brindar apoyo emocional durante los momentos buenos y los malos, así como facilitar el acceso a empleos, servicios y otras oportunidades materiales, el cual estos adolescentes en su gran mayoría no la tienen, el no contar con apoyo social y más aún natural por parte de sus familiares hace que estos jóvenes se sientan discriminados, desprotegidos, sin valor para afrontar su problema de adicción a las drogas, permitiéndoles seguir refugiándose en ellas (89).

Apoyo social organizado es un conjunto de recursos humanos y materiales con los que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis entendiendo un grupo social de pertenecía brindar apoyo emocional durante los momentos malos o buenos así como facilitar el acceso a empleos, servicios y otras oportunidades.

El contar con una red social débil puede limitar las oportunidades económicas, el contacto con otras personas y, en última instancia, provocar sentimientos de aislamiento. El aislamiento social puede llevar a una ruptura familiar, la pérdida del empleo, una enfermedad o dificultades financieras. Una vez aisladas socialmente, las personas pueden afrontar mayores dificultades, no sólo para reintegrarse a la sociedad como un miembro activo, sino también para satisfacer sus aspiraciones personales respecto al trabajo, la familia y los amigos.

Beca 18 es uno de los programas que impulsa el gobierno de turno, el cual busca que los jóvenes tanto hombres como mujeres con alto

rendimiento académico pero de bajos recursos puedan acceder y concluir su formación académica técnica como profesional en reconocidas universidades e institutos brindando así oportunidades de desarrollo en el marco de la política de inclusión social (90).

En la Investigación realizada en la Institución Educativa encontramos que un poco más de la mitad de los adolescentes reciben algún apoyo social natural por parte de sus familiares; ello es un porcentaje significativo, ya que la familia es la principal fuente en que el adolescente debe refugiarse cuando tiene un problema, ya que si ella no actúa los adolescentes buscarán ayuda en otras personas y quizá algunas de ellas los lleven por el camino incorrecto.

Asimismo la mayoría de los adolescentes no reciben ningún apoyo social organizado; no recibe apoyo de ninguna organización entre ellas el programa de beca 18, ello demuestra la desigualdad de oportunidades que tienen ciertos sectores de nuestro país, puesto que la ayuda del estado no llega a todos los lugares, además se estudió que la causa de no tener beca 18 es porque desconocen del programa siendo esto un determinante negativo para el desarrollo académico ya que mientras más difundido sea el programa por los medios de comunicación más fuera la demanda de postulantes y así los adolescentes tendrían más proyección en sus metas y poseer más conocimientos científicos y prepararse para ser buenos profesionales.

Como también se encontró que la mayoría de los adolescente de la institución existe pandillaje por sus viviendas, siendo estos más

vulnerables accidentes de pandillas, como también a formar parte de estas haciendo actos delictivos y atentando contra la sociedad o crear hábitos de violencia en el colegio como practicar el bullying, cabe mencionar que este problema es por la que surge la pobreza e indiferencia de los gobiernos tradicional, los adolescentes abandonados desarrollan rencor y rebeldía a la sociedad la cual no les ofrece nada, los cuales se integran y se organizan en bandas y controlan lo que llaman su territorio enfrentándose entre sí.

Considerando que el estudiante debe desarrollar su capacidad emprendedora y el estado no actúa, la Institución educativa les brinda talleres de innovación pedagógica, en donde los adolescentes enseñan al estudiante las pautas para desarrollar sus microempresas, además les brinda diferentes talleres (talleres de computación, repostería, música, danzas).

Los servicios de salud comprenden medios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa, y deben ser suficientes para atender las necesidades de salud, tanto en cantidad como en calidad. Asimismo, han de estar en condiciones de afrontar imprevistos: desastres ambientales, accidentes de origen químico o nuclear, pandemias (91).

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios (92).

El sistema de salud peruano se compone así, de cinco subsistemas principales: Ministerio de Salud (MINSU), Es Salud, Sanidades de las

Fuerzas Armadas (FF AA) y Fuerzas Policiales e Instituciones Privadas (conocidas como Entidades Prestadoras de Salud o EPS). Por un lado la población pobre, no cubierta por EsSalud ni seguros privados o EPS, con problemas de acceso a servicios de salud y por otro lado, la población con capacidad de pago; que a su vez, forma dos grupos: los trabajadores formales, cubiertos por la seguridad social y que se atienden en EsSalud, y las clases medias o altas, en su mayoría urbanas, no cubiertas por la seguridad social o no demandantes de servicios de atención de la seguridad social , que se atienden en el sector privado o tienen cobertura de las Empresas Prestadoras de Servicios (EPS) (93).

El MINSA tiene la mayor cobertura de servicios de salud a nivel nacional y administra el 84.7% del total de establecimientos entre hospitales, centros de salud y puestos de salud ubicados en zonas urbanas, urbano marginales y rurales dispersas. Atiende a la población predominantemente pobre que no cuenta con seguro social de salud. Por otra parte, ESSALUD atiende a trabajadores del sector formal y a sus familias. Sus establecimientos están ubicados principalmente en áreas urbanas. Finalmente, los servicios de las Fuerzas Armadas y Policiales sólo atienden a sus trabajadores y familiares directos. El sub sector privado, conformado por clínicas, consultorios y organismos no gubernamentales, otorga sus servicios en las principales ciudades del país (94).

La accesibilidad geográfica de los servicios de salud es interpretada como distancia entre la oferta, equipamiento colectivo localizado y

demanda que posee la población en un momento dado. El resultado existente de esta relación (oferta y demanda) nos dará la accesibilidad y el consecuente uso efectivo de estos servicios por parte de la población. Si la localización introduce un factor de discriminación en el uso de los servicios en las diferentes áreas jurisdiccionales, es de interés analizar las relaciones espaciales entre ambas (94).

La accesibilidad a los servicios públicos, ya sea por la distancia física a ellos; por el egreso monetario que implica poder utilizarlos o por el desconocimiento necesario sobre su existencia y uso, principalmente, no son equitativos para todos, creándose en consecuencia verdaderos recortes territoriales desiguales (94).

Para el Ministerio de Salud el abordar las inequidades del usuario externo es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica. Para el usuario, la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y sobretodo, de que obtenga el servicio que procura. Cuando los sistemas de salud y sus trabajadores ponen al usuario por encima de todo, ellos le ofrecen un servicio que no solo cubren los estándares técnicos de calidad, sino que también cubren sus necesidades relacionadas a otros aspectos de la calidad, tales como respeto, información pertinente y equidad (95).

En este sentido se plantea la utilización de estándares de calidad, y un conjunto de instrumentos de soporte para la medición de los niveles de calidad alcanzados por la organización que permitan valorar el

cumplimiento de las metas previstas. Para evaluar la calidad de la atención es importante, tener en cuenta los atributos que caracterizan una buena atención de la salud. Estos son Oportunidad, Eficacia, Integralidad, Accesibilidad, Seguridad, Respeto al usuario, Información completa, Trabajo en equipo, Participación social, Satisfacción del usuario externo y Satisfacción del usuario interno (96).

Un seguro integral de salud permitirá el acceso de toda la población a un sistema de salud orientado, principalmente, a la prevención de enfermedades y a la recuperación de la salud, articulará los servicios de los prestadores públicos y privados. De este modo se amplía la oferta en salud. Garantizará los derechos a la atención de salud, en términos de acceso, oportunidad, calidad y financiamiento (contrato social). Protegerá a las familias de los riesgos de empobrecimiento en caso de enfermedades graves.

Así mismo los seguros funcionan sobre el principio básico de: trasladar el riesgo. Esto significa que es razonable tomar la responsabilidad de realizar periódicamente pequeños pagos (ESSALUD), frente a la posibilidad de una pérdida o daño de gran tamaño. Es decir, en lugar de arriesgarnos a perder una gran cantidad, es preferible pagar voluntariamente una cifra menor (el costo del seguro), haciendo menor el riesgo.

Los adolescentes se encuentran en una etapa difícil porque sufren cambios físicos y hormonales, es en esta etapa donde se rebelan contra la autoridad es por ello que es importante el apoyo de la familia y del apoyo

social organizado , muchas de las veces no todos los jóvenes acuden con su familia cuando tienen algún problema sino a los amigos porque no hay un lazo fuerte entre los padres y los hijos, de igual forma en esta edad buscan experimentar y así ocurren los embarazos no deseados, los adolescentes no acuden a muchas de las veces a los centros de apoyo como lo son los establecimientos médicos porque hay cierto tabú y/o vergüenza a ser juzgados.

En la presente investigación realizada en la I.E” Víctor Andrés Belaunde” se evidencia que menos de la mitad de los adolescentes cuentan con seguro de ESSALUD, siendo esta una entidad muy grande que presta servicio de salud para sus asegurados, asimismo es probable que la otra mitad de los adolescentes cuenten con SIS u otro seguro o no estén aun asegurados siendo esto un gran problema ya que se sabe que los adolescentes deben seguir un control de crecimiento y desarrollo evaluándolos de forma integral por un establecimiento de salud como también para cualquier emergencia que tengan y que no cuenten con seguro es exponerlos a más riesgos y suma un gran descuido de sus padres y hasta puede ser que muchos de ellos no cuenten con DNI para poder ser inscritos.

Asimismo en la presente investigación encontramos que un poco más de la mitad de los adolescentes refiere que la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue buena y más de la mitad considera que el tiempo que demoraron en atenderlo fue regular y el motivo de la consulta fue por infecciones, trastornos respiratorios o

digestivos, aquí vemos que un gran porcentaje de adolescentes perciben una buena calidad de atención por parte del personal de salud y esto habla muy bien del equipo multidisciplinario y el plan de atención , pero siendo una desventaja el tiempo de espera ya que se sabe que en ESSALUD las citas se dan por teléfono y la programación por lo general es casi por un mes y probablemente puede ser este motivo que los adolescentes acuden muy poco a la consulta dejando pasar la cita por olvido o descuido de sus padres.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- En los determinantes biosocioeconomico concluye que: La totalidad de adolescentes cursan secundaria completa/incompleta, Casi la totalidad de adolescentes realizan su eliminación de excretas en baño propio y utilizan gas, electricidad para cocinar, la mayoría en ocupación del jefe de familia son trabajadores estables, su tenencia del hogar es propia, el material del techo es de material noble, ladrillo y cemento, las paredes es de material noble, ladrillo y cemento, el material del piso es loseta , vinílicos o sin vinílicos, su basura la entierran, la queman o pasa el carro recolector, suelen eliminar su basura en el carro recolector , cuentan con energía eléctrica permanente, no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, no consume bebidas alcohólicas, se baña diariamente, tiene establecidas su reglas y expectativas claras y son consistentes acerca de su conducta y/o disciplina; más de la mitad de los adolescentes son de 15 a 17 años 11meses y 29 días y tienen viviendas multifamiliar, un poco más de la mitad son de sexo masculino, no acude a el establecimiento de salud; un poco menos de la mitad de las madres de los adolescentes tiene secundaria completa e incompleta, su ingreso económico es menor a 750 soles, duermen es en una habitación independiente y menos de la mitad manifiestan que la frecuencia con que pasan recogiendo su basura es

diariamente, el abastecimiento de agua es de conexión domiciliaria y duermen de 6 a 8 horas..

- En los determinantes de los Estilos de vida se concluye que: La mayoría de adolescentes cuando ha tenido algún problema no ha pensado en quitarse la vida y no han presentado en el último año algún daño de salud por algunas violencia o agresión y consumen a diario frutas, un poco más de la mitad realiza deporte como actividad física, menos de la mitad en las dos últimas semanas realizaron caminatas por 20 minutos, consumen de 3 o más veces por semana carne, de 1 a 2 veces por semana consumen embutidos, menos de una vez por semana consumen pescado y nunca o casi nunca consumen legumbres.
- En los determinantes de las redes social y comunitaria concluye que: La totalidad de adolescentes no reciben programa de alimentación escolar, casi la totalidad no tiene beca 18 ni programa de cooperación 2012-2014, la mayoría no cuenta con comedores populares, no recibe algún apoyo social organizado, existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa, más de la mitad considera que el lugar donde lo atendieron esta regular cerca de su casa, el tiempo que espero para que lo atendieran fue regular, el motivo de la consulta por la que acudió fue infecciones, trastornos respiratorios o digestivos, un poco más de la mitad recibe apoyo social natural de sus familiares, la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue buena, menos de la mitad de los

adolescentes cuentan con seguro de ESSALUD y la institución donde se atendieron en los 12 últimos meses fue en un hospital.

5.2 Recomendaciones:

- Difundir los resultados obtenidos en el lugar donde se ejecutó y en diferentes localidades, a fin de contribuir y enriquecer los conocimientos para mejorar los estilos de vida en los adolescentes.
- Coordinar con las autoridades comunales de Chimbote para que gestione con el puesto de salud Víctor Raúl e informar los resultados para mejorar la estrategia de salud del escolar y adolescente realizando terapias psicológicas que ayuden a la recuperación de la autoestima de estos jóvenes y difundir el “No” a la Violencia realizando campañas de salud.
- Coordinar con las autoridades para que asuman su función y estos adolescentes tenga un lugar donde puedan ellos acudir cuando sean maltratos eh identificar a los padres de estos adolescentes para que reciban ayuda psicoterapéutica y no tener más adolescentes maltratados.
- Coordinar con el director de la Institución educativa a que invite a las enfermeras del puesto de salud a que realicen frecuentemente talleres educativo con la participación de los padres de familia para concientizar y dar las orientaciones acerca de la violencia en el hogar y como entablar la comunicación padres e hijos para tener un hogar lleno de paz y amor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ly C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en el Perú. MINSA, Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud, 2005 84 pp
2. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en:
http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
3. Acevedo G, Dr. Martinez D. Manual de Medicina Preventiva y Social I .La Salud Y Sus Determinantes. La Salud Pública Y La Medicina Preventiva.2014.Disponible en:
<http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/MPyS-1-Unidad-1-Determinantes-de-la-Salud-V-2013.pdf>
4. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
5. Tarlov A, Social determinants of Health: the sociobiological transition, BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.
6. LipLicham, C; Rocabado, F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.
7. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile ;1994; 23:18-22.

8. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302
9. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.
10. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana 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. Inmaculada de la Merced. Martes 24 de Abril del 2012. Diseñado por IE Systems. Disponible en URL:<http://www.inmaculadachimbote.edu.pe/historia> E-mail: consultas@inmaculdachimbote.edu.pe
14. Garzón, Palma C, et al. “Actividad físico deportiva en escolares adolescentes” Retos: nuevas tendencias en educación física, deportes y recreación. 3. 2013: 5-12
15. Lázaro C. Hábito de consumo de alcohol y su relación con la conducción física saludable en adolescentes. [tesis doctoral]. España: Universidad de Murcia; 2011.
16. 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>.
17. Cárdenas. Análisis de la situación de salud en el Centro de Salud Villa Primavera – Sullana, Piura 2011.

18. Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial
19. Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud. OPS.: Washington; 2009.
20. Dalhigren, G. Whitehead, M.. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006
21. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
22. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed . Mexico: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
23. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
24. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:<http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
25. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.

26. Pérez Díaz Julio. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas. CSIC. 2009 disponible en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>
27. OPS, OMS Y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>
28. Eusko Jaurlaritz. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID
29. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).: Mexico; 2010. Disponible en:<http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
30. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
31. Pérez, J. Gardey,A. Definición de vivienda. [diccionario de internet] 2010. [Citado 2017 Junio. 15]. Disponible en: <http://definicion.de/vivienda/>

32. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001
33. Martínez M, Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf
34. Martos E. Analisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
35. Pérez. Equidad en los servicios de salud. Rev Cubana Salud Pública.Cuba.2007. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu07307.htm
36. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
37. Hernández C y Col. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL:

<http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.

38. Martínez N y Col, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008.
[citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL:
http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm
39. Morales L, “Familia, motivación y rendimiento académico de los estudiantes de Chimbote cuyos padres trabajan en el extranjero”, Rev. Cient. In Cres. Vol. 3 N° 2: pp. 225-238, 2012, Chimbote.
40. 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.
41. Los derechos de la adolescencia mexicana, consejo consultivo de UNICEF México, versión 3, agosto- 2006.
42. Sandoval M. Definición de grado de instruccion : [Diccionario en Internet]. 2011 [citado 2013 jun. 19]. Disponible en URL: <http://definicion.de/edad/>.
43. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2007.
44. Rodríguez M, Bienestar social y desigualdad del ingreso: diferentes enfoques para su medición, [Citado el 2008 Diciembre] Disponible desde el URL:<http://www.eumed.net/rev/oidles/05/rlh.htm>.
45. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2007.

46. Fernandez L. y Col. Calidad de vida y satisfacion familiar en los jóvenes integrantes de hogares en situación de desconexión a los servicios públicos domiciliarios, Bogotá. Dic- 2010.
47. Quispe R. El problema de la vivienda en el Perú, retos y perspectivas. Chile: Red Revista INVI, 2006. p 43. Disponible en:
<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/Doc?id=10105720&ppg=26>
Copyright © 2006. Red Revista INVI. All rights reserved
48. Kise A. Determinantes de la salud en los adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas Villa María-Nuevo Chimbote, 2012.
49. Santa María R. La iniciativa de vivienda saludable en el Perú. Rev. Perú. Med. Exp. salud pública. 2008; 25(4): 419-30.
50. Alzate A, Vélez M, López Y. Vivienda nueva rural enmarcada en la estrategia de vivienda saludable: copacabana, antioquia (colombia), 2011. Revista Hacia la Promoción de la Salud 2012; 1740-59. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126826004>. Consultado el 3 de octubre de 2013.
51. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludable 2009. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
52. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2007.
53. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el mejoramiento de la calidad del agua a nivel casero 2005. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2005.

54. Organización Mundial de la Salud. Lucha contra las enfermedades transmitidas por el agua en los hogares. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2007.
55. World Health Organization. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. The World Health Report 2002. Geneva, World Health Organization; 2002.
56. Alvis N, De la Hoz F. Contaminación del aire domiciliario y enfermedades respiratorias (infección respiratoria aguda baja, EPOC, cáncer de pulmón y asma): evidencias de asociación. Rev Fac Med 2008; 56:54-64.
57. Dirección General de Salud Ambiental. Anuario de Estadísticas Ambientales 2012. Municipalidad Metropolitana de Lima: Dirección General de Salud Ambiental; 2012.
58. Gordan E y Col, “Trastornos de la conducta alimentaria”, Edit. Marrocal, Agosto 2009, Buenos Aires
59. Sánchez Z. “La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea Rev. Cient. In Cres. Vol. 3 N° 2: pp. 299-311, 2012, Chimbote.
60. Viena E y Col. “Consumo de alcohol y de drogas en adolescentes”, salud mental, Vol. 35, No. 3, mayo-junio 2010.
61. Moral J y Col, Modificación de las actitudes y frecuencia de consumo de alcohol en adolescentes españoles a partir de un programa educativo. Colombia: Red Revista Colombiana de Psicología, 2009. p 113. Disponible en:
<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/Doc?id=10317211&ppg=16>

62. Batta A. y Col, "Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes.", *Terapia psicológica*, vol 24, Santiago de Chile, marzo del 2006.
63. Fuentes L y Col, "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes", *Revista de salud pública en adolescencia*, Vol 9 No. 4, Oct-Dic 2008.
64. Concepción O, "Adolescentes y la sexualidad", *Rev Per Med* v.31 n.4 sep.-dic. 2002
65. Varela M, "Situación de la madres adolescentes", Edit. Atlas, Octubre 2010, Panamá.
66. Miranda M. Factores de riesgo a infecciones de transmisión sexual en estudiantes del 4º y 5º año de la Institución Educativa FAP José Abelardo Quiñones Piura-Perú; 2012.
67. Silva D. Factores de riesgo suicida en adolescentes de la Institución Educativa Divino Jesús Asentamiento Humano Los Médanos Castilla-Piura 2012.
68. Soria B. Determinantes de la salud en las adolescentes embarazadas que acuden al puesto de salud Miraflores-Alto Chimbote, 2012.
69. Ministerio de Salud. Ley antitabaco ley Nro. N°29517. *Boletín MINS*A.2010. 25 (8706): 45-47.
70. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Guía sobre drogas*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
71. Organización Panamericana de la Salud. *Alcohol y atención primaria de la salud 2008*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008.

72. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y salud pública en las Américas. Washington, D.C: OPS; 2007.
73. Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y práctica. Editorial: Mc Craw Hill Interamericana. España; 2005.
74. Moruro P. Actividades de la vida diaria. Editorial Masson: España; 2006.
75. Nelsen J, Lynn L. Disciplina positiva para adolescentes. Ed: RUZ; EEUU, 2003.
76. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud 2004. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2004.
77. Roper, N. Modelos y teorías en enfermería, 7º edición, Ed: EL SEVIER MOSBY. España; 2011.
78. Segura L. Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. [Documento en internet]. Colombia; 2001. [Citado 2010 Ago. 12]. [alrededor de 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
79. Cruz P, Regidor E. Determinantes socioeconómicos de la inactividad física. Inguruak [serie en internet]. 2007 [citada 2013 Julio 17]; 44(22): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://determinantessocioeconomicos.com>
80. Pastor R. Adolescentes trastornos de alimentación. España: EDUCA; 2010.
81. Silva C. Trastornos alimenticios. Ed PRAX, México; 2007.
82. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la promoción de la alimentación y nutrición saludable 2005. Perú: Ministerio de Salud; 2005.

83. Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación. Informe sobre dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. [boletín] Ginebra: Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación; 2003.
84. Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes. Ley N° 30021. Boletín de normas legales del Diario Oficial El Peruano, número 494937 (17 May 2013).
85. Montoya R. Nutrición y alimentación balanceada. [folleto] Perú: Doyma; 2013.
86. Su salud es primero - Adolescentes, Dirección General de salud de las personas y promoción de la salud, nov – 2015.
87. Carmona J, “Calidad de Atención y tiempo de espera en los usuarios de una institución prestadora de servicios de Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile (UC)”, 2007.
88. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud 2005. Perú: Ministerio de Salud; 2005.
89. Organización Mundial de la Salud .Apoyo social organizado. [artículo de internet].2011 [Citada el 15 de Junio del 2015].Disponible en: www.OMS.def/apoyosocial.
90. MINDEF. Programa nacional beca18 [documento de internet].2013 [Citada el 15 de Junio del 2015]. Disponible en: www.mindef.gob.pe/informacion/documentos/smv_beca18.pdf

91. Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública. 2009; 26 (2): 7-12.
92. Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud 2012. Perú: Ministerio de Salud; 2012.
93. Ministerio de Salud. La Atención Primaria de Salud Exige el Desarrollo de la comunidad. Rev. Panam Salud Publica [online]. 1999, vol.5, n.6, pp 420-421. ISSN 1020-4989. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891999000500009>
94. Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y educación. Análisis espacial de las localidades de Necochea y Quesquén. Revista Transporte y Territorio. 2010; 2(4): 136-157.
95. Ministerio de salud. Encuesta de satisfacción de usuarios externos de servicios de salud en Lima 2002. Ministerio de salud; 2002.
96. Ministerio de Salud. Estándares de calidad para el primer nivel de atención 2003. Perú: Ministerio de Salud; 2003.



ANEXO N° 1

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA

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

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

Donde:

n = Tamaño de muestra

N = Tamaño de la población = 683 (Sub Director Humberto Paredes de la Institución Educativa "Fe y Alegría 14")

Z = Nivel de confianza al 95% establecido por el investigador = 1,96

p = 0,5 Proporción de individuos de la población que tiene las características que se desean estudiar.

q = 0,5 Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés.

e = 0,05 Margen de error permisible establecido por el investigador = 5%

Reemplazando:

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5) (0,5) (683)}{(1,96)^2 (0,5) (0,5) + (0,05)^2 (683-1)}$$

$$n = 247$$

ANEXO N° 2



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA
SALUD EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCION
EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”. CHIMBOTE,
2014.**

Elaborado por Dra. Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

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

2. **Edad:**

• Adolescente de 12 a 14 años, 11 meses y 29 días ()

• Adolescente de 15 a 17 años, 11 meses y 29 días ()

3. Grado de instrucción de adolescente y madre:

3.1 Grado de instrucción del adolescente

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

3.2 Grado de instrucción de la madre

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

4. Ingreso económico familiar en nuevos soles

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

5. Ocupación del jefe de familia:

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

6. Vivienda

6.1. Tipo:

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

6.2. Tenencia:

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

- Propia ()

6.3. Material del piso:

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

6.4. Material del techo:

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

6.5. Material de las paredes:

- Madera, estera ()
- Adobe ()
- Estera y adobe ()

- Material noble ladrillo y cemento ()

6.6 Cuantos personas duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua:

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

8. Eliminación de excretas:

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

9. Combustible para cocinar:

- Gas, Electricidad ()

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

10. Energía eléctrica:

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

11. Disposición de basura:

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

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

17. Con que frecuencia se baña?

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

18. Tiene establecidas sus reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina.

Si () No ()

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

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

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

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

21. ¿Ha presentado alguna conducta alimenticia de riesgo?

- Preocupación por engordar: Si () No ()
- Come demasiado: Si () No ()
- Pérdida del control para comer: Si () No ()

- Vómitos auto inducidos: Si () No ()
- Ingestas de medicamentos: Diuréticos, laxantes, pastillas Si ()No ()
- Restricción en la conducta: Ayuno, dietas, ejercicios: Si ()No ()

22. En el último año ha sufrido algún daño a su salud por alguna violencia por agresión:

- Armas de fuego ()
- Objetos cortantes ()
- puñetazos, patadas, golpes ()
- Agresión sexual ()
- Otras agresiones o maltratos ()
- No presente ()

23. Indique el lugar de la agresión o violencia:

- Hogar ()
- Escuela ()
- Transporte o vía pública ()
- Lugar de recreo o deportivo ()
- Establecimiento comercial ()
- Otros ()

24. Cuando ha tenido algún problema, ha pensado en quitarse la vida:

Si () No ()

25. Tiene relaciones sexuales:

Si () No ()

Si su respuesta es afirmativa: En su primera relación sexual hizo uso de algún método anticonceptivo:

52. Condón ()

53. Pastillas, inyectable, píldora de emergencia ()

54. Óvulos, jalea, espumas, ritmo, calendario ()

55. Ningún método ()

26. Si es Mujer

• Tuvo algún embarazo Si () No ()

• Tuvo algún aborto Si () No ()

27. Cada cuanto tiempo acude a un establecimiento de salud:

• Una vez al año ()

• Dos veces en el año ()

• Varias veces durante el año ()

• No acudo ()

DIETA:

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

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

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

29. ¿Recibe algún apoyo social natural?

- Familiares ()
- Amigos ()

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

30. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

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

31. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

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

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

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

33. El motivo de la consulta por la que acude a un establecimiento de salud es

- Antes de iniciar la práctica de algún deporte competitivo()
- Infecciones, trastornos respiratorios o digestivos ()
- Mareos, dolores o acné ()
- cambios en los hábitos del sueño o alimentación ()
- trastornos en el hábito y en el ánimo, en el comportamiento o la presencia de conductas de riesgo, como consumo de alcohol y drogas ()

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

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

35. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

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

- Muy largo ()

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

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

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

38. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si () No ()

Muchas gracias, por su colaboración

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 adolescentes de 10 a 19 años en el Perú** desarrollado por Ms.

Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Donde:

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

: 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 ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS EN EL PERÚ”. (Ver anexo--).
3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
 - esencial?
 - útil pero no esencial?
 - no necesaria?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas (Ver anexo --)
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla ---)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 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 --)

Tabla –V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud en adolescentes de 10 a 19 años en el Perú.

Nº	V de Aiken	Nº	V de Aiken
1	1,000	18	1,000
2	1,000	19	1,000
3	1,000	20	0,950
4	1,000	21	0,950
5	1,000	22	1,000
6.1	1,000	23	1,000
6.2	1,000	24	1,000
6.3	1,000	25	1,000
6.4	1,000	26	1,000
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 10 a 19 años de edad en el Perú.

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

ANEXO N°3

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

N°	Expertos consultados										Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9	Experto 10					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000

19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
21	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
35	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
38	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
Coefficiente de validez del instrumento															0,998

ANEXO N°4

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS

DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADOLESCENTE DE 10 A 19

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

Gracias por su colaboración.



ANEXO N°5

UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADOLESCENTES DE LA
INSTITUCION EDUCATIVA “VÍCTOR ANDRÉS BELAUNDE”.
CHIMBOTE, 2014.**

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.

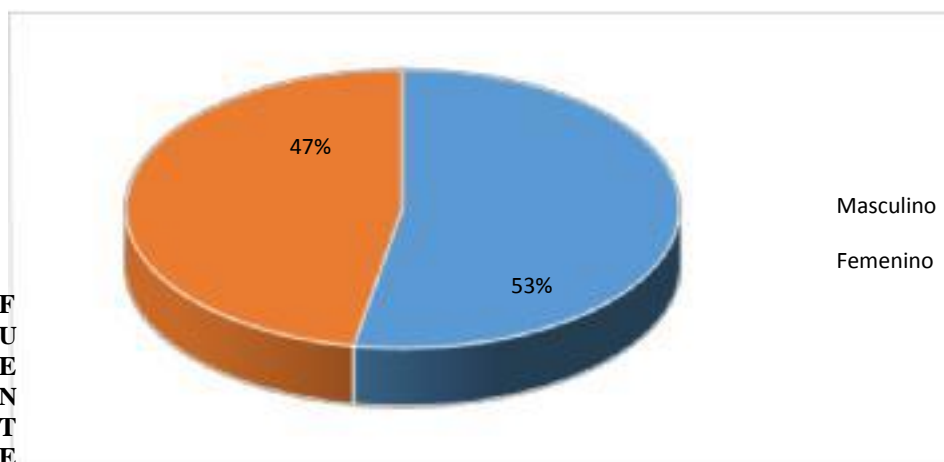
La investigadora se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de
los datos, los resultados se informaran de modo general, guardando en reserva la
identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi participación
firmando el presente documento.

FIRMA

.....

ANEXO
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

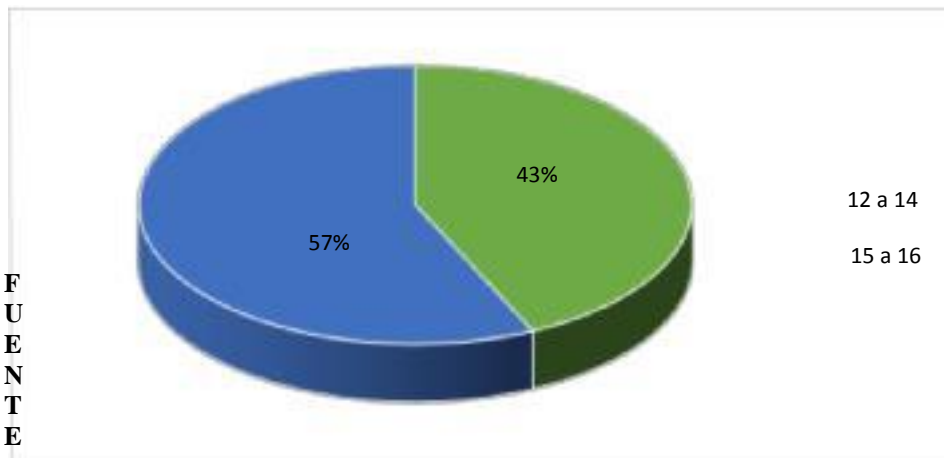
GRAFICO 1: SEXO



F
U
E
N
T
E
:

FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

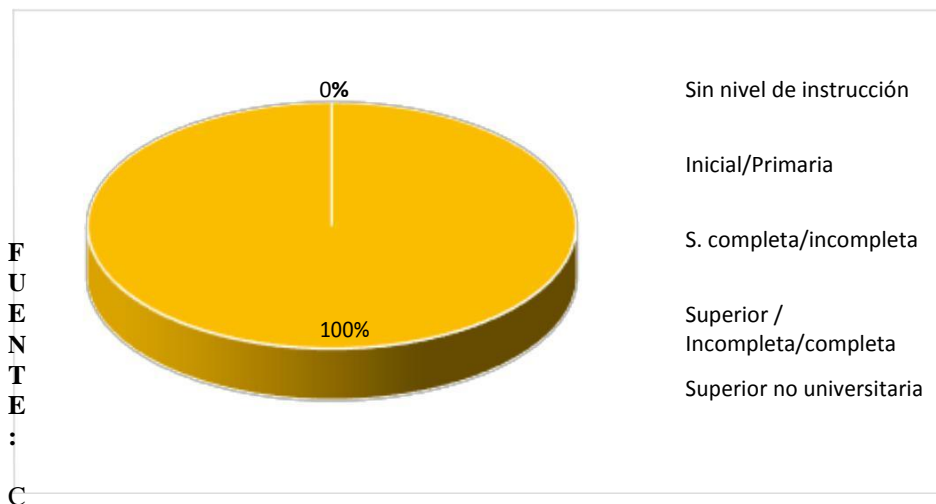
GRAFICO 2: EDAD



F
U
E
N
T
E
:

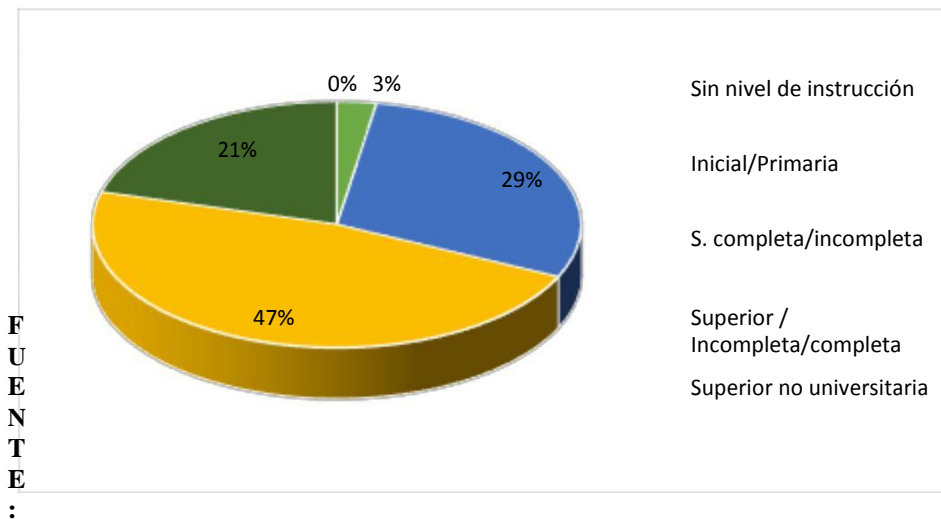
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes

GRAFICO 3: GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL ADOLESCENTE



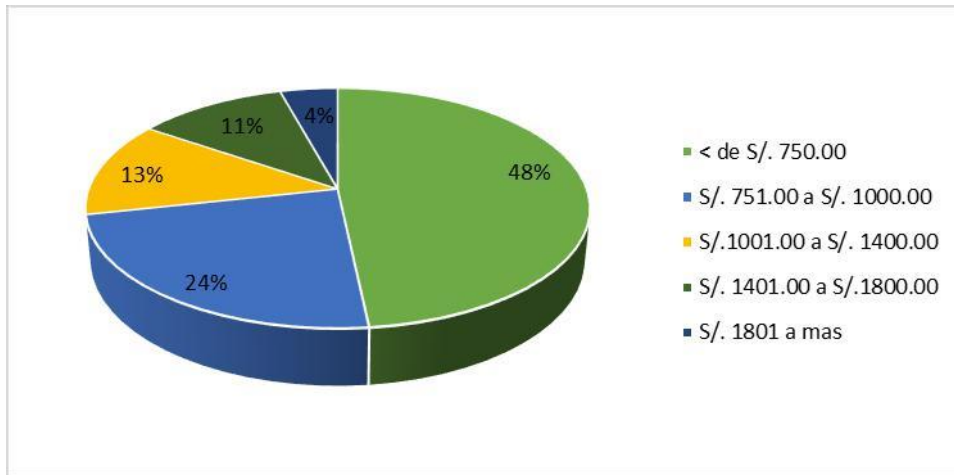
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Fe y Alegría 14”. Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra.Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 4: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE



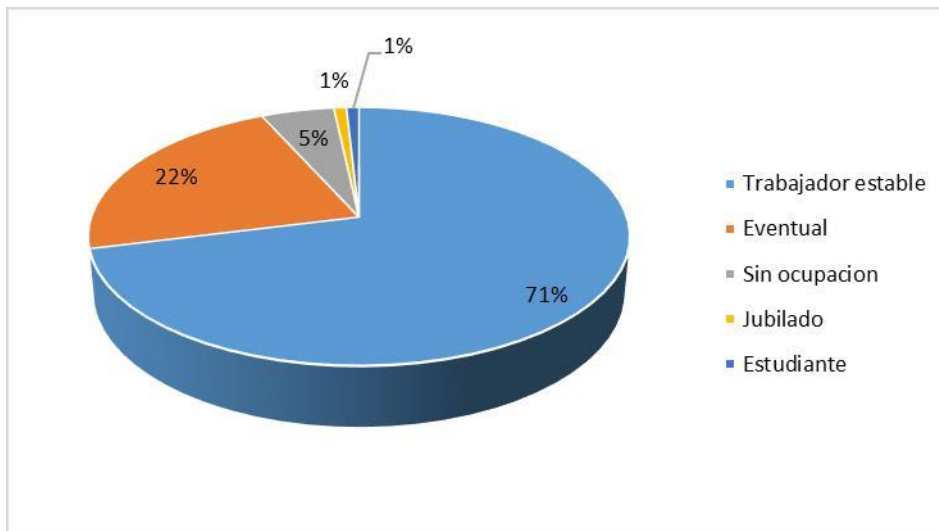
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Fe y Alegría 14”. Nuevo Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. .Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 5: INGRESO ECONOMICO FAMILIAR



FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

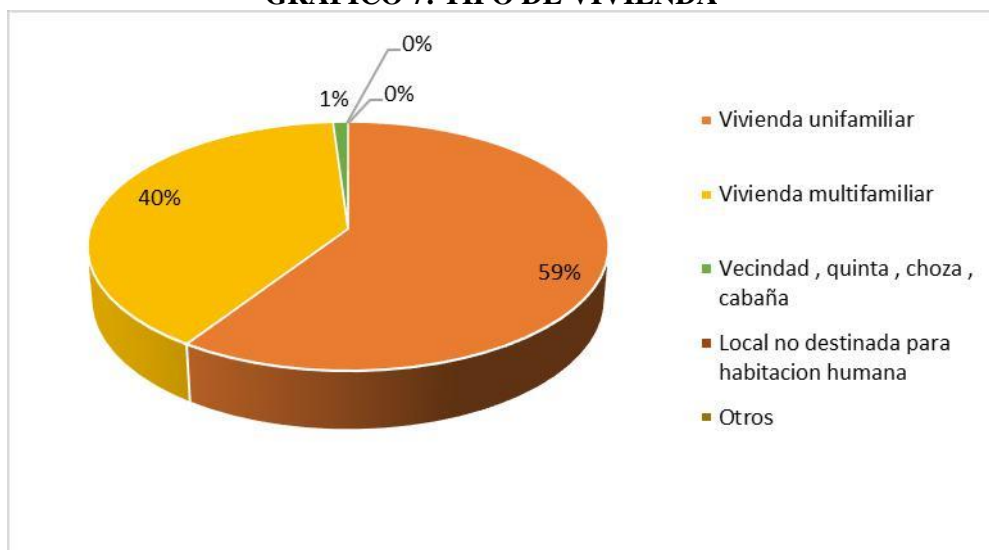
GRAFICO 6: OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA



FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

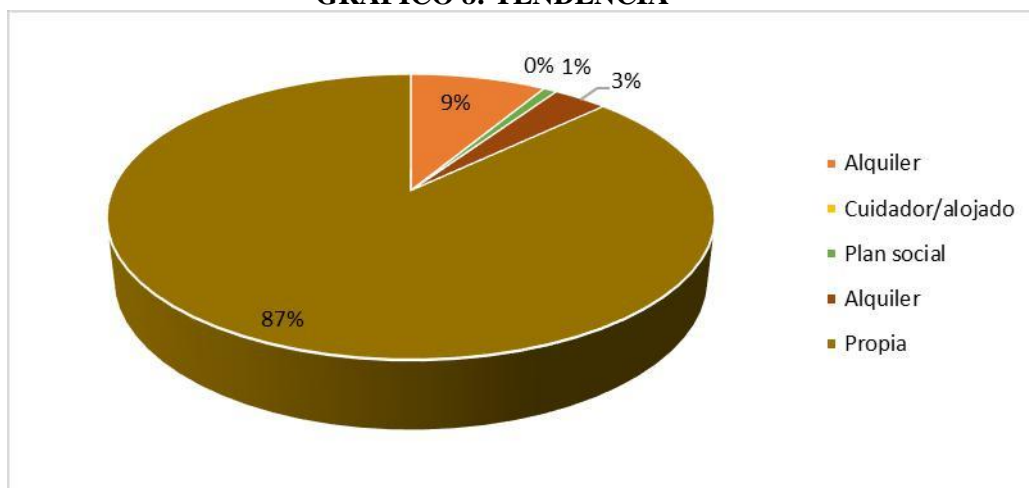
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRAFICO 7: TIPO DE VIVIENDA



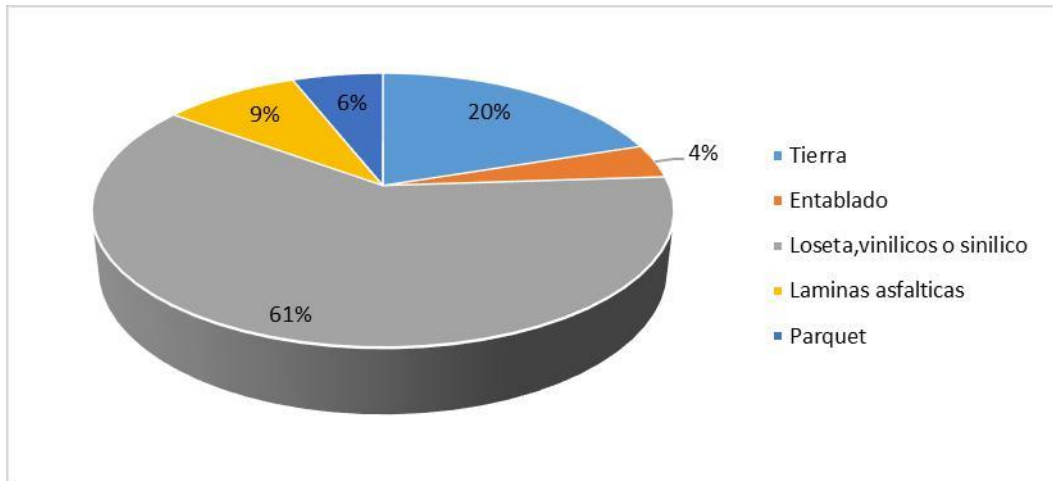
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 8: TENDENCIA



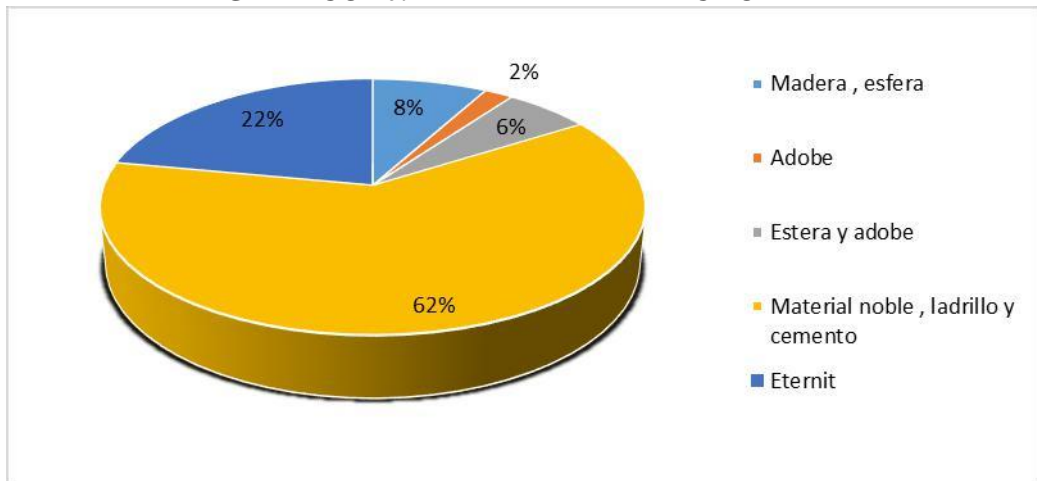
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 9: MATERIAL DEL PISO



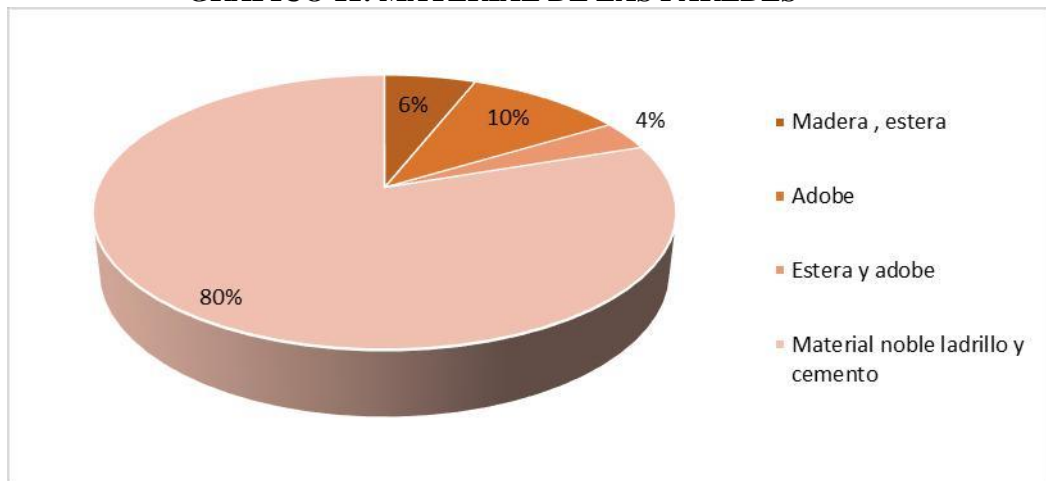
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 10: MATERIAL DEL TECHO



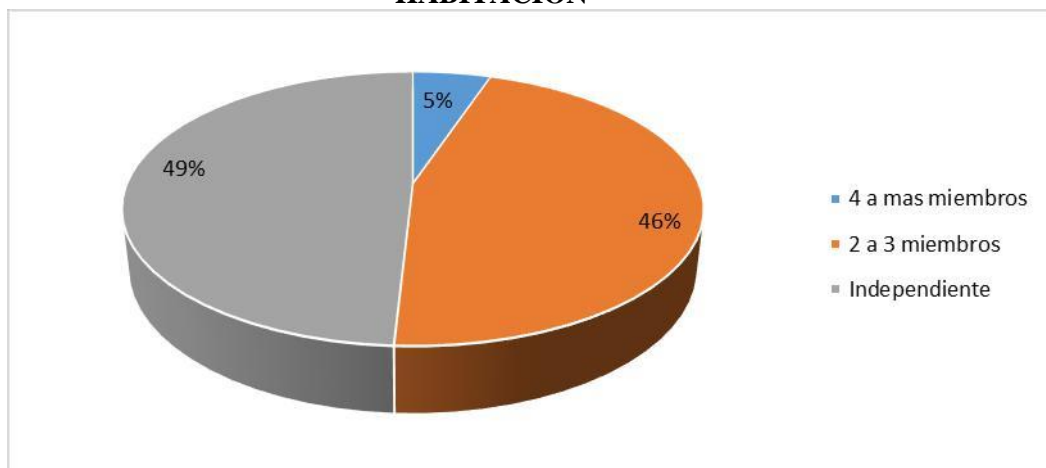
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 11: MATERIAL DE LAS PAREDES



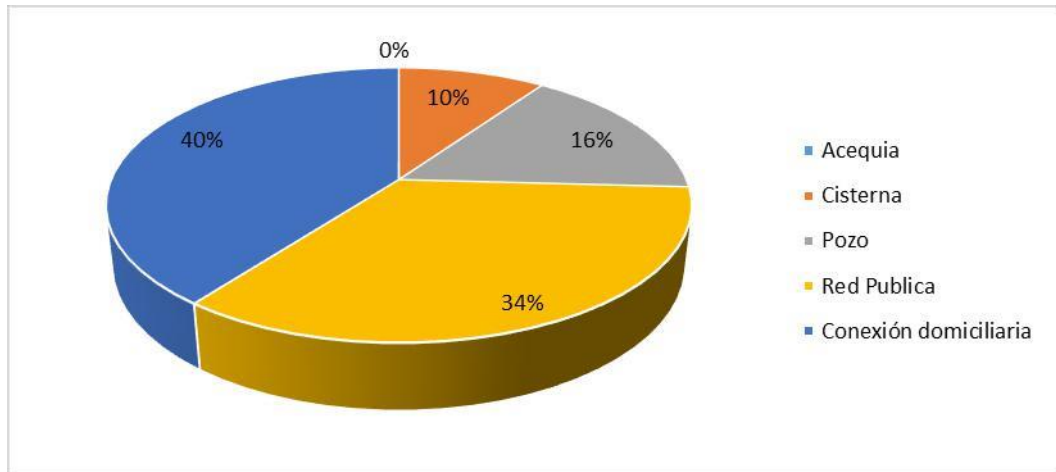
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 12: NUMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACION



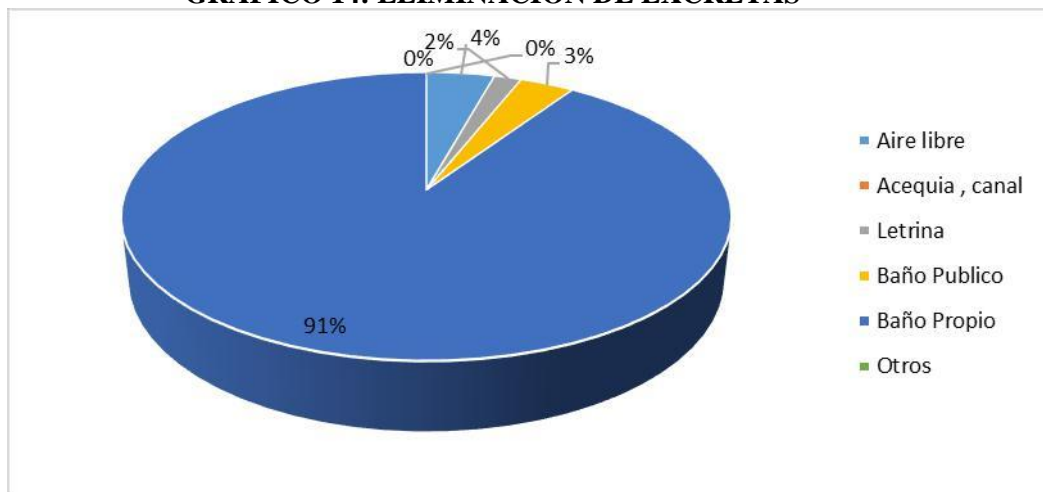
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 13: ABASTECIMIENTO DE AGUA



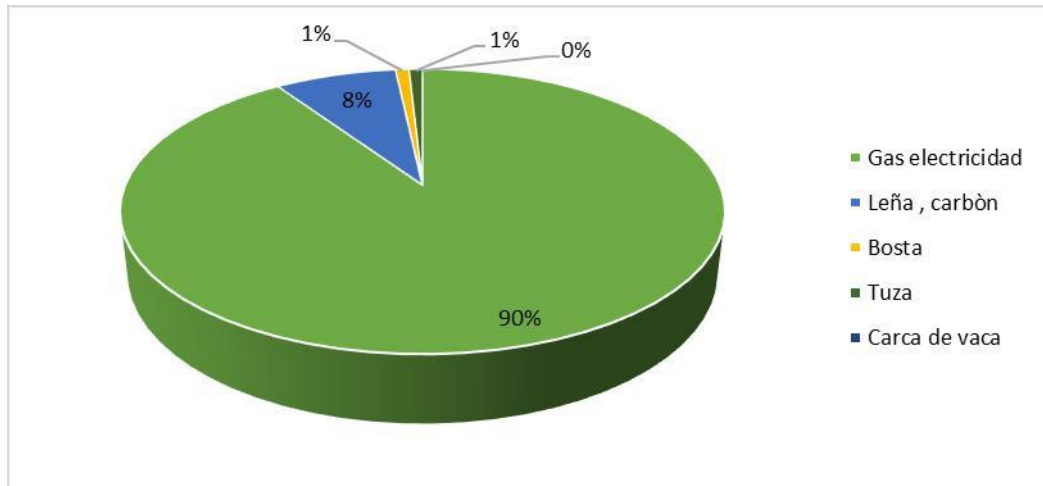
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 14: ELIMINACION DE EXCRETAS



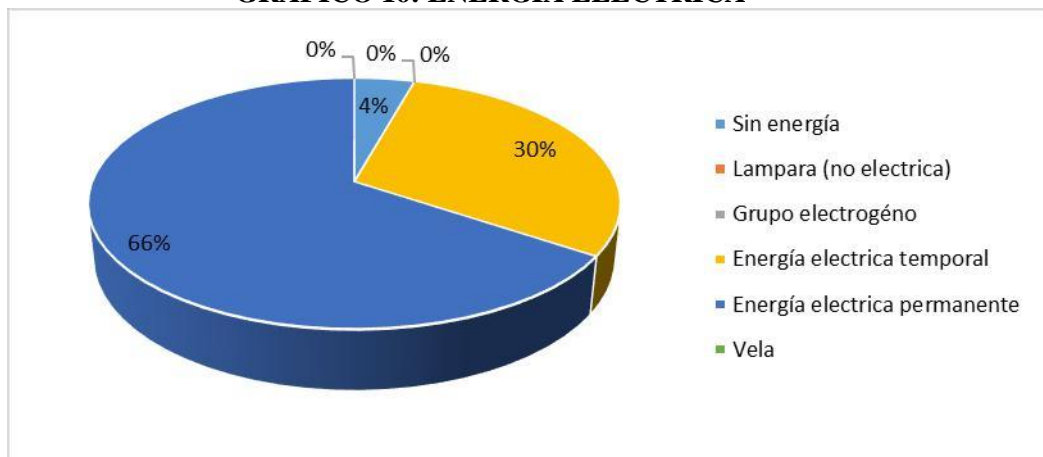
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 15: COMBUSTIBLE PARA COCINAR



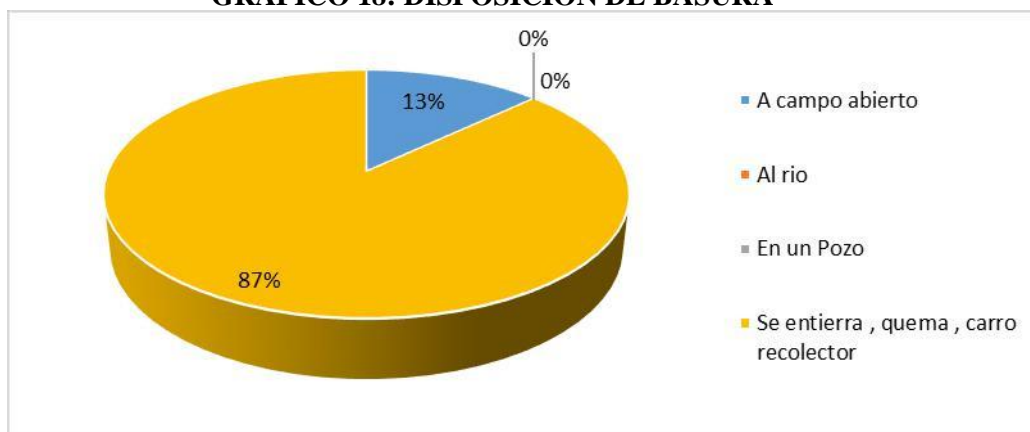
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 16: ENERGIA ELECTRICA



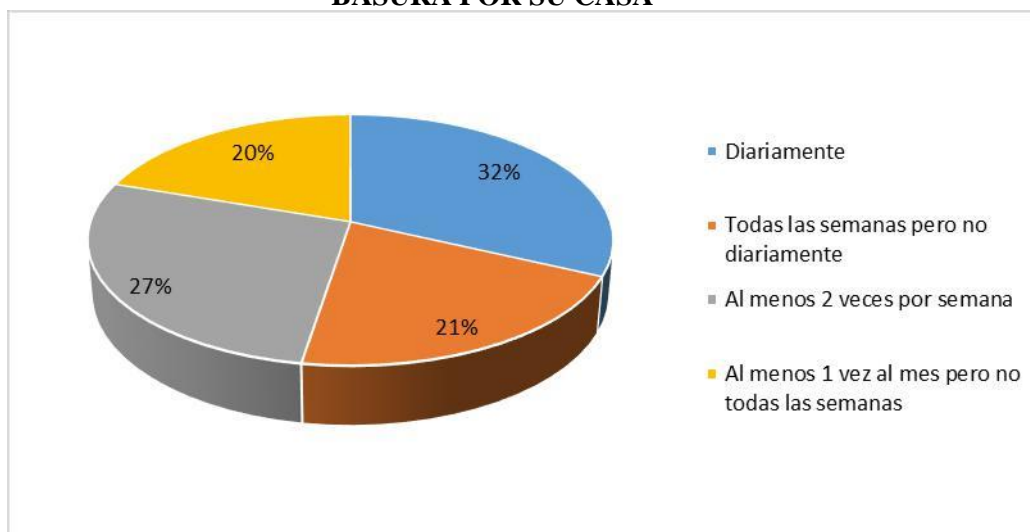
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 18: DISPOSICION DE BASURA



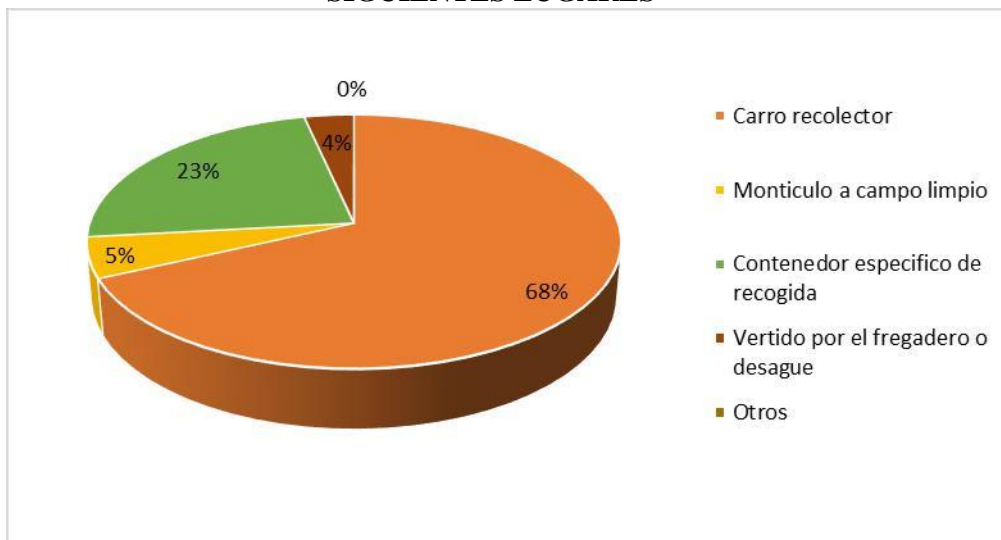
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vélchez Reyes.

GRAFICO 19: FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR SU CASA



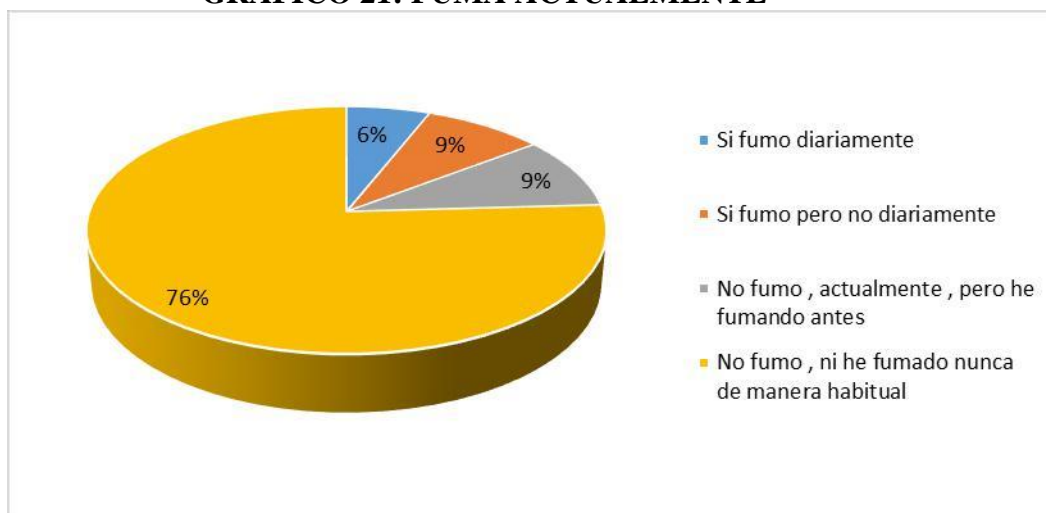
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vélchez Reyes.

GRAFICO 20: DONDE SUELEN ELIMINAR SU BASURA EN LOS SIGUIENTES LUGARES



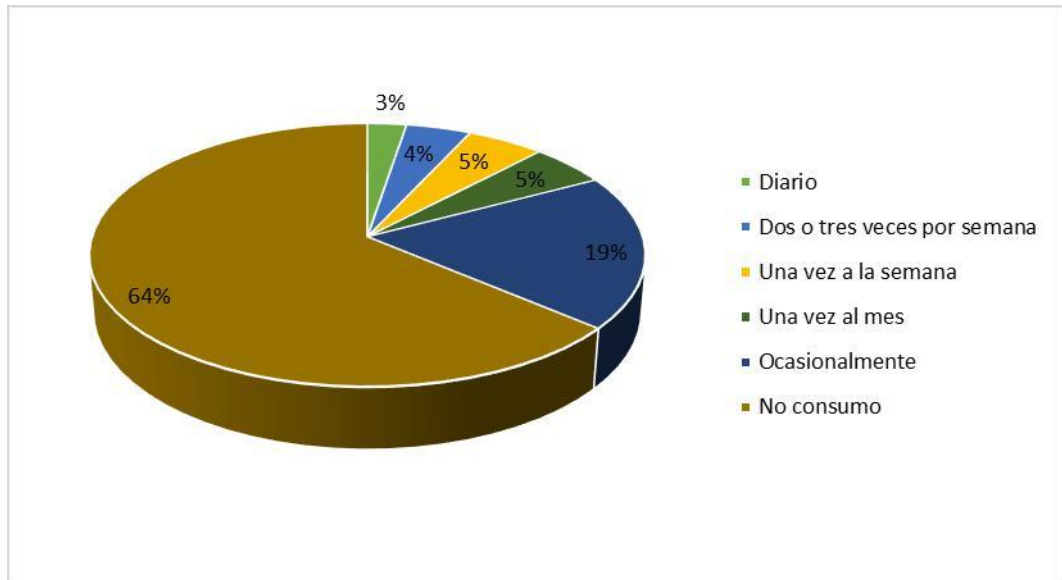
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA
GRAFICO 21: FUMA ACTUALMENTE**



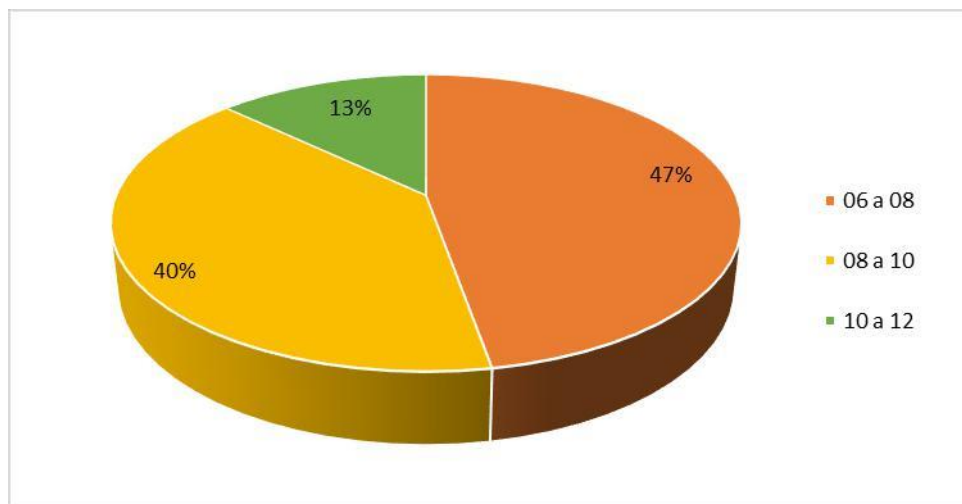
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 22: FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS



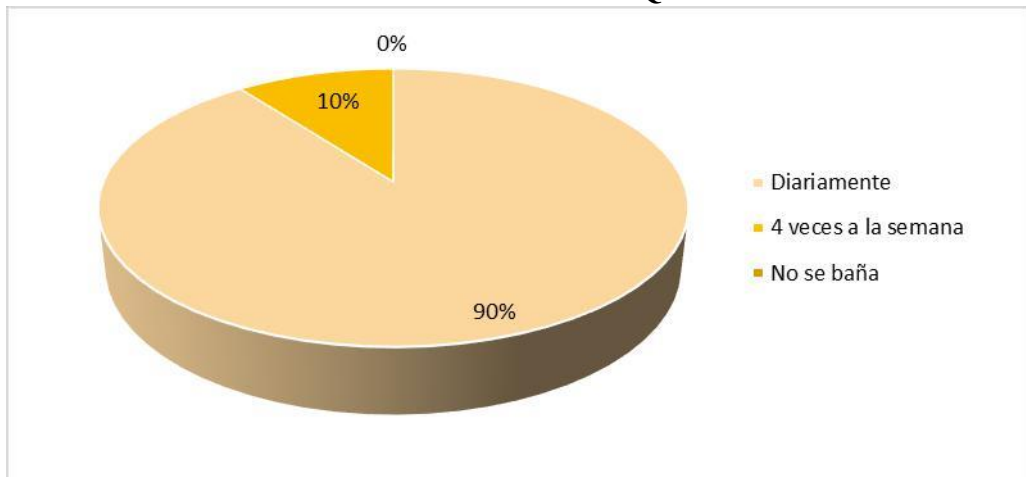
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 23: N° DE HORAS QUE DUERME



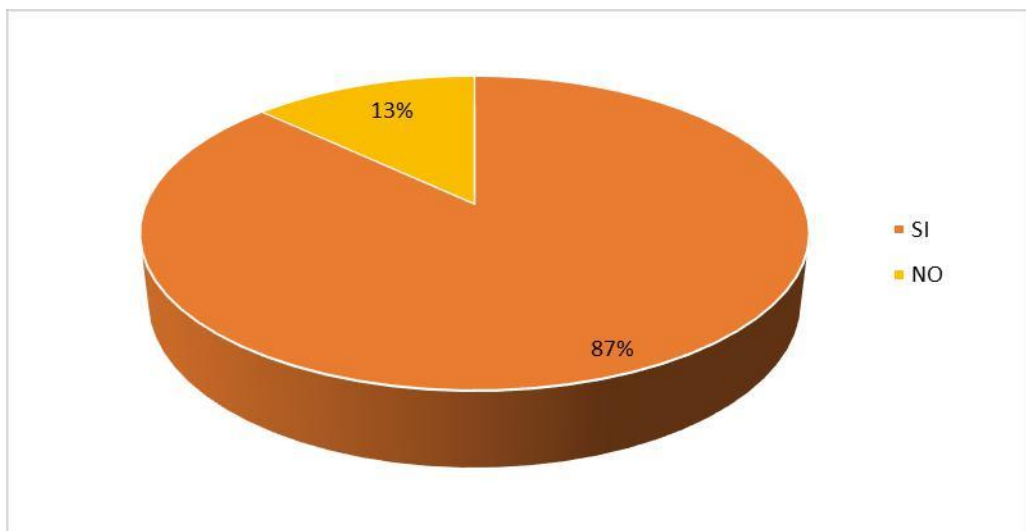
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 24: FRECUENCIA CON QUE SE BAÑA



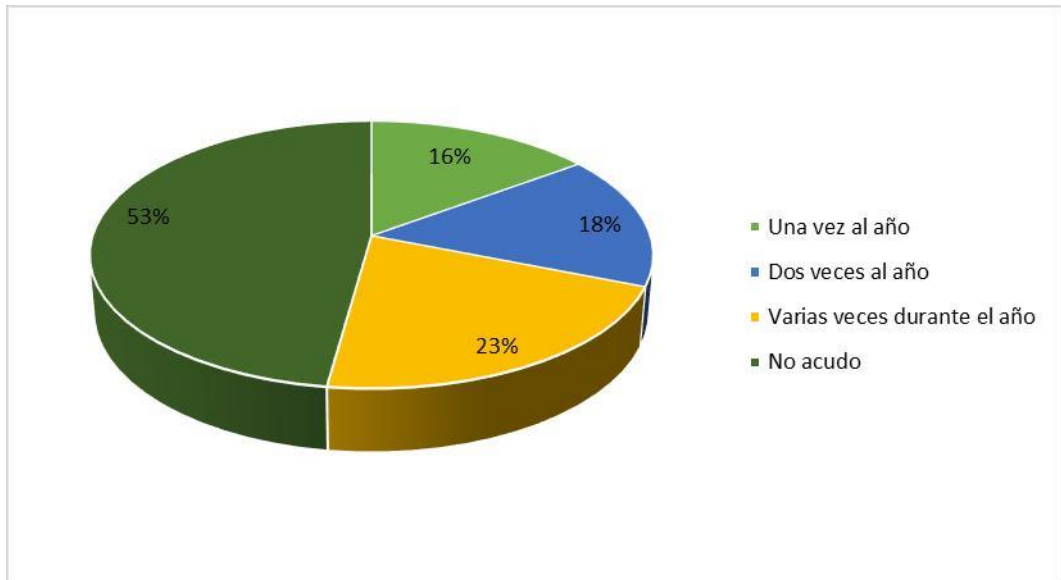
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 25: TIENE ESTABLECIDA SUS REGLAS Y EXPECTATIVAS CLARAS Y CONSISTENTES HACERCA DE SU CONDUCTA Y/O SU DISCIPLINA



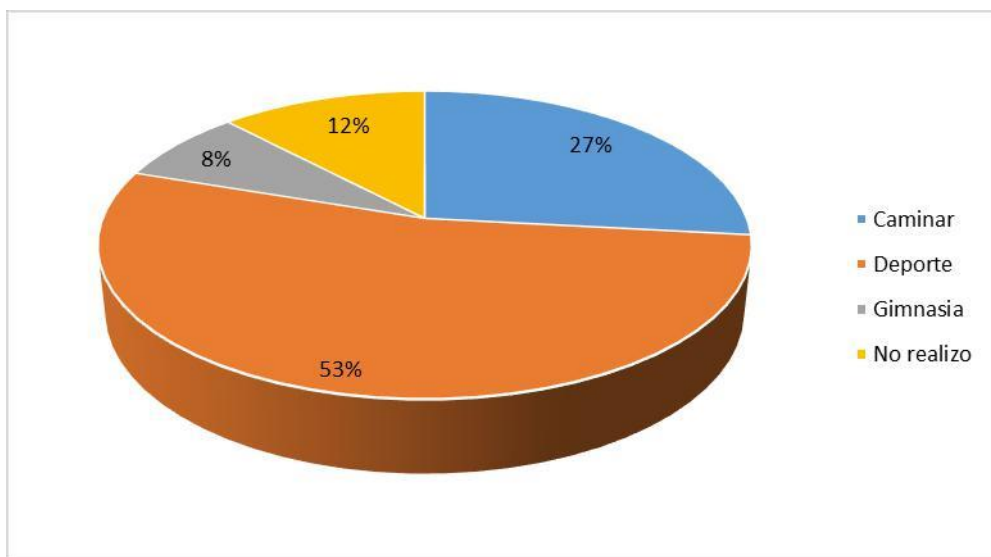
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 26: CADA CUANTO TIEMPO ACUDE A UN ESTABLECIMIENTO DE LA SALUD



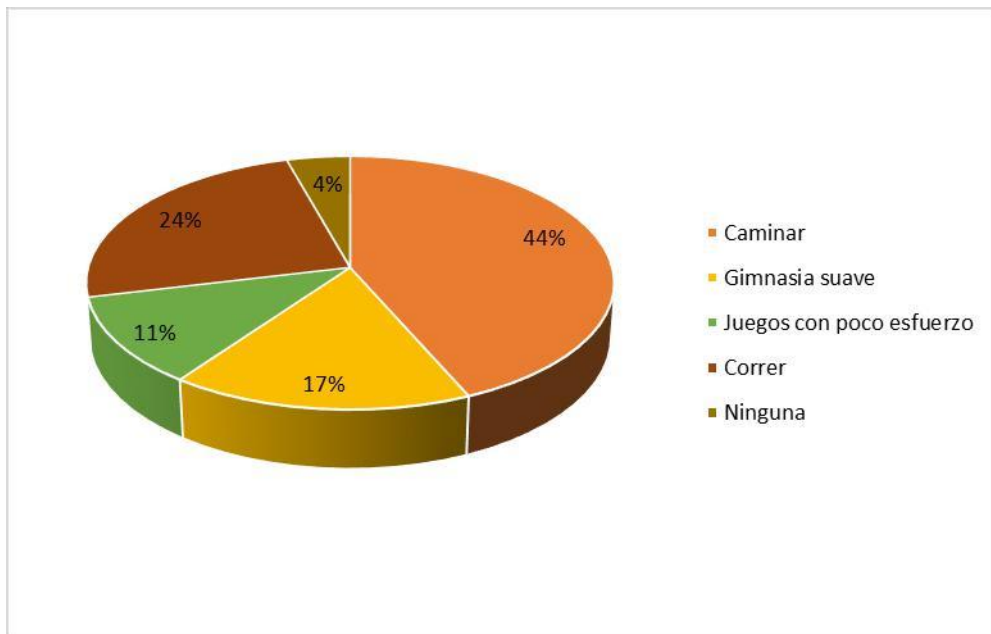
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 27: ACTIVIDAD FISICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE



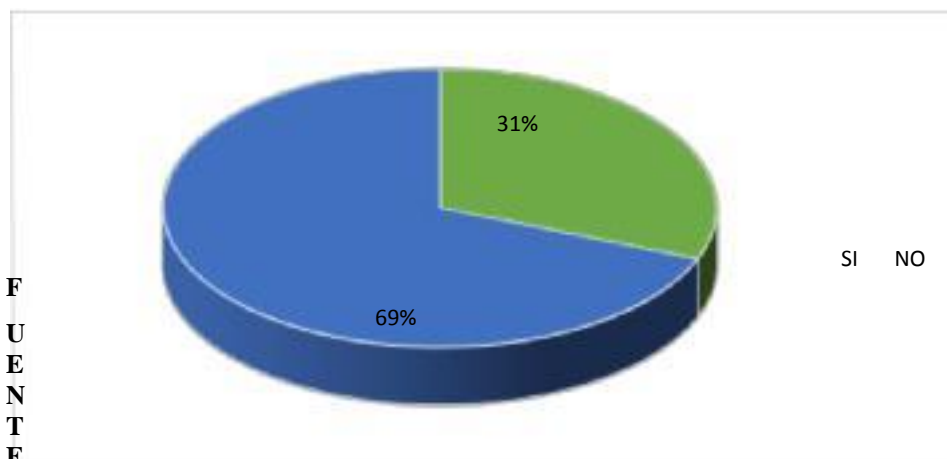
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 28: EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDAD FISICA REALIZO DURANTE MAS DE 20 MINUTOS



FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Victor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

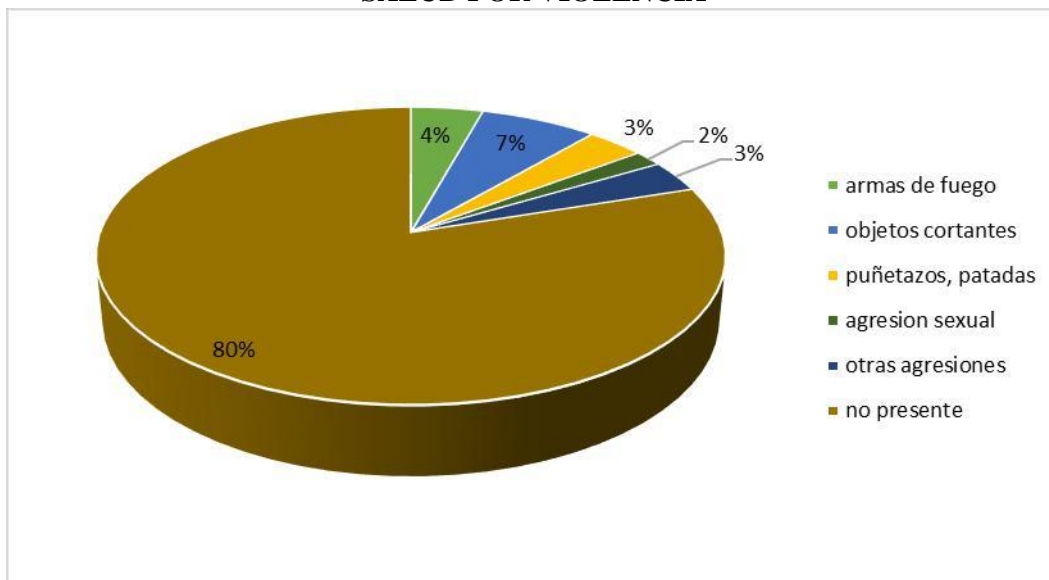
GRAFICO 29: CUANDO A TENIDO ALGUN PROBLEMA, HA PENSADO EN QUITARSE LA VIDA



**F
U
E
N
T
E**

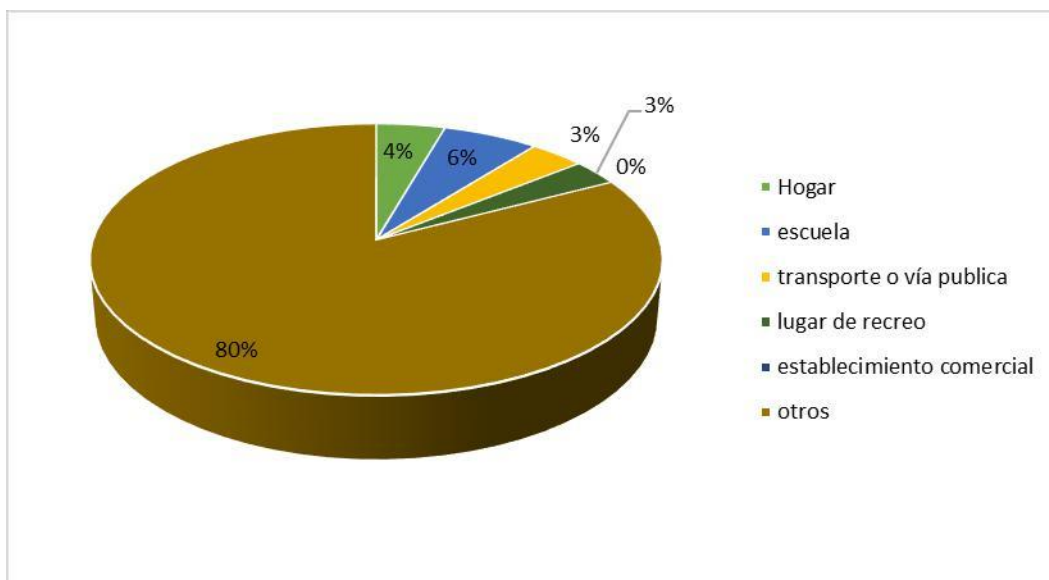
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Victor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes

GRAFICO 30: EN EL ÚLTIMO AÑO HA SUFRIDO ALGÚN DAÑO A SU SALUD POR VIOLENCIA



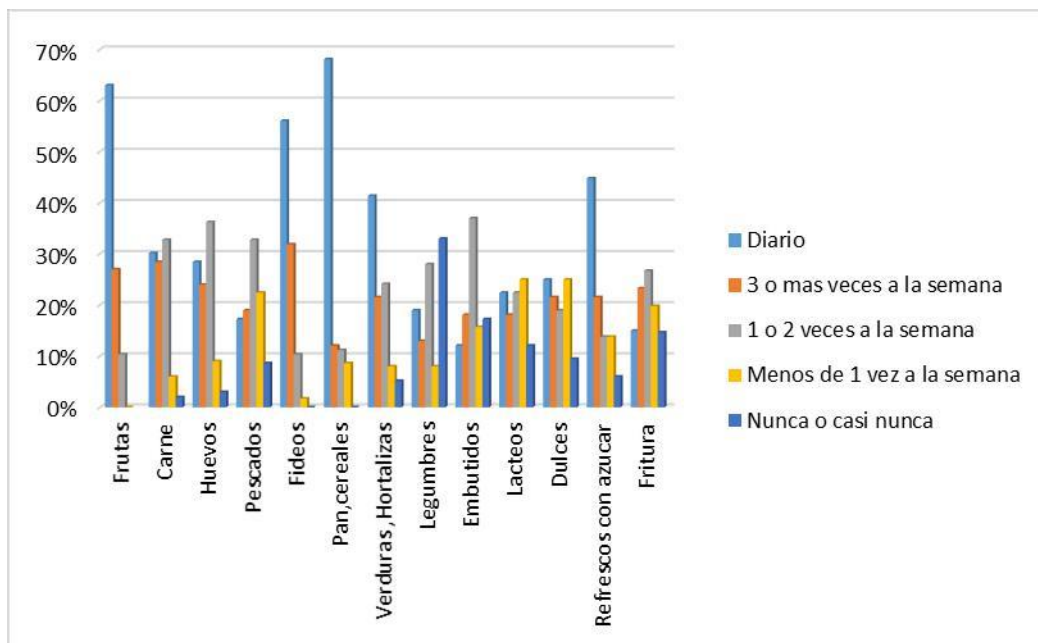
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes

GRAFICO 31: LUGAR DE AGRESION O VIOLENCIA



FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes

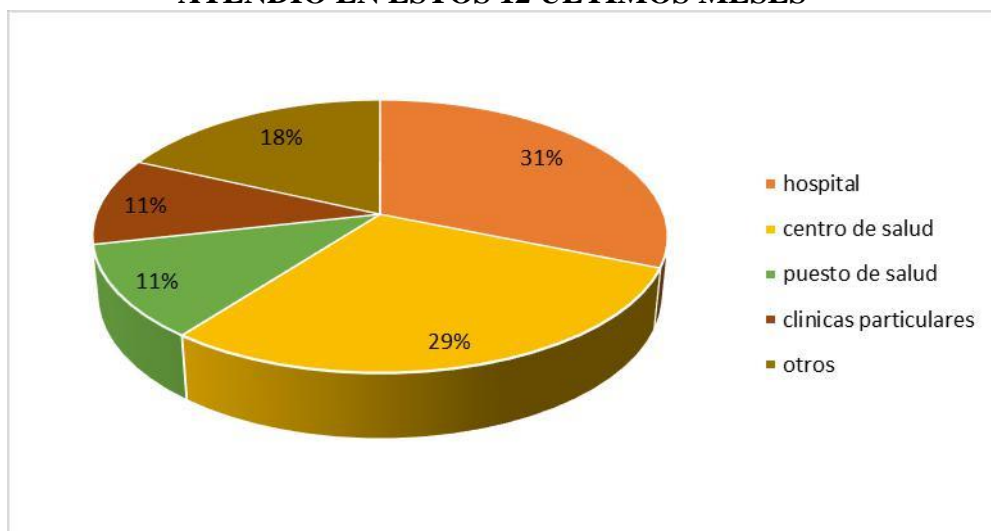
GRAFICO 32: ALIMENTOS QUE CONSUME



FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Victor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

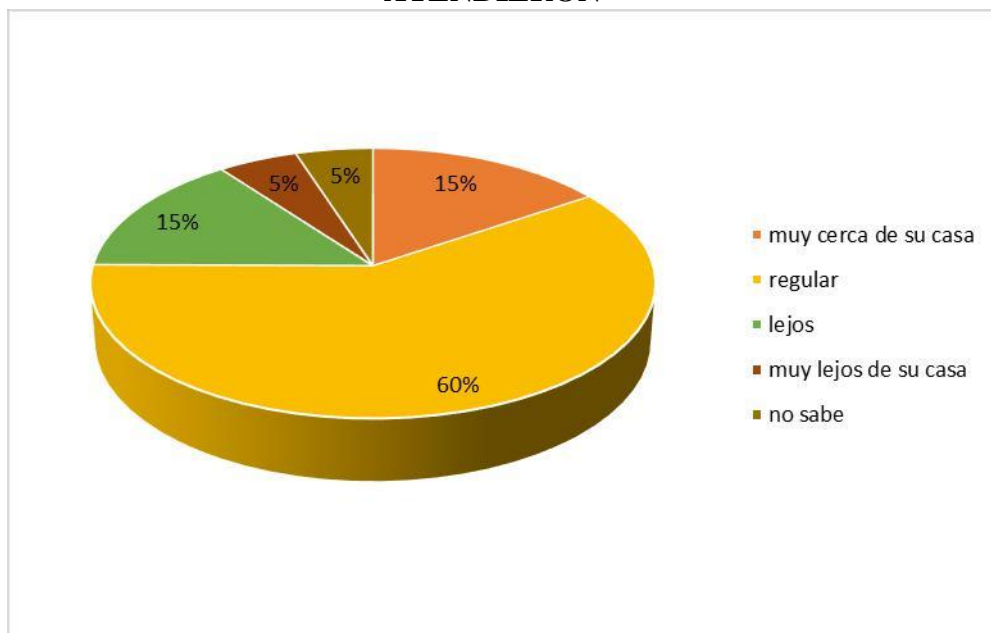
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRAFICO 33: INSTITUCION DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIO EN ESTOS 12 ULTIMOS MESES



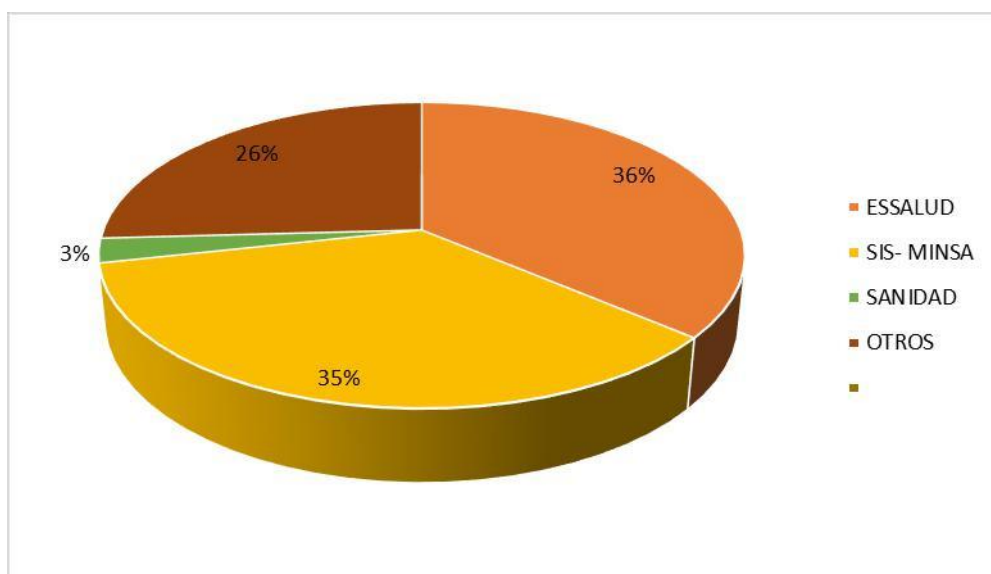
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Victor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 34: COMO CONSIDERA DEL LUGAR QUE LO ATENDIERON



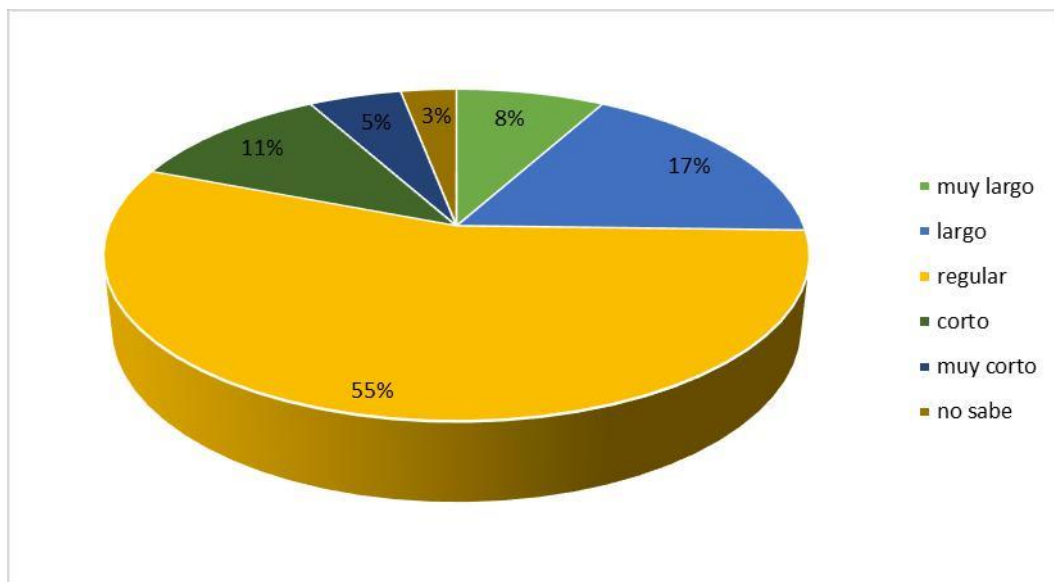
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 35: TIPO DE SEGURO



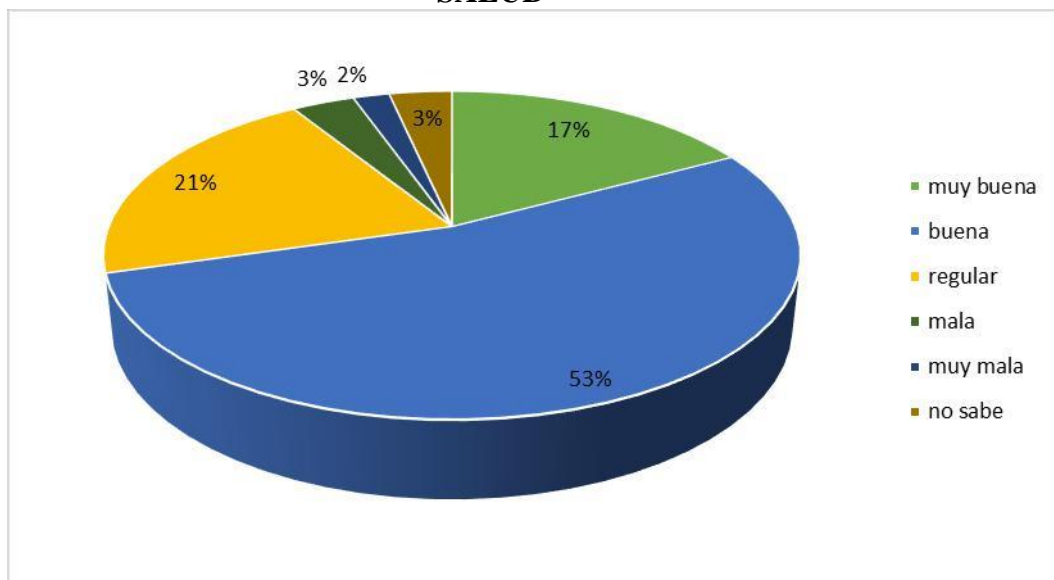
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 36: TIEMPO QUE ESPERO PARA QUE LO ATIENDAN



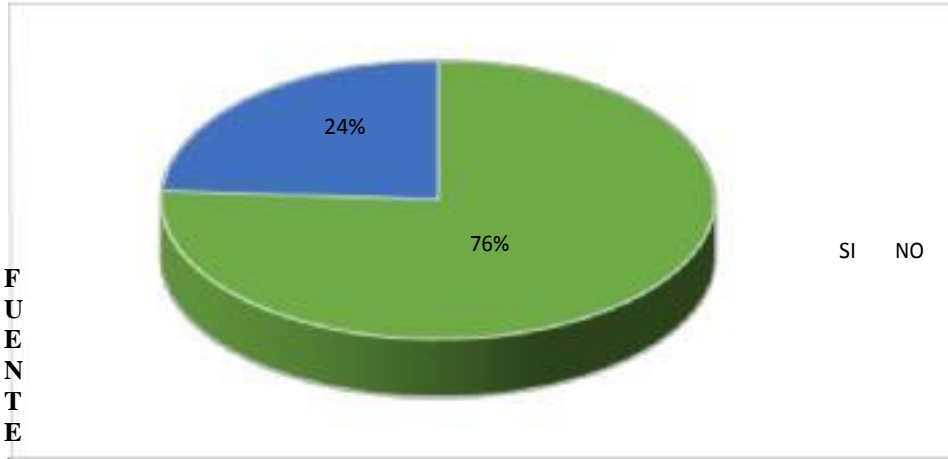
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 37: CALIDAD DE ATECION QUE RECIBIO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD



FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 38: EXISTE PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE TU CASA



F
U
E
N
T
E
:

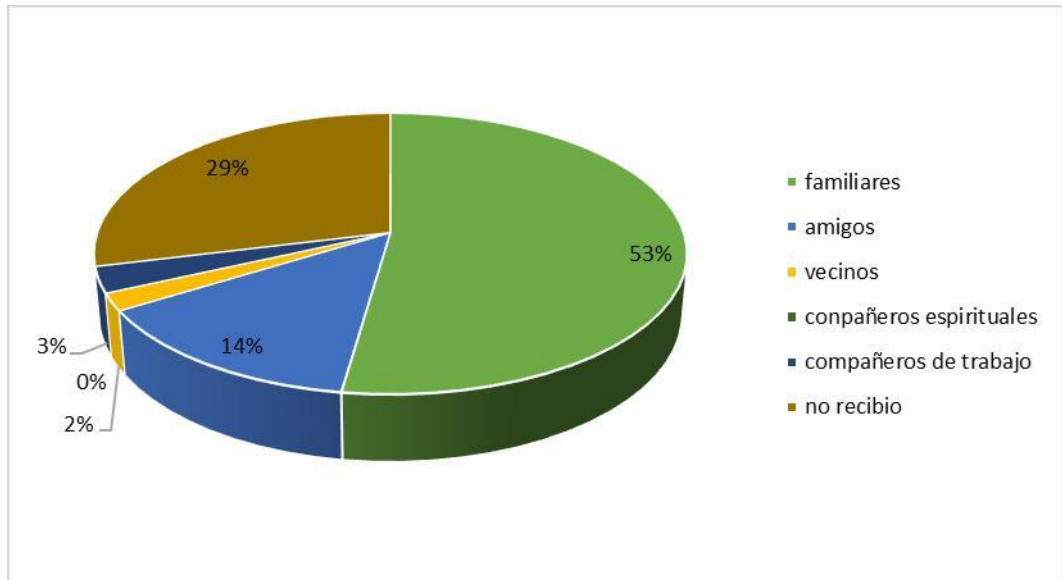
Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes

GRAFICO 39: MOTIVO DE LA CONSULTA POR LA QUE ACUDE A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD



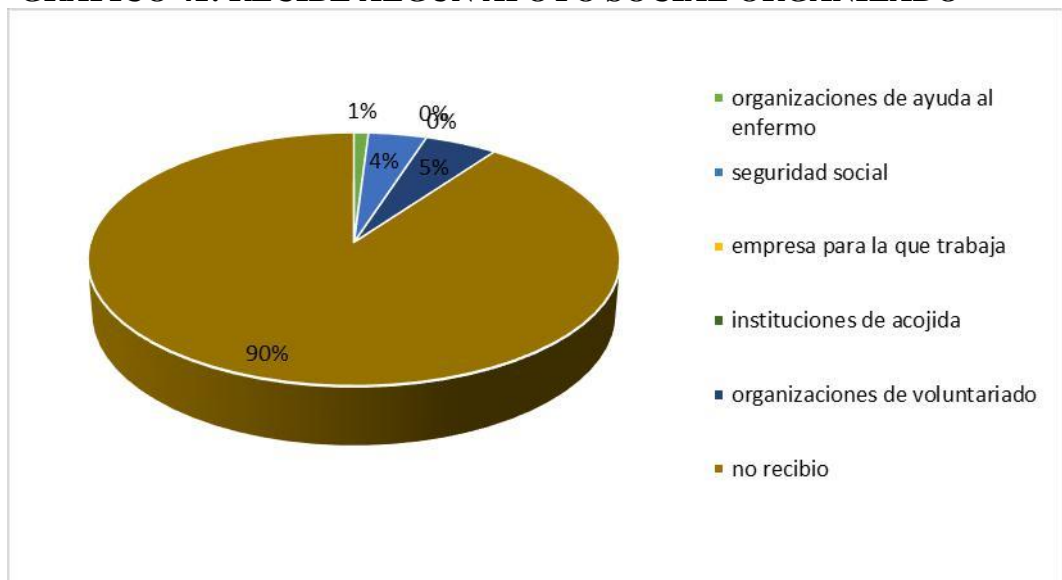
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 40: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL NATURAL



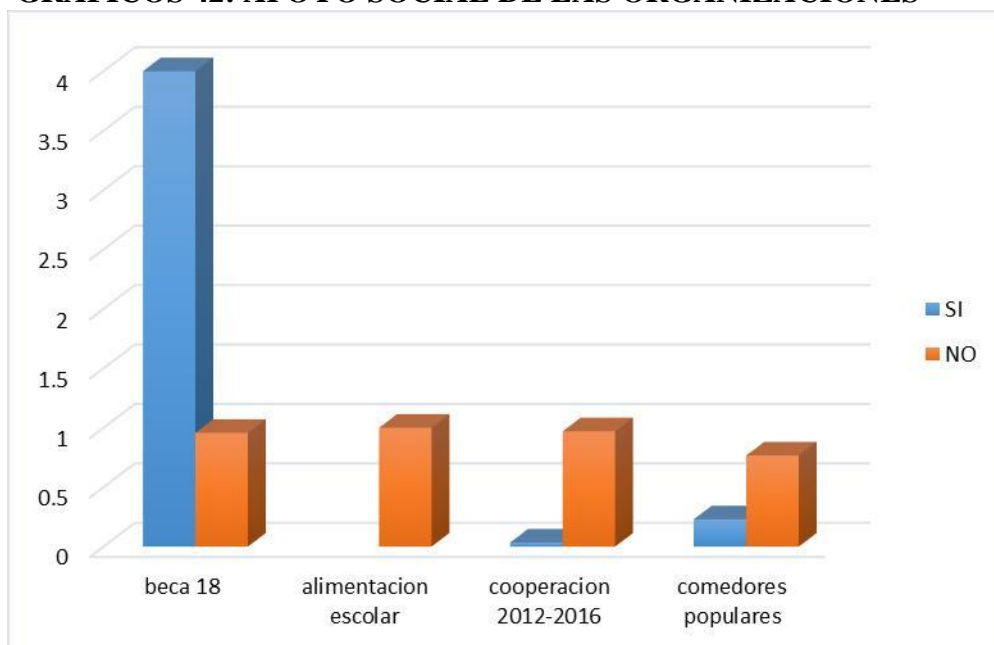
FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 41: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO



FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICOS 42: APOYO SOCIAL DE LAS ORGANIZACIONES



FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adolescentes de la institución educativa “Víctor Andrés Belaunde”. Chimbote, 2014 elaborado por la Directora de línea Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes.