



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES  
DEL “CLUB ADULTO MAYOR” \_ HUACHO, 2017**

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

**AUTORA:**

**JULIANA NARDY WONG AYALA**

**ASESORA:**

**Dra. MARIA ADRIANA VILCHEZ REYES**

**CHIMBOTE-PERU**

**2017**

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**

**MGTR. JULIA CANTALICIA AVELINO QUIROZ**  
**PRESIDENTA**

**MGTR. LEDA MARÍA GUILLÉN SALAZAR**  
**SECRETARÍA**

**DRA. SONIA AVELINA GIRÓN LUCIANO**  
**MIEMBRO**

## **DEDICATORIA**

A mis hijos que gracias a ellos me dan la fuerzas de seguir adelante.

A Dios por su amor incondicional por iluminar mi camino, por darme fortaleza espiritual para superar los obstáculos.

## AGRADECIMIENTO

A Dios:

Porque con su ayuda,  
Misericordia y bondad estoy  
alcanzando mis metas  
planteadas para ser un  
profesional que agrade a  
nuestro señor celestial.

A la Universidad  
Católica los Ángeles de  
Chimbote, escuela de  
enfermería, por  
proporcionarnos la  
enseñanza día tras día.

## Resumen

La investigación tuvo como finalidad describir los determinantes de la salud en los adultos mayores del Club del Adulto Mayor-Huacho, 2017. El tipo de estudio es cuantitativo, descriptivo. La muestra estuvo conformada por 135 adultos mayores. El instrumento de recolección de datos fue el Cuestionario sobre determinantes de la salud. Concluyéndose: Según los determinantes biosocioeconómicos: la mayoría son de sexo femenino, menos de la mitad grado de instrucción inicial/primaria. La mayoría con ingreso menor de 750 soles, sin ocupación, con vivienda unifamiliar, de tenencia propia, con vivienda de piso de tierra, menos de la mitad techo de adobe, y más de la mitad paredes de adobe, y casi la totalidad agua de conexión domiciliaria, baño propio, cocina a gas, energía eléctrica permanente, desecha la basura con carro recolector. En los determinantes de estilos de vida, más de la mitad no fuman actualmente, la mayoría consumieron bebidas alcohólicas ocasionalmente. Casi la totalidad duerme entre 6 a 8 horas y se bañan 4 veces a la semana. Más de la mitad realiza caminatas como actividad física, diariamente consumen pan 1 vez al día, consume frutas y huevos 1 o 2 veces a la semana, consume carne y pescado 3 o más veces a la semana y consume fideos, pan, cereales diariamente. Y los determinantes de redes sociales y comunitarias, la mayoría se atendió en un puesto de salud, el tipo de seguro es SIS-MINSA, la calidad de atención recibida fue regular, recibe apoyo de sus familiares, no recibe apoyo social organizado como pensión 65, comedor popular y vaso de leche.

**Palabras clave:** Determinantes; Salud; Adulto mayor.

## **Abstract**

The purpose of the research was to describe the determinants of health in older adults of the Mayor-Huacho Adult Club, 2017. The type of study is quantitative, descriptive. The sample consisted of 135 elderly adults. The data collection instrument was the Questionnaire on health determinants. Concluding: According to the biosocioeconomic determinants: the majority of females, less than half the degree of initial / primary education. Most with the less than 750 soles, without occupation, with single-family dwelling, own tenancy, with ground floor housing, less than half adobe roof, and more than half adobe walls, and almost all water home connection, own bathroom, gas kitchen, permanent electric power, discard the garbage with car collector. In lifestyle determinants, more than half do not currently smoke, most occasionally consumed alcoholic beverages. Almost all sleep between 6 to 8 hours and bathe 4 times a week. More than half take walks as physical activity, daily eat bread once a day, consume fruit and eggs 1 or 2 times a week, eat meat and fish 3 or more times a week and consume noodles, bread, cereals daily. And the determinants of social and community networks, most are cared for in a health place, the type of insurance is SIS-MINSA, the quality of care received was regular, receive support from their relatives, not receive social support organized as a pension 65, popular dining room and glass of milk.

**Keywords:** Determinants; Health Elderly

## ÍNDICE

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| <b>DEDICATORIA</b> .....                                   | iii         |
| <b>AGRADECIMIENTOS</b> .....                               | iv          |
| <b>RESUMEN</b> .....                                       | v           |
| <b>ABSTRACT</b> .....                                      | vi          |
| <b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....                               | <b>1</b>    |
| <b>II. REVISIÓN DE LITERATURA</b> .....                    | <b>8</b>    |
| 2.1 Antecedentes de la investigación.....                  | 8           |
| 2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación..... | 14          |
| <b>III. METODOLOGÍA</b> .....                              | <b>27</b>   |
| 3.1 Tipo, nivel de la investigación.....                   | 27          |
| 3.2 Diseño de la investigación.....                        | 27          |
| 3.3 Población y muestra.....                               | 28          |
| 3.4 Definición y operacionalización de variables.....      | 29          |
| 3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....  | 41          |
| 3.6 Plan de análisis .....                                 | 44          |
| 3.7 Principios éticos.....                                 | 45          |
| <b>IV. RESULTADOS</b> .....                                | <b>46</b>   |
| 4.1 Resultados .....                                       | 46          |
| 4.2 Análisis de resultados .....                           | 54          |
| <b>V. CONCLUSIONES</b> .....                               | <b>77</b>   |
| 5.1 Conclusiones .....                                     | 77          |
| 5.2 Recomendaciones .....                                  | 78          |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....                    | <b>79</b>   |
| <b>ANEXOS</b> .....  | <b>90</b>   |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  | <b>Pg.</b> |
|--|------------|
| <b>TABLA 1.....</b>  | <b>46</b>  |
| DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS MAYORES DEL CLUB ADULTO MAYOR”- HUACHO, 2017   |            |
| <br>   |            |
| <b>TABLA 2.....</b>  | <b>47</b>  |
| DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES DEL “CLUB ADULTO MAYOR” - HUACHO, 2017                                   |            |
| <br>   |            |
| <b>TABLA 3.....</b>  | <b>49</b>  |
| DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL “CLUB ADULTO MAYOR” - HUACHO, 2017   |            |
| <br>   |            |
| <b>TABLA 4, 5, 6.....</b>  | <b>51</b>  |
| DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS MAYORES DEL "REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADULTOS MAYORES DEL “CLUB ADULTO MAYOR” - HUACHO, 2017 |            |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|  | <b>Pg.</b> |
|--|------------|
| <b>GRÁFICOS DE LA TABLA 1.</b> ....  | 105        |
| DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN<br>ADULTOS MAYORES DEL “CLUB ADULTO MAYOR”- HUACHO,<br>2017            |            |
| <b>GRÁFICOS DE LA TABLA 2.</b> ....  | 107        |
| DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA<br>VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES DEL “CLUB ADULTO MAYOR”<br>- HUACHO, 2017 |            |
| <b>GRÁFICOS DE LA TABLA 3.</b> ....  | 112        |
| DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS<br>MAYORES DEL “CLUB ADULTO MAYOR” - HUACHO, 2017                      |            |
| <b>GRÁFICOS DE LA TABLA 4, 5, 6.</b> ....  | 116        |
| DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN<br>ADULTOS MAYORES DEL “CLUB ADULTO MAYOR” - HUACHO.,<br>2017        |            |

## I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial se ha puesto en evidencia un pronunciado envejecimiento poblacional el cual constituye un proceso generalizado, diversos países tanto europeos como americanos se han convirtiendo en sociedades más envejecidas. La población adulta mayor de 60 años presenta tasas de crecimiento de 2,4 %; extrapolarlo esta información se intuye que el grupo de adultos mayores incrementará de 616 millones (año 2000) a 1,209 millones (2025). Específicamente en Latinoamérica, el 7,2 % del total de la población es mayor de 60 años; asimismo el 4,8 % tiene más de 65. Con estos datos se puede decir que los individuos de la tercera edad en América latina pasaran de 42,5 millones (año 2000) a 96,9 millones (2025), esto supone una duplicación en un periodo de tiempo menor a 25 años (1).

El envejecimiento es un proceso de múltiples factores que interactúan entre sí; es así que tanto aspectos biológicos, como ambientales y relativos al género forman parte del envejecimiento. Sumado a ello, el nivel socioeconómico, los estilos de vida, la alimentación y el apoyo social son factores de particular importancia para el estado de la salud en el adulto mayor; razón por la cual uno de los objetivos de mayor trascendencia para la promoción de un envejecimiento saludable es identificar aquellos determinantes que contribuyan a mejorar o empeorar el estado de salud de las poblaciones de mayores (2).

En el contexto Latinoamericano pocos investigadores recaen en esta temática. Por citar un ejemplo, en Colombia se ha reportado que las condiciones de vida de las personas mayores son realmente preocupantes, ya que únicamente el 25% adquiere algún tipo de pensión por jubilación; además se ha estimado que alrededor del 40% de los adultos envejecen en condiciones de pobreza (3).

El campo de los determinantes de la salud en el adulto mayor es concebido como uno de los más engorrosos y retador. Debido a que conciernen los aspectos claves de la vida además de las situaciones laborales de los individuos y de sus hábitos y estilos de vida adquiridos por largo tiempo; los cuales muestran en gran medida la diferencia en muchos de los indicadores de salud (4).

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (CDSS-OMS), en su marco conceptual descrito en el reporte final, refiere que “los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país” (5). Desde este enfoque, las diferencias socioeconómicas en salud se reflejan en las medidas generales de salud, como la esperanza de vida, la mortalidad por todas las causas, y autopercepción de salud. La situación biosocioeconómica, los estilos de vida y el apoyo social también está relacionada con la prevalencia y el curso de la vejez y la autovaloración de la salud (6).

Los determinantes son un “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”. Comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos estilos de vida y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud (7).

De manera que los determinantes sociales de la salud a nivel mundial, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así como enferman y mueren con mayor frecuencia que aquéllas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. Esto se hace más crítico en algunos de los grupos más vulnerables. Estas inequidades han aumentado a pesar de que nunca antes han existido en el mundo la riqueza, los conocimientos y la sensibilidad e interés por los temas que atañen a la salud como en la actualidad. Paradójicamente, existe suficiente evidencia, particularmente proveniente de países desarrollados, de acciones posibles para disminuir dichas inequidades, principalmente través de la implementación de políticas e intervenciones de salud que actúen sobre los determinantes sociales (8).

En nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Por un lado la Epidemiología Social ha madurado en gran medida, yendo desde una larga colección de estudios de asociación hacia una su

disciplina en la que hay un intento serio de informar en el marco de las políticas sociales. Muchas políticas potenciales apuntan a impactar en la educación, el ingreso y la riqueza, las implicaciones socioeconómicas o raza/etnicidad y el género. Estas son exposiciones epidemiológicas clásicas, y en la medida que las posibles políticas sociales tengan como propósito mejorar la salud pública, la Epidemiología Social se convierte en el campo encargado de proveer a los tomadores de decisiones de la información científica necesaria para elegir de manera racional entre las opciones de política (9).

La investigación se realizó en el Centro del Adulto Mayor en Huacho, el cual se encuentra ubicado en la Av. Jose Ausejo Salas N 340, se caracteriza por ser un club amplio y agradable y contar con profesionales psicólogos y asistenta social. Su horario de atención es de lunes a viernes de 8 am hasta las 6 pm, abre sus puertas para la atención de 135 adultos mayores inscritos hasta la fecha y realizan diferentes actividades recreacionales así como deportivas en el que participan damas y caballeros. Cuentan con un periódico mural donde muestran las evidencias de actividades que son partícipes los adultos mayores tales como danza, celebración eventos folklóricos, homenajes a imágenes religiosas como “El Señor de la Misericordia”, desfiles por diferentes festividades, fulbito, paseo de campo, ejercicios en el parque, entre otros. Además cuenta con una página de Facebook para que sus seguidores puedan evidenciar el trabajo que realizan y cada vez mayor población se sume a sus actividades (10).

El Perú no es ajeno a esta problemática de salud en la población de adultos mayores, evidenciándose 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.

Frente a lo expuesto se plantea el siguiente problema:

¿Cuáles son los determinantes de la salud en los adultos mayores del Club del Adulto Mayor-Huacho, 2017?

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

Describir los determinantes de la salud en los adultos mayores del Club del Adulto Mayor-Huacho, 2017.

Par poder conseguir responder al objetivo general, se ha planteado los siguientes objetivos específicos:

- Identificar los determinantes biosocioeconómicos en los adultos mayores del Club del Adulto Mayor-Huacho, 2017.
- Identificar los determinantes de los estilos de vida en los adultos mayores del Club del Adulto Mayor-Huacho, 2017.

- Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias en los adultos mayores del Club del Adulto Mayor-Huacho, 2017.

La presente investigación resulta necesaria en el campo de la salud ya que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población adulta mayor y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación que se realizó es una función que todo sistema de salud requiere cumplir puesto que ello contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios. Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de la población y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

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

Esta investigación es necesaria para el Puesto de Salud Huacho los establecimientos de salud porque las conclusiones y recomendaciones pueden

contribuir a elevar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud en todos los ciclos de vida y reducir los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Además es conveniente para: Las autoridades regionales de la Direcciones de salud 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 conocer sus determinantes favorece la salud y el bienestar de los mismos.

## II. REVISIÓN DE LITERATURA

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1. Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

##### **A nivel internacional:**

Northwood M, Ploeg J, Markle M, Seherifali D, (11). Publicaron en Canadá en el 2017 el estudio “Integrative review of the social determinants of health in older adults with multimorbidity” cuyo objetivo fue examinar como los determinantes sociales de la salud se han considerado en la conceptualización de la multimorbilidad de adultos mayores, para ello se realizó una búsqueda de información, como principales resultados se obtuvieron: los conceptos actuales de la multimorbilidad dan una compleja interacción entre esta y los determinantes sociales de la salud, donde el género, la educación, comportamientos y el sistema de salud son los determinantes más mencionados, la etnicidad, lo socioeconómicos, la clase social tienen poca importancia, por ello concluyeron que la multimorbilidad se centra en las dimensiones biomédicas, por la poca información sobre las necesidades de los adultos mayores y sobre los servicios que reciben es necesaria una investigación para una nueva conceptualización.

Vidal D, Chamblas I, Zavala M, Müller R, Rodríguez M, Chávez A, (12). Publicaron en Chile en el 2014 el estudio “Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile”, como principales resultados se obtuvieron: el 68,5% fueron mujeres y el 31,5% fueron varones, el 22,5% de los participantes fueron adultos mayores, el 54% tenían educación media, el 51,7% de los participantes tenían ingresos medio bajo, el estilo de vida promotor de salud e general ( $p=0,0274$ ) y en sub escalas como las relaciones interpersonales ( $p=0,0007$ ), nutrición ( $p=0,020$ ), manejo del estrés ( $p=0,0442$ ) y crecimiento espiritual ( $p<0,0001$ ), existieron diferencias significativas entre varones y mujeres en cuanto a la actividad física, manejo del estrés y crecimiento espiritual, donde hay mayor diferencia entre los jóvenes y los adultos mayores, siendo la mayor proporción para la última subescala para los adultos mayores, las relaciones interpersonales ( $p=0,0332$ ) y la actividad física ( $p=0,0039$ ) junto con la educación superior presentaron promedios más altos, la situación económica con el estilo de vida decrecen cuando el nivel de ingreso es bajo.

López R, Montero P, Mora A, Romero J, (13). Publicaron en España en el 2014 el estudio “Hábitos de alimentación, salud y género en personas mayores”, cuyo objetivo fue introducir la perspectiva de género en el análisis de los factores socio-culturales que pueden incidir en la salud de las personas mayores, para ello se realizó un estudio observacional y transversal, como principales resultados se obtuvo: el 62,3% de los

participantes fueron mujeres y el 37,7% fueron varones, el 52,1% de las mujeres eran viudas o salteras y el 79,1% de los varones eran casados, el 54,9% de los varones y el 43,7% de las mujeres tenían educación primaria, en el 61% de las mujeres se les percibía un estado de salud de mala a regular y en el 54,9% de los varones se les percibía un estado de salud buena a muy buena, el 63,2% de las mujeres tenían problemas en el sistema osteoarticular y el 27,3% de los varones problemas genitourinarios, el 63,5% de las mujeres y el 61,8% de los varones realizan actividad física de 1 hora a más durante el día, el 87,2% de los varones y el 83,2% de las mujeres tiene de 1 hora a más de actividad de ocio, el 52,9% de las mujeres y el 47,1% de los varones tienen mucho apoyo de su entorno familiar, el 38,7% de los varones y el 24% de las mujeres manifiestan que algunas veces cuentan con ellos para recibir ayuda, el 70% de los varones y el 49,5% de las mujeres se sienten bastante satisfechos con su vida, concluyeron que las mujeres tuvieron una peor percepción de su salud y se sienten menos satisfechas con su vida en comparación con los varones, y que la educación, el género y las morbilidades son determinantes de la salud.

Reyes M, Altamar P, Aguirre M, Murillo D, (14). Publicaron en Chile en el 2014 el estudio “Bienestar en personas mayores en situación de pobreza: determinantes y significados”, como principales resultados se obtuvieron: la percepción del control interno fue clave para todos los participantes para la percepción de bienestar, busca que las personas mayores tengan el

control de sus decisiones, acciones y de su ambiente, lo que facilita su autonomía, el percibir apoyo social se relacionó con el bienestar subjetivo, este apoyo es dado por la familia, amigos y/o estado, donde los amigos y familiares brindan reconocimiento, diversión y apoyo económico, el apoyo emocional e instrumental ayudan a que los adultos mayores se sientan como personas autónomas, las actividades productivas son las que generan algún tipo de recompensa que no es necesariamente económico, y estas actividades ayuda a los adultos mayores en las preocupación económicas, existieron personas que eran líderes comunitarios los que promovía la satisfacción, reconocimiento y oportunidades de capacitación para ellos, el trabajo fue una actividad de gran deseo para los varones y las mujeres solteras ya que les brindaba independencia, satisfacción y tranquilidad para cumplir con sus obligación económicas, la pobreza en las personas mayores afectaba en el bienestar subjetivo, los que no contaban con seguridad habitacional, tenían preocupación constante e incertidumbre lo que afectaba su bienestar, algunas personas no podían acceder a las 3 comidas al días debido a sus bajos ingresos, concluyeron que se logró reconocer la importancia de los factores culturales y generacionales que influyeron en las personas mayores dentro del contexto social y que a la vez influyen la percepción de bienestar.

### **A nivel nacional:**

Farfán H, (15) Realizaron un estudio en Piura- Perú en el 2016 con el título “Determinantes de la salud en la persona en el Centro Poblado Villa María Cieneguillo Centro –Sullana, 2013” cuyo objetivo fue identificar los determinantes de la Salud en la Persona Adulta del Centro Poblado Villa María - Cieneguillo Centro- Sullana, 2013, para ello se realizó un estudio cuantitativo y descriptivo, la muestra estaba conformado por 243 personas adultas, como principal conclusión se encontró que la mayoría eran de sexo femenino, con ingreso menores a 750 soles, además de tener la ocupación eventual. Los determinantes relacionados a la vivienda: casi todos cuentan con vivienda unifamiliar, asimismo tenían su vivienda propia, la mayoría duermen en una habitación de 2 a 3 miembros, de la misma manera tenían energía eléctrica permanente. Los determinantes de estilos de vida: poco más de mitad realiza un examen médico periódico, en cambio menos de la mitad no realizan ninguna actividad física, en base a los alimentos la mayoría fideos y arroz diariamente; un poco menos de la mitad de personas adultas consumen frutas, huevos, pescado, verduras – hortalizas; más de la mitad consume carnes, pan, cereales diariamente. Respecto a los determinantes de redes sociales y comunitarias: todos no recibieron un apoyo social organizado ni apoyo social natural.

Morillo G, Vélchez M, (16). Publicaron en Perú en el 2015 el estudio “Determinantes de la salud en adultos mayores del Asentamiento Humano San Pedro, Chimbote, 2014”, cuyo objetivo fue identificar los

determinantes de la salud en adultos mayores del asentamiento humano San Pedro de Chimbote en el 2014, para ello se realizó un estudio cuantitativo y descriptivo, la muestra estuvo conformado por 120 adultos mayores, como principales resultados se obtuvo que el 62,0% eran de sexo masculino, el 61,0% no tenían grado de instrucción, el 72,0% tenían un ingreso económico hasta 1000 soles, el 47,0% de los adultos mayores eran jubilados, el 67,0% tenían una vivienda multifamiliar, el 100,0% tenían vivienda propia, el 88,0% tenían loseta, vinílicos o sin vinílicos en el piso, el 95,0% tenían conexión domiciliaria, el 98,0% contaban con gas y electricidad, el 99,0% de los adultos mayores contaban con energía eléctrica permanente, el 100,0% desechan su basura por medio del carro recolector, el 82,0% nunca han fumado, el 77,0% no consumen bebidas alcohólicas, el 91,0% duermen de 6 a 8 horas, el 78,0% se bañan diariamente, el 82% no se realizan exámenes médicos periódicos, el 73,0% no realiza actividad física, sobre la alimentación el 64,0% consume 3 o más veces a la semana frutas, el 88,0% come fideos diariamente, concluyeron que la mayoría de los adultos mayores no tienen grado de instrucción, son jubilados con un ingreso económico menor a 750 soles, tienen casa propia, consumen fruta 3 o más veces a la semana frutas, en su mayoría tienen seguro de SIS-MINSA y reciben apoyo social familiar.

Herrera L, Vílchez M, (17). Publicaron en Perú en el 2015 el estudio “Determinantes de la salud en la mujer adulta madura, Pueblo Joven Villa María, Nuevo Chimbote, 2013”, cuyo objetivo fue establecer y describir

los determinantes de la salud de la mujer madura, para ello se realizó un estudio cuantitativo y descriptivo, como principales resultados se obtuvo: el 42,5% de las mujeres tenían grado de instrucción inicial y/o primaria, el 90% tenían un ingreso económico de 751 a 1000 soles, el 96,0% de las mujeres tenían trabajo estable, el 100% de las mujeres tenían una vivienda unifamiliar, el 9% alquilaban su vivienda, el 100% de las mujeres tenían una habitación independiente, baño propio, conexiones de luz agua y gas independiente, el 97% de las mujeres desechan su basura por medio del carro recolector, el 51% de las mujeres no fuman en la actualidad pero lo han hecho anteriormente, el 57% de las mujeres no consumen bebidas alcohólicas, el 100% de las mujeres duermen de 6 a 8 horas, el 57% se bañan 4 veces a la semana, el 63% no se realizan exámenes médicos periódicos, el 60% no realiza actividad física, el 85% camina durante 20 minutos aproximadamente, sobre la alimentación el 96% de las mujeres consume diariamente frutas, 80% come pescado de 1 o 2 veces a la semana, el 100% come fideos diariamente, concluyeron que la mayoría de las mujeres tienen grado de instrucción primaria, tienen trabajo estable con un ingreso económico entre 750 a 1000 soles, tienen casa propia, consumen fruta diariamente, en su mayoría tienen seguro de SIS-MINSA y reciben apoyo social familiar.

## **2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación**

Cuando la investigación realizada por Lalonde en 1974 dio a conocer los diferentes problemas de salud, diversos estudiosos del tema propusieron

entender la salud como un derecho humano fundamental, asumiendo que esta existe solo en la presencia de: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, un ecosistema estable, justicia social y equidad. En base a lo mencionado la Comisión sobre los Determinantes Sociales de Salud (CDSS) elaboró el Marco Conceptual sobre los Determinantes (18).

Entonces, se entiende por determinantes sociales de la salud al conjunto de factores sociales, económicos, personales y ambientales que determinan la condición de salud de las personas o sociedades. Dichos determinantes se pueden dividir en dos grandes grupos:

- Los que se encuentran bajo la responsabilidad de los diferentes entes del Estado, como son los Determinantes económicos, sociales y políticos.
  
- Y aquellos de responsabilidad del sector salud, para beneficiar la salud de la comunidad, respecto a vigilancia y control, además de promoción y control directo en otros, dichos determinantes son:
  - Los que tienen que ver con los estilos de vida,
  - Los factores ambientales,
  - Lo que tienen que ver con aspectos genéticos y biológicos de la población y finalmente
  - Aquellos relacionados con la atención sanitaria, es decir los servicios de salud que se les da a la sociedad (19).

Los Determinantes Sociales de la Salud, se caracterizan por tres aspectos importantes, los cuales son: la intersectorialidad, la promoción de la salud y la equidad. Esto significa que pueden ser aplicadas, buscando la interrelación entre el sector social, económico y sanitario, así como buscar la cooperación internacional para actuar sobre los problemas de salud que atraviesan las fronteras nacionales.(20) Desde que se considera la existencia de los determinantes de la salud, surgieron diferentes modelos para establecer la estructura de dichos determinantes y en qué consisten; sin embargo el modelo propuesto por la Organización Mundial de la Salud, fue el que mejor organizó los aspectos que comprenden los determinantes, los cuales son: determinantes estructurales y determinantes intermediarios.

**a) Determinantes estructurales: dimensiones, variables y marcadores/indicadores**

El término determinantes sociales, se refiere específicamente a la interacción entre el contexto socioeconómico-político, los mecanismos estructurales que generan la estratificación social y la consiguiente posición socioeconómica de los individuos. Estos determinantes estructurales comprenden según la Organización Mundial de la Salud, aquellos aspectos referidos como determinantes sociales de las desigualdades en salud (21). A continuación se muestra las variables e indicadores que comprenden los determinantes sociales:

| <b>Determinantes estructurales de las inequidades en salud</b>   |
|--|
| Contexto socioeconómico y político   |
| <b>Variable: Gobernanza</b> - Se refiere a las medidas gubernamentales para proteger y promocionar el bienestar económico y social de todos sus ciudadanos.  |
| <b>Marcadores / Indicadores</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Provisión pública de educación</li> <li>- Provisión pública de servicios de salud</li> <li>- Políticas sobre trabajo</li> <li>- Políticas de protección social</li> <li>- Políticas de lucha contra la pobreza</li> <li>- Políticas de saneamiento</li> <li>- Valor social dado a la salud (grado en que la salud es vista como una preocupación social colectiva en el diseño e implementación de las políticas) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos nacionales destinados para el sector salud</li> <li>• Distribución equitativa de los recursos de salud que genere igualdad de acceso a los servicios de salud para todos</li> </ul> </li> </ul> |
| Mecanismos que determinan la posición socioeconómica   |
| <b>Variable: Posición socioeconómica</b> - Relacionada con la generación y fortalecimiento de la división de clase que define la posición de las personas dentro de las jerarquías de poder, de prestigio y de acceso a los recursos   |
| <b>Marcadores / indicadores</b> (posición socioeconómica) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingreso:</li> <li>- Educación:</li> <li>- Ocupación:</li> </ul>   |

Extraído de: Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición (22).

El ingreso económico es el indicador de posición socioeconómica que mide más directamente el componente de recursos materiales. Al igual que con otros indicadores, como la educación, los ingresos tienen una asociación "dosis-respuesta" con la salud; pues puede influir en una amplia gama de circunstancias materiales con implicaciones directas para la salud. El ingreso también tiene un efecto acumulativo en el curso de la vida y es el indicador de posición socioeconómica el que puede cambiar más a corto plazo. El ingreso no es una variable simple, incluye componentes como el

salario, dividendos, intereses, manutención de hijos, pensión alimenticia, transferencias y pensiones (23).

La educación como un indicador que de cierto modo mide la vida temprana posición socioeconómica. La educación se puede medir como una variable continua (años de educación completada) o como una variable categórica mediante la evaluación de hitos educativos, como la terminación de primaria o secundaria, títulos de educación superior o grados. Aunque la educación se utiliza a menudo como una medida genérica de la posición socioeconómica, interpretaciones específicas explican su asociación con los resultados de salud, las cuales son:

- La educación capta la transición de la posición socioeconómica de los padres (recibida) a la posición socioeconómica de la adultez (propia) y es también un fuerte determinante del empleo y los ingresos futuros.
- Los conocimientos y habilidades obtenidos a través de la educación pueden afectar el funcionamiento cognitivo de una persona, hacerlos más receptivos a los mensajes de educación sanitaria o permitirles mejor comunicarse y acceder a servicios de salud apropiados.
- La mala salud en la niñez podría limitar la asistencia y/o el logro educativo y predisponer a una persona a una enfermedad de adultos, generando una influencia en la selección de salud sobre las desigualdades en salud (23).

Los indicadores de posición socioeconómica basados en la ocupación determinan el lugar de las personas en la jerarquía social y puede ser vista como reflejo del lugar de una persona en la sociedad en relación con su posición social, su ingreso y su intelecto. La ocupación también puede identificar relaciones de trabajo de dominación y subordinación entre empleadores y empleados o, con menor frecuencia, caracterizar a las personas como explotadoras o explotadas en las relaciones de clase (23).

- La ocupación (parental o propia) está fuertemente relacionada con los ingresos y, por lo tanto, la asociación con la salud puede ser una relación directa entre los recursos materiales -la monetaria y otras recompensas tangibles por el trabajo que determina el nivel de vida material- y la salud.
- Las ocupaciones reflejan la posición social y pueden estar relacionadas con los resultados de salud debido a ciertos privilegios -como el acceso más fácil a una mejor atención médica, el acceso a la educación y las instalaciones residenciales más salubres- que se otorgan a los de mayor nivel.
- La ocupación puede reflejar las redes sociales, el estrés basado en el trabajo, el control y la autonomía y, por lo tanto, afectar los resultados de salud a través de procesos psicosociales.
- La ocupación también puede reflejar exposiciones tóxicas ambientales o laborales específicas, tales como demandas físicas (por ejemplo, conductor de transporte o trabajador) (23).

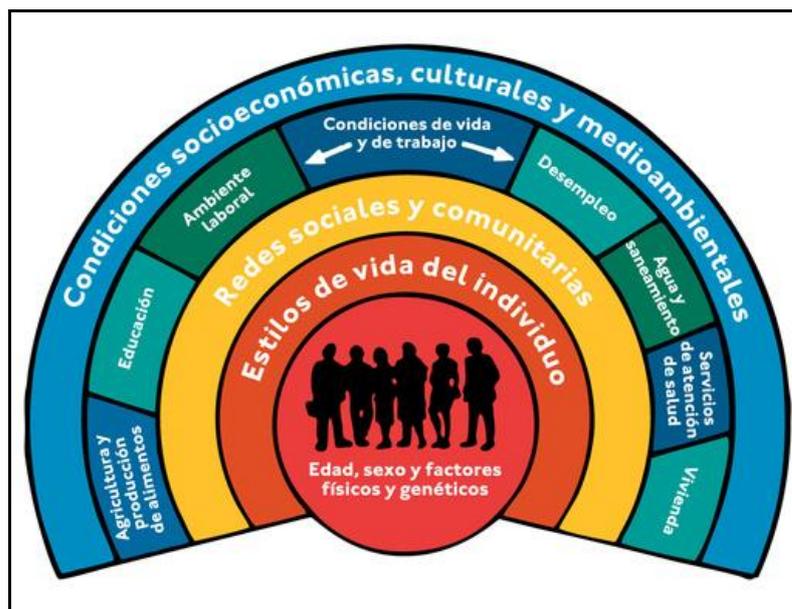
## **b) Determinantes intermediarios:**

Los determinantes estructurales operan a través de una serie de lo que se define como factores sociales intermedios o determinantes sociales de la salud. Los determinantes sociales de las desigualdades en salud son causalmente antecedentes de estos determinantes intermedios, que están vinculados, por otro lado, a un conjunto de influencias individuales, incluyendo comportamientos relacionados con la salud y factores fisiológicos (23).

Los determinantes intermedios fluyen de la configuración de la estratificación social subyacente y, a su vez, determinan las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones comprometedoras de la salud. En el punto más proximal de los modelos, se enfatizan los procesos genéticos y biológicos, mediando los efectos sobre la salud de los determinantes sociales. Por lo que se tiene que las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son:

- Las circunstancias materiales;
- Circunstancias psicosociales;
- Factores de comportamiento y/o biológicos;
- Y el propio sistema de salud como determinante social (23).

Según la Organización Mundial de la Salud la estratificación de los determinantes de salud se encuentra interrelacionado como sigue:



Extraído de: A Conceptual Framework for Action on The Social Determinants of Health (23).

## 1. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICOS

Sexo.- Faille en el 2006 encontró que las mujeres como los varones poseían plasticidad cognitiva en la vejez, sobre la calidad de vida, ambos sexos deben de enfrentar a situaciones que disminuirán su calidad de vida como el deterioro, la dependencia, la soledad, etc (24).

Edad.- según la OMS las personas mayores de 60 años están dentro de este grupo etareo, en esta población se puede considerar un éxito las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico (25).

Grado de Instrucción.- Wilson en su estudio descubrió que la educación en la edad avanzada y la estimulación cognitiva eran 2 factores que ayudaban a la desaceleración de la decadencia cognitiva, ya que estas dos eran las mejores

herramientas para enfrentar al estrés y Podewils, McLay, Rebok y Lyketson encontraron que el nivel educativo y los síntomas depresivos se correlacionan positivamente con los problemas de autopercepción o problemas de la memoria, así como su funcionamiento cognitivo general, lo que demuestra que las personas menos educadas tienen una mayor declinación en la memoria y más pobre percepción de memoria (26).

Ingreso Económico.- la capacidad de disponer y de utilizar de manera independiente los recursos económicos, son importante para que el adulto mayor tenga una buena calidad de vida, la situación económica de los adultos mayores según el poder adquisitivo que este tenga, o que sustente su ingreso por diversas fuentes ya sean laborales (retribución de trabajos anteriores) o no (transferencias económicas, ya sean familiares, económicas) (27).

Ocupación.- en el caso de los adultos mayores la jubilación es el quiebre en sus vidas ya que afrontan cambios radicales en su vida diaria, ya que tiene más tiempo para realizar actividades de ocio, y tiempo libre, además que pueden realizar trabajos no remunerado (28).

Vivienda.- según la OMS, el costo de las viviendas son determinantes para la imposibilidad de que las personas mayores se trasladen a casas más adecuadas según sus necesidades, ya que si este no es adecuado puede ser un factor de riesgo para la fragilidad de incremento de dependencia para el adulto mayor (29).

Recolección de Excretas.- los residuos o desperdicios humanos deben de ser eliminados de manera correcta, ya que pueden causar enfermedades como la diarrea, el cólera, parasitosis, gastroenteritis, hepatitis, etc., los residuos mal eliminados favorecen a la aparición de moscas, cucarachas, ratones, etc., lo que son fuente de transmisión de virus, bacterias, hongos y parásitos, por ello es importante siempre utilizar el sanitario o la letrina y evitar la eliminación de basura en ríos, en el suelo, acera, etc., por ello es importante eliminar o botar la basura todos los días, manteniendo el recipiente o bote de eliminación cerrado (30).

## **2. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA**

Tabaquismo y Alcohol.- En un estudio realizado en el Distrito Federal de México, el 65,3% de la población estudiada consumió alcohol y el 45,5% consumió tabaco, donde 1 de cada 2 varones 1 una de cada 4 mujeres consumieron alcohol en el último año y 1 de cada 10 adultos mayores consumió tabaco, por lo que concluyeron que el consumo de alcohol ya sea riesgoso para la salud del adulto mayor no es infrecuente, y el habito de fumar en esta población no desaparece con la edad (31).

Sueño.- la insatisfacción del sueño en la población geriátrica se puede considerar como un problema con repercusiones considerables ya que puede afectar la salud y la calidad de vida de la persona, se han encontrado estudios en España que entre 12 a 40% de los adultos mayores sufren de trastornos del sueño (32).

Higiene (Baño).- la higiene en el adulto mayor se debe de realizar según la condición de salud de la persona, se puede hacer un baño completo en cama donde el cuidador le lava todo el cuerpo al adulto mayor en la cama, baño parcial donde se lava solo las partes del cuerpo que pueden producir mal olor y baño de ducha donde se lava todo el cuerpo con agua corriente con la ayuda de un cuidador, este se realiza para la mantención de la piel limpia y brindar comodidad, además así se puede observar el estado de la piel y la capacidad de movimiento de la persona (33).

Actividad Física.- en los estados Unidos el 60% de los adultos mayores no participan en actividades físicas, y en otros países desarrollados entre el 30 y 80% no son físicamente activos, (34) para la Organización Mundial de la Salud la actividad física para el adulto mayor son las actividades recreativas y de ocio, cuyo fin es mejorar las funciones cardiorrespiratorias, musculares, reducir la depresión y el deterioro cognitivo (35).

Alimentación.- se debe de realizar cambios en los patrones dietéticos en los adultos mayores, ya que estos son más propensos a caer en desnutrición, se reducen las cantidades y volúmenes de comida y bebida y también los tiempos de ingesta, ya que puede haber una pérdida de interés en la alimentación por las pérdidas sensoriales, o sino por la inadecuada utilización de cubiertos (36).

### **3. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS**

Apoyo Social Natural.- En diversas investigaciones que se realizaron en Cuba, la familia ha repercutido en una alta calidad de vida en los adultos mayores, además de ser para ellos una importante compañía, (37) en un estudio realizado en México demostraron que las formas de apoyo que reciben los adulto mayores, son en el cuidado personal de manera directa ya que de no ser así no sería posible la sobrevivencia de los adultos mayores (38).

Apoyo Social de Organizaciones.- este apoyo social se da por el conjunto restringido de relaciones no familiares que brindan algún tipo de apoyo a esta población, este apoyo social se puede evaluar según sus características estructurales (cantidad de personas que la componen, la interrelación entre los miembros, distancia entre miembros), funcionales (compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, acceso a nuevos contactos) y de atributos de los vínculos que la componen (funciones de prevalencias, multidimensionalidad, reciprocidad, intimidad), hay que tener en cuenta que las redes sociales no son estáticas, sino que poseen características abiertas, ya que hay que tener en cuenta que la red social de una persona se da a lo largo de su vida (39).

Atención de Salud.- en el Perú se ha realizado una estrategia llamada asistencia socio sanitario, por el aumento de la cobertura de servicios de salud y social ya que estos están en recién expansión, según el Ministerio de Salud (MINSA) en el país se están incluyendo los centros de atención integral llamados Tayta Wasi,

donde se encargan de dar atención multidisciplinaria a las personas adultas mayores y EsSalud tiene un sistema de atención al asegurado por 3 tipos de prestaciones: prestaciones sociales, prestaciones de salud y prestaciones económicas, pero por el aumento de la población EsSalud ha migrado su estructura, donde a conceptualizado el modelo del cuidado continuo e integrado a favor del asegurado y en el caso de las Fuerzas Armadas y Policiales, estas fueron las primeras en crear los servicios de atención especializada para el adulto mayor y hasta la fecha cuentan con el mejor servicio dando énfasis al enfoque multi e interdisciplinario de la atención geriátrica (40).

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo, nivel de la investigación**

Tipo de estudio cuantitativo; según Hernández et al, (41):

Este tipo de estudios presenta un conjunto de procesos secuenciales; mantiene un orden riguroso que inicia con una idea de investigación de la cual se derivan los objetivos y el marco teórico posterior a ello se plantea un diseño y culmina con el análisis de los datos obtenidos, de los cuales se extraen las conclusiones.

Nivel de investigación descriptiva; según Argimon y Jiménez (42), en un estudio descriptivo no se evalúa una presunta relación entre las variables; por el contrario la finalidad es netamente descriptiva y de caracterización de la población estudiada.

#### **3.2. Diseño de la investigación**

La investigación a realizarse es un diseño de una sola casilla

Utilizan un solo grupo con el objeto de obtener un informe aislado de lo que existe en el momento del estudio, sirve para resolver problemas de identificación (41).

### **3.3. Población y muestra**

#### **a) Universo muestral**

El universo muestral estuvo constituido por 135 adultos mayores del Club del Adulto Mayor de Huacho que cumplieron los criterios de inclusión del estudio y firmaron el consentimiento informado para la aplicación del cuestionario.

#### **b) Criterios de Inclusión**

- Adultos mayores del Club del Adulto Mayor de Huacho que viven más de 3 años en la zona.
- Adultos mayores del Club del Adulto Mayor de Huacho que aceptaron participar en el estudio.
- Adultos mayores del Club del Adulto Mayor que tuvieron la disponibilidad de participar en el cuestionario como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

**c) Criterios de Exclusión:**

- Adultos mayores del Club del Adulto Mayor de Huacho que tenga algún trastorno mental o problemas de comunicación que le impida completar el cuestionario.
- Adultos mayores del Club del Adulto Mayor de Huacho que no acepten participar en el estudio.

**3.4. Definición y operacionalización de variables**

**I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONOMICO**

- **Sexo**

**Definición Conceptual.**

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (43).

**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 (44).

### **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 (45).

### **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 (46)

- **Definición Operacional**

- Escala Nominal

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

- **Vivienda**

- **Definición conceptual**

- Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (47).

- **Definición operacional**

- Escala nominal

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

- **Tenencia**
  - Alquiler
  - Cuidador/alojado
  - Plan social (dan casa para vivir)
  - Alquiler venta
  - Propia
  
- **Material del piso:**
  - Tierra
  - Entablado
  - Loseta, vinílicos o sin vinílicos
  - Láminas asfálticas
  - Parquet
  
- **Material del techo:**
  - Madera, estera
  - Adobe
  - Estera y adobe
  - Material noble ladrillo y cemento
  - Eternit
  
- **Material de las paredes:**
  - Madera, estera
  - Adobe

- Estera y adobe
- Material noble ladrillo y cemento
  
- **Miembros de la familia que duermen por habitaciones**
  - 4 a más miembros
  - 2 a 3 miembros
  - Individual
  
- **Abastecimiento de agua**
  - Acequia
  - Cisterna
  - Pozo
  - Red pública
  - Conexión domiciliaria
  
- **Eliminación de excretas**
  - Aire libre
  - Acequia , canal
  - Letrina
  - Baño público
  - Baño propio
  - Otros

- **Combustible para cocinar**
  - Gas, Electricidad
  - Leña, Carbón
  - Bosta
  - Tuza ( coronta de maíz)
  - Carca de vaca
  
- **Energía Eléctrica**
  - Eléctrico
  - Kerosene
  - Vela
  - Otro
  
- **Disposición de basura**
  - A campo abierto
  - Al río
  - En un pozo
  - Se entierra, quema, carro recolector
  
- **Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa**
  - Diariamente
  - Todas las semana pero no diariamente
  - Al menos 2 veces por semana
  - Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas

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

## **II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA**

### **Definición Conceptual**

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (48).

### **Definición operacional**

Escala nominal

#### **Hábito de fumar**

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

#### **Consumo de bebidas alcohólicas**

Escala nominal

#### **Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas**

- Diario

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

**Número de horas que duermen**

- 6 a 8 horas
- 08 a 10 horas
- 10 a 12 horas

**Frecuencia en que se bañan**

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

**Actividad física en tiempo libre.**

Escala nominal

**Tipo de actividad física que realiza:**

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

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

Escala nominal

Si ( ) No ( )

**Tipo de actividad:**

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

**Alimentación****Definición Conceptual**

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (49).

**Definición Operacional**

Escala ordinal

Dieta: **Frecuencia de consumo de alimentos**

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

**III. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS****Definición Conceptual**

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad. (50)

## **Apoyo social natural**

### **Definición Operacional**

Escala nominal

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

## **Apoyo social organizado**

Escala nominal

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

## **Apoyo de organizaciones del estado**

- El programa pensión 65
- Programa de cooperación 2012-2016
- Comedores populares
- No recibo

## **Acceso a los servicios de salud**

### **Definición Conceptual**

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (51).

### **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 ( )

### **3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos**

#### **Técnicas**

La técnica de recolección de datos fue la encuesta y la entrevista.

#### **Instrumento**

El instrumento de recolección de datos que se utilizó fue el Cuestionario sobre determinantes de la salud del adulto mayor, el cual fue elaborado por Vílchez Reyes María. El cuestionario estuvo conformado por 30 ítems distribuidos en 4 secciones: (Anexo 01)

- Datos de Identificación, se obtuvo el seudónimo del adulto mayor entrevistado.
- Determinantes Biosocioeconómicos: comprendió una serie de preguntas cerrada de opción de respuesta dicotómica o múltiple, con ellas se identificó el sexo, edad, grado de instrucción, ingreso económico familiar, ocupación, las características de su vivienda, y las condiciones en que vive como el acceso al servicio de luz, agua y desagüe, entre otros aspectos.
- Determinantes de los estilos de vida: está compuesto por una serie de preguntas cerradas de opción de respuesta múltiple para conocer los hábitos personales de los adultos mayores, entre ellos el tabaquismo, alcoholismo, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), Alimentos que consumen las personas; y una tabla que identifico la frecuencia del consumo de una lista de alimentos.

- Determinantes de las redes sociales y comunitarias: incluirá preguntas cerradas de opción de respuesta dicotómica o múltiple para identificar si el adulto mayor recibe apoyo social natural o de alguna organización, el acceso a los servicios de salud y las condiciones en que se da su atención médica.

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

### **EVALUACIÓN CUALITATIVA**

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del **Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos 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 adultos mayores.

## **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 adultos mayores en el Perú (Anexo 2).

## **Confiabilidad**

### **Confiabilidad interevaluador**

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (Anexo 3)

## **Procesamiento y análisis de datos**

### **Procedimientos de la recolección de datos:**

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

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

### **3.6. Plan de análisis**

Los datos fueron ingresados a una hoja de cálculo de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 18 para su respectivo procesamiento. Previo al análisis estadístico, se realizó un control de calidad del registro de datos, el cual consistió en la consistenciación y depuración de la base de datos con el fin de corregir errores de digitación y errores del llenado de encuestas como datos erróneos, inconsistentes o faltantes. Para el análisis de los datos cualitativos

se calcularon las frecuencias absolutas (n) y relativas (%). Para el análisis de datos cuantitativos se calcularon las medidas de tendencia central (promedio y mediana) y de dispersión (desviación estándar, mínimo, máximo). Para la presentación de resultados se construyeron tablas de distribución de frecuencias y tablas de contingencia, además de sus respectivos gráficos estadísticos.

### **3.7. Principios éticos**

Para el desarrollo de la presente investigación se tuvo en cuenta los siguientes aspectos éticos:

**Anonimato:** Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos mayores del Club del Adulto Mayor-Huacho, que la investigación es anónima y que la información obtenida es solo para fines de la investigación

**Privacidad:** Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de los adultos mayores del Club del Adulto Mayor-Huacho, siendo útil solo para fines de la investigación

**Honestidad:** Se informó a los adultos mayores del Club del Adulto Mayor-Huacho, los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

**Consentimiento:** Solo se trabajó con los adultos mayores del Club del Adulto Mayor-Huacho que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 04).

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Resultados

#### 4.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

**TABLA 1.**  
**DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS MAYORES DEL “CLUB ADULTO MAYOR” - HUACHO, 2017**

| <b>Sexo</b>                              | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
|--|------------|--------------|
| Femenino                                 | 92         | 68,1         |
| Masculino                                | 43         | 31,9         |
| <b>Total</b>                             | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Grado de instrucción</b>              | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| Sin nivel e instrucción                  | 16         | 11,9         |
| Inicial/Primaria                         | 59         | 43,7         |
| Secundaria Completa / Incompleta         | 53         | 39,3         |
| Superior universitaria /no universitaria | 7          | 5,2          |
| <b>Total</b>                             | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Ingreso económico (Soles)</b>         | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| Menor de 750                             | 81         | 60,0         |
| De 751 a 1000                            | 47         | 35,0         |
| De 1001 a 1400                           | 7          | 5,0          |
| De 1401 a 1800                           | 0          | 0,0          |
| De 1801 a más                            | 0          | 0,0          |
| <b>Total</b>                             | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Ocupación</b>                         | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| Trabajador estable                       | 7          | 5,2          |
| Eventual                                 | 20         | 14,8         |
| Sin ocupación                            | 81         | 60,0         |
| Jubilado                                 | 27         | 20,0         |
| Estudiante                               | 0          | 0,0          |
| <b>Total</b>                             | <b>135</b> | <b>100,0</b> |

FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017 elaborado por Dra. María Adriana Vílchez

## DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

**TABLA 2.**  
**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES DEL “CLUB ADULTO MAYOR” - HUACHO, 2017**

| Tipo                                      | n          | %            |
|---|------------|--------------|
| Vivienda unifamiliar                      | 96         | 71,1         |
| Vivienda multifamiliar                    | 30         | 22,2         |
| Vecindad, quinta, choza, cabaña           | 9          | 6,7          |
| Local no destinada para habitación humana | 0          | 0,0          |
| Otros                                     | 0          | 0,0          |
| <b>Total</b>                              | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| Tenencia                                  | n          | %            |
| Alquiler                                  | 13         | 9,6          |
| Cuidador/alojado                          | 7          | 5,2          |
| Plan social (dan casa para vivir)         | 0          | 0,0          |
| Alquiler venta                            | 0          | 0,0          |
| Propia                                    | 115        | 85,2         |
| <b>Total</b>                              | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| Material del piso                         | n          | %            |
| Tierra                                    | 83         | 61,5         |
| Entablado                                 | 28         | 20,7         |
| Loseta, vinílicos o sin vinílico          | 24         | 17,8         |
| Láminas asfálticas                        | 0          | 0,0          |
| Parquet                                   | 0          | 0,0          |
| <b>Total</b>                              | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| Material del techo                        | n          | %            |
| Madera, esfera                            | 32         | 23,7         |
| Adobe                                     | 61         | 45,2         |
| Estera y adobe                            | 14         | 10,4         |
| Material noble, ladrillo y cemento        | 14         | 10,4         |
| Eternit                                   | 14         | 10,4         |
| <b>Total</b>                              | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| Material de las paredes                   | n          | %            |
| Madera, estera                            | 30         | 22,2         |
| Adobe                                     | 69         | 51,1         |
| Estera y adobe                            | 21         | 15,6         |
| Material noble ladrillo y cemento         | 15         | 11,1         |
| <b>Total</b>                              | <b>135</b> | <b>100,0</b> |

**TABLA 02. DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES DEL “CLUB ADULTO MAYOR”-HUACHO, 2017 (Continuación)**

| <b>Abastecimiento de agua</b>  | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
|--|------------|--------------|
| Acequia  | 0          | 0,0          |
| Cisterna   | 0          | 0,0          |
| Pozo   | 11         | 8,0          |
| Red pública  | 0          | 0,0          |
| Conexión domiciliaria  | 124        | 92,0         |
| <b>Total</b>   | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Eliminación de excretas</b>                                       | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| Aire libre   | 0          | 0,0          |
| Acequia, canal   | 0          | 0,0          |
| Letrina  | 14         | 10,0         |
| Baño público   | 0          | 0,0          |
| Baño propio  | 121        | 90,0         |
| Otros  | 0          | 0,0          |
| <b>Total</b>   | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Combustible para cocinar</b>                                      | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| Gas, Electricidad  | 108        | 80,0         |
| Leña, carbón   | 27         | 20,0         |
| Bosta  | 0          | 0,0          |
| Tuza (coronta de maíz)   | 0          | 0,0          |
| Carca de vaca  | 0          | 0,0          |
| <b>Total</b>   | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Energía eléctrica</b>   | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| Sin energía  | 0          | 0,0          |
| Lámpara (no eléctrica)   | 0          | 0,0          |
| Grupo electrógeno  | 7          | 5,0          |
| Energía eléctrica temporal   | 7          | 5,0          |
| Energía eléctrica permanente   | 121        | 90,0         |
| Vela   | 0          | 0,0          |
| <b>Total</b>   | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Disposición de basura</b>   | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| A campo abierto  | 0          | 0,0          |
| Al río   | 0          | 0,0          |
| En un pozo   | 0          | 0,0          |
| Se entierra, quema, carro recolector                                 | 135        | 100,0        |
| <b>Total</b>   | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa</b>     | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| Diariamente  | 0          | 0,0          |
| Todas las semana pero no diariamente                                 | 135        | 100,0        |
| Al menos 2 veces por semana  | 0          | 0,0          |
| Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas                      | 0          | 0,0          |
| <b>Total</b>   | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:</b> | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| Carro recolector   | 68         | 95,4         |
| Montículo o campo limpio   | 40         | 4,6          |
| Contenedor específico de recogida                                    | 27         | 0,0          |
| Vertido por el fregadero o desagüe                                   | 0          | 0,0          |
| Otros  | 0          | 0,0          |
| <b>Total</b>   | <b>135</b> | <b>100,0</b> |

**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017 elaborado por Dra. María Adriana Vílchez.

#### 4.1.2. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

**TABLA 03**  
**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES**  
**DEL “CLUB ADULTO MAYOR” - HUACHO, 2017**

| <b>Fuma actualmente:</b>   | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
|--|------------|--------------|
| Si fumo, diariamente   | 0          | 0,0          |
| Si fumo, pero no diariamente   | 5          | 3,7          |
| No fumo, actualmente, pero he fumado antes   | 80         | 59,3         |
| No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual   | 50         | 37,0         |
| <b>Total</b>   | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas</b>                                      | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| Diario   | 0          | 0,0          |
| Dos a tres veces por semana  | 0          | 0,0          |
| Una vez a la semana  | 0          | 0,0          |
| Una vez al mes   | 12         | 8,9          |
| Ocasionalmente   | 88         | 65,2         |
| No consumo   | 35         | 25,9         |
| <b>Total</b>   | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>N° de horas que duerme</b>  | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| [06 a 08)  | 128        | 94,8         |
| [08 a 10)  | 7          | 5,2          |
| [10 a 12)  | 0          | 0,0          |
| <b>Total</b>   | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Frecuencia con que se baña</b>  | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| Diariamente  | 13         | 10,0         |
| 4 veces a la semana  | 122        | 90,0         |
| No se baña   | 0          | 0,0          |
| <b>Total</b>   | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud</b>          | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| Si   | 46         | 34,1         |
| No   | 89         | 65,9         |
| <b>Total</b>   | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Actividad física que realiza en su tiempo libre</b>                                   | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| Caminar  | 74         | 54,8         |
| Deporte  | 20         | 14,8         |
| Gimnasia   | 0          | 0,0          |
| No realizo   | 41         | 30,4         |
| <b>Total</b>   | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos</b> | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| Caminar  | 67         | 49,6         |
| Gimnasia suave   | 27         | 20,0         |
| Juegos con poco esfuerzo   | 7          | 5,2          |
| Correr   | 0          | 0,0          |
| Deporte  | 0          | 0,0          |
| Ninguna  | 34         | 25,2         |
| <b>Total</b>   | <b>135</b> | <b>100,0</b> |

**TABLA 03. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL “CLUB ADULTO MAYOR” - HUACHO, 2017 (Continuación)**

| Alimentos que consume | Diario |       | 3 o más veces a la semana |      | 1 o 2 veces a la semana |      | Menos de 1 vez a la semana |      | Nunca o casi nunca |     | Total<br>n |
|-----------------------|--------|-------|---------------------------|------|-------------------------|------|----------------------------|------|--------------------|-----|------------|
|                       | n      | %     | n                         | %    | n                       | %    | n                          | %    | n                  | %   |            |
| Frutas                | 11     | 8,1   | 41                        | 30,4 | 76                      | 56,3 | 7                          | 5,2  | 0                  | 0,0 | 135        |
| Carne                 | 40     | 29,6  | 81                        | 60,0 | 14                      | 10,4 | 0                          | 0,0  | 0                  | 0,0 | 135        |
| Huevos                | 20     | 14,8  | 41                        | 30,4 | 54                      | 40,0 | 20                         | 14,8 | 0                  | 0,0 | 135        |
| Pescado               | 27     | 20,0  | 67                        | 49,6 | 34                      | 25,2 | 7                          | 5,2  | 0                  | 0,0 | 135        |
| Fideos                | 108    | 80,0  | 14                        | 10,4 | 13                      | 9,6  | 0                          | 0,0  | 0                  | 0,0 | 135        |
| Pan, cereales         | 135    | 100,0 | 0                         | 0,0  | 0                       | 0,0  | 0                          | 0,0  | 0                  | 0,0 | 135        |
| Verduras, hortalizas  | 27     | 20,0  | 68                        | 50,4 | 40                      | 29,6 | 0                          | 0,0  | 0                  | 0,0 | 135        |

**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017 elaborado por Dra. María Adriana Vílchez.

### 4.1.3. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

**TABLA 04**  
**DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS MAYORES DEL “CLUB ADULTO MAYOR” - HUACHO, 2017**

| <b>Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses</b> | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
|--|------------|--------------|
| Hospital   | 0          | 0,0          |
| Centro de salud  | 27         | 20,0         |
| Puesto de salud  | 108        | 80,0         |
| Clínicas particulares  | 0          | 0,0          |
| Otras  | 0          | 0,0          |
| <b>Total</b>   | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:</b>         | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| Muy cerca de su casa   | 0          | 0,0          |
| Regular  | 135        | 100,0        |
| Lejos  | 0          | 0,0          |
| Muy lejos de su casa   | 0          | 0,0          |
| No sabe  | 0          | 0,0          |
| <b>Total</b>   | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Tipo de seguro</b>  | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| ESSALUD  | 3          | 2,0          |
| SIS – MINSA  | 132        | 98,0         |
| SANIDAD  | 0          | 0,0          |
| Otros  | 0          | 0,0          |
| <b>Total</b>   | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?</b>       | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| Muy largo  | 0          | 0,0          |
| Largo  | 27         | 20,0         |
| Regular  | 69         | 51,1         |
| Corto  | 39         | 28,9         |
| Muy corto  | 0          | 0,0          |
| No sabe  | 0          | 0,0          |
| <b>Total</b>   | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:</b> | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| Muy buena  | 0          | 0,0          |
| Buena  | 27         | 20,0         |
| Regular  | 108        | 80,0         |
| Mala   | 0          | 0,0          |
| Muy mala   | 0          | 0,0          |
| No sabe  | 0          | 0,0          |
| <b>Total</b>   | <b>135</b> | <b>100,0</b> |

**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017 elaborado por Dra. María Adriana Vílchez.

**TABLA 4. DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS MAYORES DEL “CLUB ADULTO MAYOR” - HUACHO, 2017**

*Continuación*

| <b>Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:</b> | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
|--|------------|--------------|
| Si   | 108        | 80,0         |
| No   | 27         | 20,0         |
| <b>Total</b>                                       | <b>135</b> | <b>100,0</b> |

**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017 elaborado por Juliana Nardy Wong Ayala.

**TABLA 5  
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN ADULTOS MAYORES DEL “CLUB ADULTO MAYOR” - HUACHO, 2017**

| <b>Recibe algún apoyo social natural:</b>    | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
|--|------------|--------------|
| Familiares                                   | 115        | 85,2         |
| Amigos                                       | 5          | 3,7          |
| Vecinos                                      | 15         | 11,1         |
| Compañeros espirituales                      | 0          | 0,0          |
| Compañeros de trabajo                        | 0          | 0,0          |
| No recibo                                    | 0          | 0,0          |
| <b>Total</b>                                 | <b>135</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Recibe algún apoyo social organizado:</b> | <b>n</b>   | <b>%</b>     |
| Organizaciones de ayuda al enfermo           | 50         | 37,0         |
| Seguridad social                             | 0          | 0,0          |
| Empresa para la que trabaja                  | 0          | 0,0          |
| Instituciones de acogida                     | 0          | 0,0          |
| Organizaciones de voluntariado               | 0          | 0,0          |
| No recibo                                    | 85         | 63,0         |
| <b>Total</b>                                 | <b>135</b> | <b>100,0</b> |

**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017 elaborado por Dra. María Adriana Vílchez.

**TABLA 6**  
**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN ADULTOS MAYORES DEL “CLUB ADULTO MAYOR” - HUACHO, 2017**

| Recibe algún apoyo social organizado: | SI |      | NO  |      | Total |
|---------------------------------------|----|------|-----|------|-------|
|                                       | n  | %    | n   | %    |       |
| Pensión 65                            | 27 | 20,0 | 108 | 80,0 | 135   |
| Comedor popular                       | 20 | 14,8 | 115 | 85,2 | 135   |
| Vaso de leche                         | 50 | 37,0 | 85  | 63,0 | 135   |

**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017 elaborado por Dra. María Adriana Vílchez.

## 4.2. Análisis de resultados

**Tabla 1:** En relación a los determinantes de salud biosocioeconómicos en los adultos mayores del “Club del Adulto Mayor” de Huacho, del 100% (135) el 68,1% (92) fueron del sexo femenino; el 43,7% (59) presentaron nivel de educación inicial/primaria, el 95% (128) tiene un ingreso económico igual o menor a los 1000 soles y el 60% (81) no tiene ocupación, lo cual pone en evidencia el envejecimiento pasivo que caracteriza a la población huachana; no obstante, esta situación se agrava más aún si se toman en cuenta los adultos mayores con trabajo eventual (14,8%) y los jubilados (20,0%). Para Pérez J. (52) “El entorno biosocioeconomico son características biológicas, sociales, económicas y ambientales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud”.

Los resultados del presente estudio son congruentes parcialmente con los observados por Vélchez M, (53). En su investigación titulada “Determinantes de la salud en adultos, de la Ciudad Chimbote, 2015” donde el 76,6% de los adultos tienen como nivel de educación básica, es decir inicial, primaria y secundaria; el 68,9% tiene ingreso económico igual a menor de 1000 soles; el 46,7% tiene trabajo eventual y el 33,8% trabajo estable. Si bien las diferencias de este precedente investigativo con lo hallado en el presente estudio tienen razón de ser en la inclusión solo de los adultos que pertenecen mayoría al sexo femenino, en la mayoría de determinantes de salud socioeconómicos guardan gran similitud.

Castaño D. y Cardona D, (54). En 2015, en su investigación titulada “Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores” coincidieron con algunos resultados de esta investigación, como el predominio de la población femenina (90,4%) y el nivel de escolaridad básica (94,2% Primaria y Secundaria).

Los datos encontrados revelan que el perfil de determinantes biosocioeconómicos en las investigaciones se mantiene relativamente constante, siendo las ligeras divergencias atribuibles al contexto de donde fueron realizadas.

Una situación como la que encontró en este estudio llevó a Aliaga et al, (55) a recomendar que es prioritario ofrecer a la población adulta mayor los medios para ejercer un mejor control sobre su salud y mejorarla. Todo ello con el fin de lograr un envejecimiento exitoso, respetando siempre sus valores y preferencias.

Así, es posible anticipar que políticas para el envejecimiento activo no tendrán gran repercusión social sino que según Limón G y Ortega M, (56) cambiar el predominante estilo de vida pasivo por uno activo contribuye con ralentizar el proceso de envejecimiento, mejora la salud e incrementa la calidad de vida de la población adulta mayor.

Teniendo en cuenta que la esperanza de vida peruana es de 74,7 años, y a nivel de Lima provincia –donde se encuentra la ciudad de Huacho– es de 76,3 años, es

posible evidenciar que muchos adultos mayores estudiados poseen aun mucho potencial de desarrollo social y personal, dado que el promedio de edad hallado fue 67,0 años; ello pone resalta la necesidad de no excluir de las políticas sanitarias a este grupo poblacional que todavía tiene mucho ofrecer a la sociedad (57).

El 60,0% de adultos mayores de Huacho percibían ingresos menores a S/ 750, monto que se halla por debajo de una remuneración mínima vital que hoy en día asciende a S/ 850. La vejez incrementa las probabilidades de experimentar un deterioro económico que podría tener impacto en la supervivencia del adulto mayor, (58) de ahí que sea necesario su análisis. Esta es una situación que requiere ser atendida inmediatamente mediante políticas de envejecimiento activo basadas en la inserción laboral de esta población aún tiene mucho por ofrecer. Lo cual es más importante todavía si se toma en cuenta que según Medina J. y Mendoza M. (59), hasta un 87,5% de adultos mayores son ellos mismos quienes cubren sus gastos de alimentación y el 100,0% posee al menos algún problema de salud. Si bien los ingresos que pudieran tener los adultos mayores huachanos les permitiría cubrir la canasta básica, es importante considerar también los costos económicos que representa la atención de enfermedades crónicas típicas de la vejez (diabetes mellitus, hipertensión arterial, neoplasias, enfermedades degenerativas, etc.), a pesar de que según el INEI el 84,7% de adultos mayores posee algún tipo de seguro (60), pues no es ninguna novedad las limitaciones en cuanto a cobertura de procedimientos y/o medicamentos.

La capacidad de las personas mayores de disponer de bienes económicos –y no económicos– constituye un elemento clave de la calidad de vida en la vejez, lo cual se ve afectado en el contexto de Huacho pues solo una minoría disponía de ingresos entre S/ 751 a S/ 1000, lo cual lleva a inferir que muchos adultos mayores huachanos tiene limitaciones para satisfacer las necesidades objetivas que hacen a una buena calidad de vida, y tomar decisiones con independencia. Por estas razones, para Zuluaga M. y Robledo C. (61) es necesario pensar en estrategias de empoderamiento orientadas al acompañamiento del proceso de retiro laboral, fomento del emprendimiento como estrategia de envejecimiento activo, fortalecimiento del acceso al crédito con propósitos productivos, generación de ingresos y de empleo formal de las personas mayores. Solo de esta manera será posible fortalecer el fomento de capacidad del adulto mayor huachano y facilitar la superación de la vulnerabilidad económica que hoy en día caracteriza a este grupo etario.

Según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) los adultos mayores de hoy en día pertenecen a una generación donde el analfabetismo y la baja escolaridad fueron características permanentes durante varias décadas; (62) ello explica porque muchos adultos mayores de Huacho (43,7%) poseían un nivel educativo básico (primaria / secundaria) e incluso nulo (11,9%). Si bien en la Encuesta Nacional de Hogares de 2012 se menciona que el índice de analfabetismo en Personas Adultas Mayores asciende a 23,8%, hoy en día muchas personas de Huacho que pertenecen a este grupo etario continúa sin saber leer y escribir (63). Ello no solo impide alcanzar objetivos en distintos

ámbitos y aspectos de su vida, como por ejemplo en salud y en el cuidado de su propia seguridad, sino también les resta oportunidades para elevar su bienestar y calidad de vida.

**Tabla 2:** Respecto a los determinantes de la salud relacionados con la vivienda en adultos mayores del “Club del Adulto Mayor” de Huacho, del 100% (135) el 71,1% (96) residen en una vivienda unifamiliar, el 85,2% (115) reside en una vivienda propia, el 61,5% (83) tiene su vivienda con piso de tierra, el 45,2% (61) tiene su vivienda con techo de adobe, el 51,1% (69) tiene su vivienda con paredes de adobe.

Se observa un alto porcentaje de adultos mayores que viven sobre pisos de tierra, esto es un problema que los expone a sufrir enfermedades de tipo dermatológicas como micosis, acarosis, entre otros. Así también son propensos a sufrir enfermedades respiratorias y alérgicas por el contacto e inhalación del polvo.

Estos resultados coinciden parcialmente con los observados por Hipólito R, (64) En su investigación titulada “Determinantes de la salud en adultos mayores. Asentamiento humano Los Cedros – Nuevo Chimbote, 2016”, donde el 78% de los adultos mayores residían en una vivienda unifamiliar, asimismo el 98% de las viviendas de este grupo de adultos era propia. En cambio, el material del piso de sus viviendas fue de loseta, vinílicos o sin vinílicos (82%). Respecto al material del techo, este fue de eternit en la mayor parte de viviendas (60%).

Además, el material de las paredes en el 88% de viviendas fue material noble, ladrillo y cemento. Asimismo, para Ávila M. (65) quien estudió las “Determinantes de la salud en la persona adulta en el Caserío Miraflores – La Huaca- Paita, 2013” muchos resultados no coinciden con esta investigación, es así que la vivienda fue propia solo en el 91% de los casos, el 78,7% de los adultos residían en una vivienda unifamiliar, además el 51,6% contaba con un piso de tierra, el material del techo fue eternit/calaminas en la mayoría de casos (96,1%), finalmente en el 57,4% el material de las paredes fue ladrillo de barro y en el 29,7% de cemento.

En la tabla 2, también se puede observar que el casi la totalidad de los adultos mayores del Club del Adulto Mayor de Huacho, residen en una vivienda con conexión domiciliaria, utilizan baño propio para la eliminación de excretas, tienen energía, ducha permanente en sus viviendas, la mayoría suele usar gas o electricidad como combustible para cocinar, todos los adultos mayores entierran, queman o arrojan la basura en un carro recolector, así también todos los adultos mayores señalaron que la frecuencia de recojo de basura es semanal pero no diariamente. Además, el 95,4% suele eliminar su basura en el carro recolector y el 4,6% montículo o campo limpio.

Debido a que el recojo de basura es semanal, se produce acumulación de basura lo cual los expone a enfermedades infecciosas debido a que la basura acarrea mayor presencia de insectos y roedores los cuales son vectores de enfermedades infecciosas, gastrointestinales, y cutáneas. Además, se incrementa la frecuencia

de enfermedades dermatológicas por exposición a la basura. Estos problemas pueden agravar su condición de salud que presenta este grupo etario.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía define vivienda como “Espacio delimitado normalmente por paredes y techos de cualquier material, con entrada independiente, que se utiliza para vivir” (66).

Los adultos mayores que habitan en una vivienda propia y unifamiliar evidencian que tienen o tuvieron la capacidad adquisitiva para independizarse de sus padres y formar un hogar con la pareja, la cual siguen habitando hasta la actualidad y no los coloca en una situación de desamparo. Esto es importante ya que el adulto mayor es considerado una población vulnerable y mientras menos recursos propios presenten mayor será el costo social para el Estado. Así también se encuentra que algunos adultos mayores viven en un hogar multifamiliar, lo cual trae también beneficios como el soporte familiar frente a una necesidad de salud o económica.

El material de construcción de las viviendas es un indicador de la calidad de vida que presentan los adultos mayores y se observa que la mayoría de las viviendas no son de material noble y evidencia

Las informaciones previas denotan que la vivienda del adulto mayor del “Club del Adulto Mayor” de Huacho se caracteriza por ser un recinto principalmente unifamiliar, de tenencia propia, teniendo como materiales predominantes en sus

pisos, techos y paredes a la tierra y el adobe (para estos últimos). Este aspecto es sumamente importante pues la infraestructura física de la vivienda en la que reside el adulto mayor permite conocer la diversidad de sus necesidades y preferencias, ya sea desde la esfera objetiva de las condiciones de vida o de la subjetiva del bienestar. Asimismo, el conocimiento de estas características resulta trascendental pues el hábitat inadecuado en donde vive un adulto mayor se relaciona directamente con la ausencia de actividades motoras y cognitivas que de alguna manera se disminuyen debido al ambiente poco saludable de una vivienda (67). Esta problemática se agrava más aun para el caso de adultos con moderados a altos grados de dependencia pues inadecuadas condiciones de vivienda impediría mantener una calidad de salud y de vida adecuada en los años que le quedan de vida.

En la literatura sanitaria se reconoce que el acceso a los servicios básicos de la vivienda permite reducir el número de enfermedades y, el no contar con estos servicios se convierte en un factor de riesgo para los miembros del hogar en particular para adultos mayores. De esta manera es posible anticipar que los servicios básicos con que cuenta el adulto mayor de Huacho se caracteriza mayormente por ser regular a adecuado y solo una minoría se encuentra en riesgo por la carencia de adecuados servicios básicos (68).

Sin embargo, si este análisis lo extrapolamos a la población total de Huacho, o a la Provincia de Huaura aún hay muchos adultos mayores que no tienen buena condiciones de vida, más aun si existe un proceso de envejecimiento paulatino

en la población de Huacho, es previsible que este proceso viene acompañado de una transición epidemiológica, lo que conlleva a que las autoridades locales, regionales y el gobierno central tomen medidas adecuadas para poder ampliar o acondicionar la infraestructura y servicios de salud.

Este panorama que se adviene para el adulto mayor en Huacho generará que las autoridades no solo locales, sino en los otros niveles de gobierno, aumenten sus gastos presupuestales para planificar y desarrollar planes de acción para la población que viene envejeciendo. Cabe señalar que los gastos que generan en atención en salud los adultos mayores son más altos.

Es optimista reconocer que el Estado está atento al proceso de envejecimiento de la población peruana, y para ellos ha formulado un Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017, producto del esfuerzo entre el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) y los 26 gobiernos regionales cuyo propósito es mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor, buscando la satisfacción integral de las necesidades, su participación activa, la promoción de derechos e intervenciones articuladas entre los 3 niveles del gobierno y la sociedad civil.

En síntesis, son 4 lineamientos de política públicas dirigidas a la población adulta mayor, esto son: El primer lineamiento se refiere a lograr el envejecimiento saludable, que está enfocado a mejorar el bienestar físico, psíquico y social de esta población que garantice su asistencia nutricional y

alimentaria. El segundo lineamiento se refiere a promover oportunidades a través de mecanismos que mejoren su calificación e inserción al mercado laboral, con ingreso mínimo y acceso a servicios de previsión y seguridad social. El tercer lineamiento se refiere a incrementar sus niveles de participación, en dos aspectos social y político, de tal manera que los adultos mayores se integren a la sociedad como agentes de desarrollo y por último el cuarto lineamiento se refiere a elevar el nivel educativo y cultural, que busca promover una imagen positiva del envejecimiento (69).

Se espera que estas medidas dirigidas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores peruanos, alcance a todos los rincones del país, como a los adultos mayores de la ciudad de Huacho, y que esa minoría de adultos que se encuentra en riesgos sea muy pequeña o nula para el bicentenario.

**Tabla 3:** En relación a los determinantes de los estilos de vida de los adultos mayores del “Club del Adulto Mayor” de Huacho, del 100% (135) el 59,3% (80) no fuma actualmente (pero si ha fumado antes), el 65,2% (88) consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 94,8% (128) duerme entre 6 y 8 horas, el 90% (122) señaló que se bañaba 4 veces a la semana, 34,1% (46) se realiza algún examen médico periódicamente. Durante su tiempo libre, el 54,8% (74) realizó como actividad la caminata, el 49,6% (67) lo realizó en las dos últimas semanas. Para Álvarez L. (70) los estilos de vida son “Patrones de comportamiento colectivos de salud, que se configuran a partir de diferentes elecciones que hacen

los seres humanos y están condicionados por las oportunidades de vida que les brinda el contexto en que se desarrollan”.

Los adultos mayores requieren de una evaluación médica periódica para conservar su estado de salud; sin embargo, se observa que la mayoría no tiene una evaluación médica regular. Esta situación podría ser perjudicial porque retardaría una atención médica especializada y una atención oportuna. Es importante hacer un énfasis en ello para que los adultos mayores que asisten al club tomen conciencia sobre el cuidado de su salud y soliciten periódicamente una atención médica de control

Los resultados observados en Narro N, (71) difieren con los observados en esta investigación, ya que la mayor parte de adultos mayores del Sector Antenor Orrego – El Porvenir, no fuman habitualmente (85%), consume bebidas alcohólicas ocasionalmente (80%) y el 9% dos o tres veces por semana. El 79% realiza una actividad física de caminar y el 21% realiza deporte, el 79% una vez ha practicado deporte más de 20 minutos y el 12% más de dos veces. Las diferencias encontradas entre el estudio de Narro y la presente investigación es posible debido a que se realizaron en distintos contextos sociales y culturales, ya que El Porvenir pertenece a una zona urbana y presenta la adquisición de otros hábitos a diferencia de los habitantes de Huacho.

Asimismo, para Abanto A (72), con el título “Determinantes de la salud en adultos mayores con diabetes, hipertensión. A.H. Villa España – Chimbote,

2012” estudio los estilos de vida de los adultos mayores encontrando que el 81,3% no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, el 48,8% consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 67,5% no se realizan exámenes médicos periódicos, el 81,3% (65) no realiza ninguna actividad durante más de 20 minutos.

Los cambios ocurridos en el estado de salud de la población peruana en las últimas décadas son expresión de la prioridad y los esfuerzos realizados por los decisores estatales en la transformación cualitativa del nivel de vida de la población en general –incluidos los adultos mayores–. Por ello, de los estilos de vida presentes en la población adulta mayor de Huacho es posible rescatar aspectos positivos como son no fumar, el consumo solo ocasional de bebidas alcohólicas, dormir las horas adecuadas y aseo periódico en muchos casos; sin embargo, es necesario precisar como aspectos negativos la no realización de exámenes médicos periódicos, la inactividad física durante el tiempo libre en las dos últimas semanas.

Es posible asumir que la sociedad asume el sedentarismo y la poca actividad física por parte del adulto mayor como condición normal propia de la edad, no otorga mayor importancia a la presencia de dicha actividad y sólo cuando el adulto mayor comienza a convertirse en una persona dependiente, empieza a valorarse el grado de dependencia para realizar actividades de la vida diaria, lo que se relaciona directamente con la morbilidad y mortalidad.(73) Es por ello

que resulta necesaria la formulación de intervenciones en materia de salud para fomentar la actividad física en el adulto mayor.

La higiene es primordial para evitar un gran número de enfermedades infecciosas en el adulto mayor, es posible que sea necesario el apoyo de un adulto joven para llevar el baño y así brindarle mayor confort y bienestar; al mismo tiempo se debe respetar la intimidad de la persona. Es frecuente accidentes de caídas en la ducha o lugares donde el adulto mayor realiza sus actividades de higiene personal (74).

También se puede observar que los estilos de vida incluyen los hábitos alimenticios, de esta manera del 100% (135) el 56,3% (76) de los adultos mayores consume frutas de una 1 a 2 veces, el 60% (81) consume carne 3 o más veces por semana, el 40% (54) consume huevos 1 o 2 veces por semana, el 49,6% (67) consume pescado 3 o más veces por semana, el 80% (108) consume fideos diariamente, el 100% (135) consume pan y/o cereales diariamente y el 50,4% (68) de los participantes señaló que consume verduras u hortalizas de 3 a más veces por semana.

Se evidencia un alto consumo de carbohidratos ya que diariamente consumen fideos, ya que estos se convierten en azúcares y esto incrementa la frecuencia de sufrir enfermedades metabólicas tales como diabetes, obesidad, entre otros. Por tal motivo es importante que tengan una dieta balanceada con mayor consumo

de carbohidratos y mayor consumo de proteínas y minerales como el calcio para el fortalecimiento de su sistema óseo.

Estos resultados coinciden parcialmente con los encontrados por Marín C, (75) En un estudio titulado “Estilo de vida. Adultos mayores de Santa Marta”, donde se observó que en el consumo de alimentos de forma diaria las verduras tenían el 56%, las proteínas de origen animal (carne, pollo y pescado) el 26%, las frutas 46% y cereales como el arroz, el 91%; en las legumbres predominó el consumo cada 3 días, con el 25%; en relación a los carbohidratos los porcentajes fueron variables: en el caso de pan, el consumo diario fue de 40%.

Sin embargo, difiere con lo reportado por Neira Y, Aranda J (76), con el título “Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el Caserío Quispe, Huanca bamba - Piura, 2013” quien encontró que la mujer adulta consumen frutas casi nunca, el 54%, carnes 1 vez por semana, huevos una vez por semana, 52,3% pescado 1 vez por semana, 51%, papas cereales 1-2 veces por semana, 44,3% consumen verduras una vez por semana, 58%, otros alimentos. Esto hace entender que una alimentación saludable debe de alcanzar y mantener un funcionamiento óptimo, debido a las inmensas enfermedades que pueda padecer una persona adulta mayor.

La importancia de estilo de vida relacionados con la alimentación es resaltado por Zela et al, (77) Para quienes a partir de una investigación realizada en el Perú encontraron que los adultos mayores en un 57,3% presentan un estilo de

vida saludable, el 27,2% presenta un estilo de vida poco saludable, y el 15,5% presenta un estilo de vida muy saludable, siendo estos resultados estrechamente ligados con un mayor riesgo de hipertensión arterial. Son hallazgos como estos los que llevaron a investigadores como Sarabia et al. (78) a concluir que para conseguir una longevidad satisfactoria con una buena calidad de vida es importante modificar los estilos de vida insanos por estilos saludables desde edades tempranas.

Es importante mantener una alimentación saludable en el adulto mayor, con alimentos ricos en proteína, hidratos de carbono, lípidos, minerales y vitaminas, para lograr un buen sistema inmunológico y de prevención de enfermedades. Es el caso de consumo de yogurt, queso con bajo contenido en grasa pero alto contenido en calcio para evitar la osteoporosis, reducción del consumo de azúcares y sales para prevenir enfermedades metabólicas o cardiovasculares. Ello sumado a la actividad física regular, logrará conservar la fuerza de la masa muscular para que sigan siendo independientes, sientan mayor energía para realizar sus actividades, logren mejorar su estado de ánimo y sentimiento de bienestar (79).

Existen múltiples estudios en los que se evidencia las terribles consecuencias que repercuten en la vida humana debido al consumo del tabaco y bebidas alcohólicas. Estos se han vuelto malos hábitos en la mayoría de jóvenes y adultos los que conllevan a dependencias físicas y psicológicas, y por supuesto un problema social. En el caso del tabaco el humo es lo que intoxica al

organismo ya que con él es transportado la nicotina lo que produce un aumento del ritmo cardiaco, también son transportados sustancias irritantes que pueden ocasionar bronquitis crónica, se produce menos oxigenación de las células, y llegan los alquitranes que son sustancias cancerígenas. El abusar del consumo del alcohol también conduce a una intoxicación severa del organismo lo cual conlleva múltiples consecuencias como pérdida de memoria, alucinaciones o incluso demencia, también produce cirrosis hepática, úlceras, hemorragias internas, etc.

Según el INEI, más de la cuarta parte de los hogares del Perú tienen al menos una persona adulta mayor con déficit calórico. Entre los factores que se señalan están los hábitos alimenticios y nutricionales poco saludables, la insuficiente ingesta calórica-proteica que mayormente se presenta en poblaciones en situación de pobreza. En este informe estadístico se señala que el 7.4% de la población adulta mayor es beneficiaria de alguna programa alimentario sin embargo no hay programas dirigidos a las necesidades alimentarias específicas para este grupo poblacional (80).

Esta realidad, obliga al Estado a tomar medidas urgentes para dar respuesta a estas necesidades específicas de las personas adultas mayores en todo el territorio peruano.

Es necesario señalar que el estado nutricional de una persona adulta mayor depende mucho de la calidad y cantidad de su dieta alimentaria, así como su

estado dentario, el nivel fisiológico de la salud bucal y la capacidad para triturar los alimentos. Una dieta pobre en nutrientes puede originar algún trastorno ocasionado por unas inadecuadas prácticas alimentarias, más aun en la población adulta mayor.

La pérdida de dientes en los adultos mayores les puede ocasionar una disminución en la capacidad masticatoria, alterando su dieta y afectando su estado nutricional, en ese sentido urge aumentar la oferta de intervenciones de salud bucal en la población adulta y con mayor atención en los que se encuentran en una situación de pobreza extrema, haciendo programas o campañas de rehabilitación dentaria y protésica en forma gratuita.

Por otro lado, la atención de salud en el seguro integral es restringido por falta de intervenciones específicas dirigidas a los adultos mayores, además no cubre las enfermedades más complejas para esta población.

En ese sentido, tanto el acceso a servicios de salud como hábitos alimenticios saludables son aspectos muy determinantes para la calidad de vida del adulto mayor.

No solo hay que aumentar la oferta en infraestructura para el adulto mayor sino hay que fortalecer la cobertura y calidad de la asistencia medica, para atender las necesidades de salud específicas. Así como aumentar la contratación de personal médico especializado en adultos mayores. Y descentralizar los recursos a otras ciudades del país, como son las ciudades de mayor pobreza.

**Tabla 4, 5, 6:** Respecto a los determinantes de apoyo comunitario en los adultos mayores del “Club del Adulto Mayor” de Huacho, del 100% (135) el 80,0% (108) se atendió en un puesto de salud en los 12 últimos meses, el 100,0% (135) considera que el lugar donde se atendió esta regularmente lejos de su casa, el 98,0% (133) tiene seguro SIS-MINSA, al 51,1% (69) le pareció regular el tiempo que espero para ser atendidos, el 80,0% (108) consideró que fue regular la calidad de atención que recibieron, el 80% (108) considera que el pandillaje o la delincuencia cerca de su casa. Si analizamos los tipos de institutos en el cual se atendieron los adultos mayores estudiados, observamos que en el último año se atendieron principalmente en un Puesto de salud y una minoría en un Centro de salud, ninguno se atendió en un Hospital y menos en una Clínica particular, lo cual es lógico debido a su bajo ingreso económico, que a los más fue de mil soles y al grado de instrucción que alcanzó la mayoría de ellos en su juventud, pues el 39,3% logró tener estudios secundarios (incluso algunos incompletos) y solamente el 5,2% (7 de los 135) tuvieron estudios superiores técnicos y/o universitarios, esto último probablemente implicó que en su juventud no hayan tenido un empleo formal por lo que ahora no gozan con los beneficios de una pensión por su tiempo de trabajo; sin embargo, todos cuentan con un seguro de salud, la gran mayoría de ellos cuenta con el SIS, pero lamentablemente la calidad de atención muchas veces no es lo esperado, a pesar de existir una ley que da preferencia a los adultos mayores, si estos no son acompañados por algún familiar que interceda por su atención no son priorizados, este sería uno de los motivos por el cual la mayoría de los adultos mayores consideraron que la atención recibida es regular y solo el 20% señalaron que fue bueno. Otro motivo

sería que el tiempo de espera de atención fue regular para el 51.1% y largo para el 20% de ellos. Como se mencionó anteriormente, la atención no es la esperada. A pesar de ello es importante señalar que el Estado actualmente cubre su demanda de atención a través del SIS, favoreciendo su atención médica, ya que debe ser periódica debido a su condición de población vulnerable.

Respecto al pandillaje o delincuencia al cual están expuestos los adultos mayores en las zonas propias y aledañas a su vivienda, la mayoría presenció o fue víctima de alguno de estos actos ilícitos, esto se debe a que las pandillas están conformadas por grupos de adolescentes y jóvenes de su mismo barrio, que se agrupan para cometer agresiones físicas contra otros grupos aledaños, produciendo una gresca, en donde los jóvenes se enfrentan con cuchillos y piedras persiguiendo a otros, guiados por su instinto, sólo por ganar el respeto de los otros grupos de barrio sin importar las consecuencias, que en algunos casos han llegado a ser fatales. Esto se debe a que en los últimos años, la delincuencia en el país se ha intensificado, son muchas las personas que lo sufrieron, la sociedad reclama al gobierno que se tomen acciones para solucionar este problema, pero al no obtener una respuesta muchas comunidades se han visto obligados a tomar la ley por sus propias manos, tal es el caso que en los medios de comunicación se ha visto y oído frases criollas como “*Chapa tu choro y déjalo paralítico*”, frase que refleja el enojo de una población cansada de los abusos de los amigos de lo ajeno y que no tendrá compasión si aprisionan a alguno de ellos. Sin embargo, no estamos de acuerdo con que tomar la ley por las manos sea la solución al problema, son nuestros representantes políticos

quienes fueron designados para enrumbar el progreso del país, así como de su bienestar.

Estos resultados se asemejan a lo reportado por Torres L, (81). Quien en su estudio “Determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos del Caserío de Churap-Monterrey-Huaraz”, encontró que el 53% se atendió en estos últimos 12 meses en un Centro de Salud, el 90% (121) cuentan con el seguro de salud SIS-MINSA, el 82% (111) refieren que el tiempo de espera para la atención es regular y el 79% (106) refieren que la calidad de atención es regular.

De la misma manera fue para Peña J, (82) En su estudio “Determinantes de la salud del adulto en El caserío Palo blanco - Chulucanas - Morropon - Piura, 2013” quien sostuvo que el 45,6% considera regular la distancia entre el establecimiento de salud y su casa, el 61,0% tienen seguro del SIS-MINSA, el 40,2% de adultos indican que el tiempo que esperó para que lo atendieran en el establecimiento de salud fue regular y el 43,8% refirieron que la calidad de atención fue buena.

En relación a las determinantes de redes sociales según apoyo social natural y organizado en los adultos mayores del “Club del Adulto Mayor” en Huacho, se encontró que del 100% (135) el 85,2% (115) de los adultos mayores reciben apoyo social natural de sus familiares, el 11,1% (15) de sus amigos y el 3,7% (5) de sus amigos; además el 63,0% (85) manifestó no recibir algún apoyo social de organizaciones, por consiguiente solo el 37% (50) recibió apoyo social.

En la población de estudio se rescata que la mayoría de los familiares del adulto mayor no los desamparan, este hallazgo evidencia que existe una buena cohesión familiar; sin embargo existe cierto porcentaje de adultos mayores en los que los propios vecinos tuvieron que apoyar al adulto mayor debido al desamparo de sus familiares, esto último evidencia que en ocasiones la comunidad no es indiferente en apoyar a los adultos mayores cuando estos los necesitan. Por otro lado, es lamentable que no existe apoyo de alguna institución pública o privada, ninguna de estas entidades dirige sus acciones para lograr el bienestar del adulto mayor. De no ser por la comunidad o la familia, los adultos mayores de la zona de estudio se encontrarían en situación de desamparo.

En la población de estudio se rescata que la mayoría de los familiares del adulto mayor no los desamparan aunque existen casos, en los cuales los propios vecinos tienen que apoyar al adulto mayor ya que pertenece a su comunidad, este hallazgo evidencia que existe una buena cohesión familiar y en la vecindad de donde habita el adulto mayor. Sin embargo, es lamentable que no existe apoyo de alguna institución organizado del Estado o privada que dirija sus acciones para lograr el bienestar del adulto mayor. De no ser por la comunidad o la familia, los adultos mayores de la zona de estudio se encontrarían en situación de desamparo.

Resultados que son similares a lo reportado por Navarro D, (83) En su estudio “Determinantes de las redes sociales y comunitarias, también manifestó que en los Adultos del Caserío Sojo Miguel Checa –Sullana”. Encontró que el 91,5%%

no ha recibido apoyo social natural, el 99,5% no ha recibido apoyo social organizado. De la misma manera Jiménez, L. (84), en su estudio “Determinantes de la salud de la vivienda de la persona adulta madura del Asentamiento Humano Los Paisajes-Chimbote, 2014. Sobre determinantes de la salud de redes sociales y comunitarias de la persona adulta madura encontró que el 90% no recibe algún apoyo social; el 92,5% no recibe apoyo social organizado.

El resultado del presente estudio junto con los que se mencionan en líneas previas inducen a establecer que cada vez se hace más necesaria la reestructuración del sistema de salud peruano, cambios que han de incluir un enfoque de cobertura más amplio, en el que se dé importancia no solo a la parte del bienestar físico de las personas, sino también a temas como el bienestar social, todo ello encaminado a asegurar un envejecimiento saludable, tal como los recomienda Casas et al, (85). En una publicación que llevó por título “Atención sociosanitaria de los adultos mayores en el Perú”.

En relación a las determinantes de redes sociales según la organización de quien recibe apoyo los adultos mayores del “Club del Adulto Mayor” de Huacho, se evidenció que la mayoría no tienen Pensión 65, tampoco no tienen comedor popular, de la misma manera no tienen vaso de leche; por lo que podemos decir que casi la totalidad de los adultos mayores reciben apoyo social natural de sus familiares. Sin embargo, no reciben apoyo social de organizaciones ni tienen Pensión 65 ni comedor popular ni vaso de leche. Es muy importante ayudar a las

personas adultas mayores a resolver sus problemas, ya sea proporcionando apoyo básico como alimentos y vivienda, atención cuando están enfermos y apoyo cuando hacen cambios en el estilo de vida.

Respecto al apoyo social natural, se puede decir que, si la persona adulto mayor no recibe apoyo estarían más expuestas a sufrir de problemas de estrés, además de no mantener una buena aptitud y capacidad de resolución ante los problemas que estén afectando gravemente su salud.

Por otro lado, como producto de los cambios en la dinámica poblacional que tienen lugar en el Perú desde mediados del siglo XX se tiene como resultado que en la actualidad nuestro país sea considerado como un país de envejecimiento moderado; sin embargo, dado las tendencias con relación a la esperanza de vida y las tasas de fecundidad, se espera que el envejecimiento poblacional se agudice aún más en las siguientes décadas (86). Por estas razones es posible prever que en un futuro cercano gran parte de la población de adultos mayores de Huacho requerirán algún programa de protección social.

## V. CONCLUSIONES

### 5.1. Conclusiones

- Los principales determinantes biosocioeconómicos de la salud en los adultos mayores del Club del Adulto Mayor-Huacho la mayoría son de sexo femenino, menos de la mitad tienen grado de instrucción inicial/primaria, con ingreso menor de 750 soles, sin ocupación, La mayoría con vivienda unifamiliar, de tenencia propia, con vivienda de piso de tierra, menos de la mitad con techo de adobe, más de la mitad con paredes de adobe. Casi la totalidad con agua de conexión domiciliaria, baño propio, cocina a gas, energía eléctrica permanente, desecha la basura con carro recolector.
- Los principales determinantes de estilos de vida, son más de la mitad no fuma actualmente, la mayoría consumió bebidas alcohólicas ocasionalmente, casi la totalidad duerme entre 6 a 8 horas, más de la mitad realiza caminatas como actividad física, consume diariamente fideos y más de la mitad frutas y huevos 1 o 2 veces a la semana, la mayoría consume carne y pescado 3 o más veces a la semana y consume fideos, pan, cereales diariamente.
- Y los principales determinantes de redes sociales y comunitarias, son que la mayoría se atendió en un puesto de salud, el tipo de seguro es SIS-MINSA, la calidad de atención recibida fue regular, recibe apoyo de sus familiares, no recibe apoyo social organizado como pensión 65, comedor popular y vaso de leche.

## 5.2. Recomendaciones

- Se sugiere a la Municipalidad de Huaura – Huacho realizar actividades sociales y educativas con la finalidad de sensibilizar a la población de Huacho y contribuir a mejorar las condiciones socioeconómicas de los adultos mayores del Club del Adulto Mayor de la ciudad de Huacho.
- Se sugiere al Club del Adulto Mayor de la ciudad de Huacho realizar campañas de salud periódicamente que brinde una atención integral con calidad a los adultos mayores.
- Se sugiere a la Municipalidad de Huaura – Huacho fomentar actividades deportivas – recreativas orientadas a los adultos mayores mediante la colaboración de las autoridades locales, educativas y medios de comunicación de la ciudad de Huacho.
- Se sugiere a la Municipalidad de Huaura – Huacho mejorar la atención en las instituciones de salud para los adultos mayores, con la finalidad de reducir los tiempos de espera de atención, garantizando una atención confortable, rápida, oportuna y de calidad.

## Referencias bibliográficas

1. Naciones Unidas, CEPAL, Asdi. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe. 2011. (Consultado el 1 de agosto de 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2fh30d0>
2. Aponte V. Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu*. 2015; 13(2): 152-82.
3. Oliveri M. Pensiones sociales y pobreza en América Latina. *Apuntes*. 2016; 43(78): 121-57.
4. González R, Hechavarría G, Batista N, Cueto A. Los determinantes sociales y su relación con la salud bucal de los adultos mayores. *Rev. Cubana Estomatol.* 2017; 54(1): 60-71.
5. Sánchez L, González U, Alerm A, y Bacallao J. Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2014;13(2): 337-349
6. Thielmann K, Illnait J, Clark I. Determinantes individuales y sociales de la salud. *Rev. Cub. Salud pública*. 2013; 39(2): 314-22.
7. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario, OMS, Ginebra, 1998.
8. Organización Mundial de la Salud. Definición de Salud [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
9. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
10. Centro del adulto Mayor. Red de Salud Huacho. Oficina de Estadística. Central de, 2017.

11. Northwood M, Ploeg J, Markle M, Seherifali D. Revisión integrativa de los determinantes sociales de la salud en adultos mayores con multimorbilidad. *J Adv Nurs*. 2017.
12. Vidal D, Chamblas I, Zavala M, Müller R, Rodríguez M, Chávez A. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y Enfermería*. 2014; XX (1): 61-74
13. López R, Montero P, Mora A, Romero J. Hábitos de alimentación, salud y género en personas mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2014; 4(1): 31-40
14. Reyes M, Altamar P, Aguirre M, Murillo D. Bienestar en personas mayores en situación de pobreza: determinantes y significados. *Revista de Psicología*. 2014; 23(2), 101-115.
15. Farfán H. Determinantes de la salud en la persona en el Centro Poblado Villa María Cieneguillo Centro–Sullana, 2013 (Tesis de Licenciatura). Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Perú. 2016.
16. Morillo G, y Vílchez M. Determinantes de la salud en adultos mayores del Asentamiento Humano San Pedro, Chimbote, 2014. In *Crescendo. Ciencias de la Salud*. 2015; 2(2): 147-260
17. Herrera L, Vílchez M. Determinantes de la salud en la mujer adulta madura, Pueblo Joven Villa María, Nuevo Chimbote, 2013. In *Crescendo. Ciencias de la Salud*. 2015; 2(1): 141-157.
18. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Conceptos y guía de análisis de impacto en salud para la Región de las Américas*. Washington; 2013.

19. Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Med Per.* 2011; 28(4): 237-241
20. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Washington; 2015.
21. Organización Mundial de la Salud. Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Brasil; 2011.
22. De la Torre M. Oyola A. Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición. *Revista Peruana de Epidemiología*, 2014; 18(1): 1-6
23. World Health Organization. Marco Conceptual para la Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud Ginebra. 2010. pp.79
24. Faille, L. Desempeño en un programa informático de entrenamiento de memoria basado en la plasticidad cerebral para los ancianos, influido por el funcionamiento cognitivo y el género. Departamento de Psicología, Escuela de Psicología Profesional de California, San Francisco, EEUU. 2006.
25. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento. (Consultado el 20 agosto de 2017). Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
26. Gómez M, Peña J. Adultos Mayores. Un estudio socioeducativo en Ciudad Juárez, Chihuahua. México. *Revista Interamericana de Educación de Adultos.* 2013; 35(2): 64-90

27. Aguilar S, Cardona D. Ingresos laborales, transferencias y seguridad económica de los adultos mayores de Medellín, Colombia. *Rev Univ. salud.* 2016; 18(1):34-45.
28. Aguilar B, Jiménez C, Tapia N, Morrison R. Envejecimiento y ocupación. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional.* 2015; 2(1): 9-24
29. Ministerio de sanidades servicios sociales e igualdad. Análisis de encuestas sobre vivienda a personas mayores. España, 2014. (Consultado el: 15 de septiembre de 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2wXHYYF>
30. Instituto dermatológico y Cirugía de Piel (IDCP). Elimina de forma segura los desperdicios. República Dominicana, 2013. (Consultado el: 11 de septiembre de 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2wn7phP>
31. Guimaraes G, Mendoza M, López M, García J, Velasco L, Beltrán M, et al. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. *Salud Mental.* 2014; 37:15-25.
32. González I, Torres T. La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. *Gerokomos.* 2015; 26(4):123-126.
33. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente. Dirección e Normalización del SNS Área de Salud del Adulto Mayor. Ecuador, 2011.
34. Landinez N, Contreras K, Castro A. Procesos de envejecimiento, ejercicios y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública* 2012; 38(4): 562-580

35. Organización Mundial de la Salud. La actividad física en los adultos mayores. (Consultado el 20 de agosto de 2017). Disponible en: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_olderadults/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/)
36. Nestle Health Science. Guía de buena nutrición clínica en geriatría. Nutrición en el Anciano. Sociedad Española de geriatría y gerontología. 2013
37. Collazo Y. ¿Apoyo familiar a los ancianos? Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. 2012: 219-232. (Consultado el 20 de agosto de 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2wZzHi8>
38. Arroyo M, Ribeiro M. El apoyo familiar en adultos mayores con dependencia: tensiones y ambivalencias. Ciencia UANL. 2011; 14(3): 297-305.
39. Arias C. La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. Revista de Psicología da IMED. 2009; 1(1): 147-158
40. Ministerio de Salud. Minsa implementa 56 Tayta Wasi para adultos mayores en 19 regiones del país. Salud Pública. 2015. (Consultado el 03 de julio de 2017) Extraído de: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=16846>
41. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill. 2014.
42. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4<sup>o</sup>ed. España: Elsevier, 2013.
43. OPS, OMS, Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. Guatemala; 2000. (Consultado el 19 de agosto de 2017). Disponible en: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>

44. Eusko Jaurlaritza. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. (Consultado el 15 de agosto de 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2wCunkt>
45. Ballares M. Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM): México; 2010. (Consultado el 15 de agosto de 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2wC5khw>
46. Definición de Base de datos on line. Definición de ocupación. 2008. (Consultado el 14 de agosto de 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2wqm67L>
47. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda. México. 2011. (Consultado el 14 de agosto de 2017). Disponible en: <http://bit.ly/1jTDXGP>
48. Dávila E. Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, 2001.
49. Martínez R. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. (Consultado el 20 de agosto de 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2fvskJ0>
50. Martos E. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. (Consultado el 14 de agosto de 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2jHnAoy>
51. Sánchez L. Satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos. (Tesis para optar el grado de Médico Cirujano). Pachuca, 2005. (Consultado el 15 de agosto de 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2xcbLJO>

52. Pérez J. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas. CSIC. 2009. Disponible en <http://bit.ly/2wVz5xS>
53. Vílchez M. Determinantes de la salud en adultos de la ciudad de Chimbote, 2015. In *Crescendo. Ciencias de la Salud*. 2016; 3(1): 147-163.
54. Castaño D, Cardona D. Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. *Rev. Salud pública*. 2015; 17 (2): 171-183.
55. Aliaga E, Cuba S, Mar M. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2016; 33(2): 311-320.
56. Limón G, Ortega M. Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*. 2011; 6: 225-238.
57. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Estimaciones y proyecciones de población por departamento, sexo y grupos quinquenales de edad 1995-2025. Lima, Perú: Boletín de Análisis Demográfico del INEI. 2009.
58. Huenchuan S, Guzmán J. Seguridad económica y pobreza en la vejez: tendencias, expresiones y desafíos para políticas. Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2006.
59. Medina J, Mendoza M. El abandono familiar del adulto mayor del distrito de Viques – Huancayo. (Tesis de licenciatura). Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú. 2015.

60. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población del adulto mayor. Enero - Febrero – Marzo 2017. Lima, Perú: Informe Técnico nro. 2 del INEI. 2017.
61. Zuluaga M, Robledo C. Alternativas para garantizar la seguridad económica en la vejez: desafíos para Colombia. Revista CES. 2016; 7(1): 39-50.
62. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017. Lima, Perú: Cendoc MIMP. 2013.
63. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares 2012. Lima, Perú: INEI. 2012.
64. Hipólito R. Determinantes de la salud en adultos mayores. Asentamiento humano Los Cedros – Nuevo Chimbote, 2016. (Tesis de licenciatura). Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. 2016.
65. Ávila M. Determinantes de la salud de la persona adulta en El caserío Miraflores - la Huaca - Paita, 2013. (Tesis de licenciatura). Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Piura, Perú. 2016.
66. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011
67. Flores M, Troyo R, Vega M. Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara Jalisco México. Proc Psicol Soc. 2010; 10(2): 1-24.
68. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Situación de Salud de la Población Adulta Mayor. Perú, 2012.

69. Fondo de Población de las Naciones Unidas – Perú (UNFPA). Adultos mayores en el Perú. (Consultado el 15 de setiembre de 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2yufvGc>
70. Álvarez L. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2012; 30(1): 95-101.
71. Narro N. Determinantes de la salud en la persona adulta mayor. Sector Antenor Orrego – El Porvenir, 2012. (Tesis de licenciatura). Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. 2016.
72. Abanto A. “Determinantes de la salud en adultos mayores con diabetes, hipertensión. A.H. Villa España – Chimbote”. (Tesis de licenciatura). Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2012.
73. Ceballos O. La actividad física del adulto mayor. España: Editorial Manual Moderno. 2012.
74. Cervera L, Hernández R, Pereira I, Sardiñas O. Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Cuba, 2008.
75. Marín C. Estilo de vida. Adultos mayores de Santa Marta. Revista Nacional de Investigación – Memorias. 2010; 8(13):20-29.
76. Neira Y. Aranda, J. En su tesis denominado “Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el Caserío Quispe, Huanca bamba. (Tesis de licenciatura). Universidad católica los Ángeles de Chimbote Piura. 2013.
77. Zela L, Mamani W, Mamani R. Hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca – 2015. Revista de Investigación Universitaria. 2015; 4(1): 35-41.

78. Sarabia M, Vásquez L, Espeso N. Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo. Rev Hum Med. 2005; 2(5). (Consultado el 15 de setiembre de 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2wmKseU>
79. Sollazo A, Savio I. Guía de Cuidados de Salud para Adultos Mayores. Dirección de Desarrollo Institucional. Uruguay, 2011.
80. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017. (Consultado el 15 de setiembre de 2017). Disponible en: <http://bit.ly/2xIDwMc>
81. Torres L. Determinantes de la salud de los adultos del Caserío de Churap-Monterrey – Huaraz, 2013 (tesis de licenciatura). Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2016.
82. Peña J. Determinantes de la salud del adulto en El caserío Palo blanco - Chulucanas - Morropon - Piura, 2013. (Tesis de licenciatura). Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Piura, Perú. 2016.
83. Navarro D. Determinantes de la salud en la persona adulta en el Caserío Sojo Miguel Checa Sullana – Piura, 2013 (Tesis de licenciatura). Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Piura, Perú. 2016.
84. Jiménez L. Determinantes de la salud de la vivienda de la persona adulta madura del A.H Los Paisajes - Chimbote, 2014. (Tesis de licenciatura). Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2014.
85. Casas P, Apaza R, Del Canto J, Chávez H. Atención sociosanitaria de los adultos mayores en el Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2016; 33(2): 351-356.

86. Olivera J, Clausen J. Las características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social. *Economía*. 2014; 73: 75-113.

## Anexos

### Anexo 01 Instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES  
DEL “CLUB ADULTO MAYOR” \_ HUACHO, 2017**

Elaborado por Vélchez Reyes Adriana

#### DATOS DE IDENTIFICACION:

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

Dirección.....

#### 4. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

1. **Sexo:** Masculino ( ) Femenino ( )
2. **Edad:** \_\_\_\_\_ años

#### 3. Grado de instrucción:

- 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 ( )

**5. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA**

**14. ¿Actualmente fuma?**

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

**15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?**

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

**16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?**

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

**17. ¿Con que frecuencia se baña?**

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

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

Si ( ) No ( )

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

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

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

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

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

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

**6. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS****22. ¿Recibe algún apoyo social natural?**

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

**23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?**

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



**Anexo 02 Validez y confiabilidad del cuestionario:**



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS  
DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES DEL “CLUB  
ADULTO MAYOR” \_ HUACHO, 2017**

**NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:**

---

**INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:**

---

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

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

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

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Comentario: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P2          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P3          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P3.1        |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P3.2        |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P4          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P5          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P6          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P6.1        |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P6.2        |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P6.3        |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario: |  |  |  |  |  |  |  |  |

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P6.4        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P6.5        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P6.6        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P7          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P8          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P9          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P10         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P11         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P12         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P13         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Comentario:                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P14                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario:                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P15                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario:                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P16                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario:                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P17                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario:                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P18                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario:                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P19                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario:                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P20                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario:                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P21                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario:                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| P22  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P23  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P24  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P25  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P26  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P27  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P28  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>6 DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIA</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P29  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P30  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P31  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P32  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P33  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P34  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Comentario |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P35        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P36        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P37        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P38        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comentario |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

*Gracias por su colaboración.*

Anexo 03 Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

**TÍTULO**

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES  
DEL “CLUB ADULTO MAYOR” \_ HUACHO, 2017**

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.

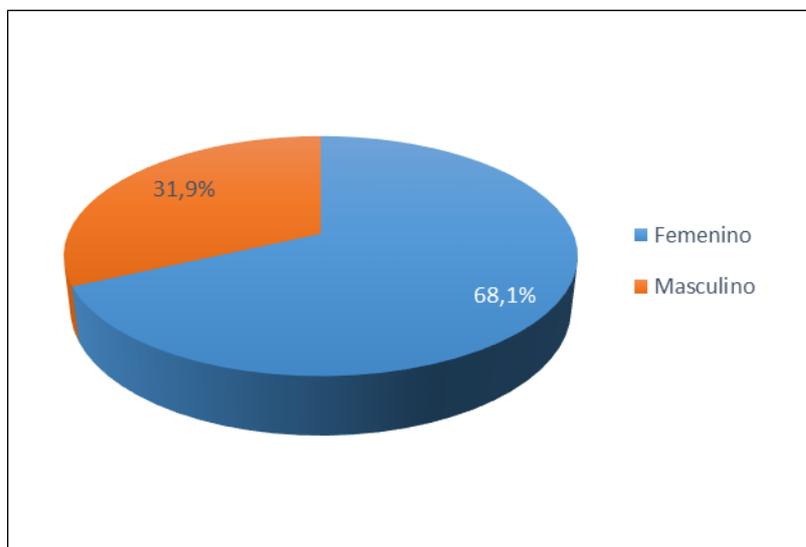
**FIRMA**

.....

## GRÁFICO DE TABLA 1

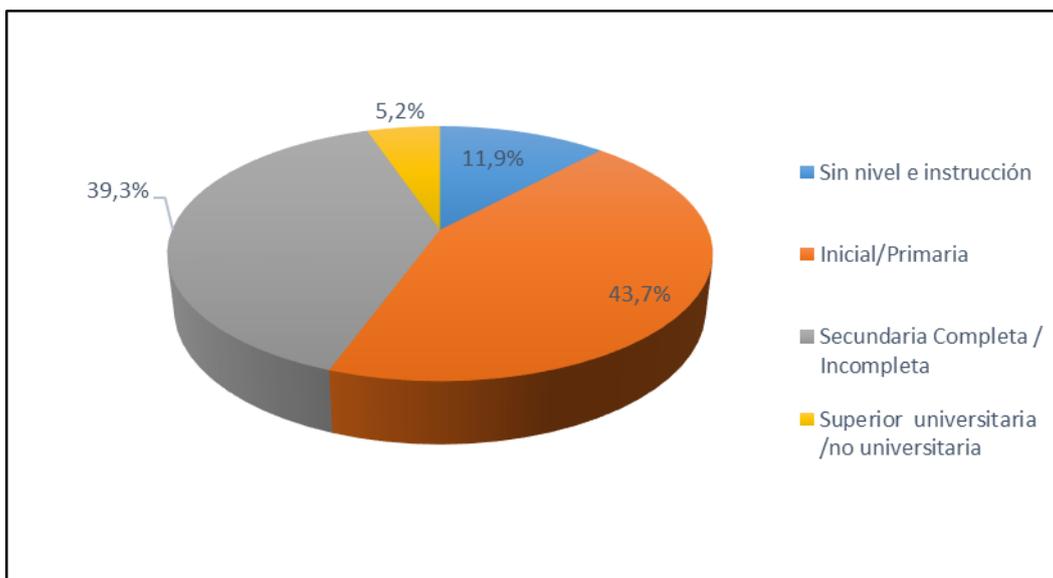
### DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

GRÁFICO 1: SEXO



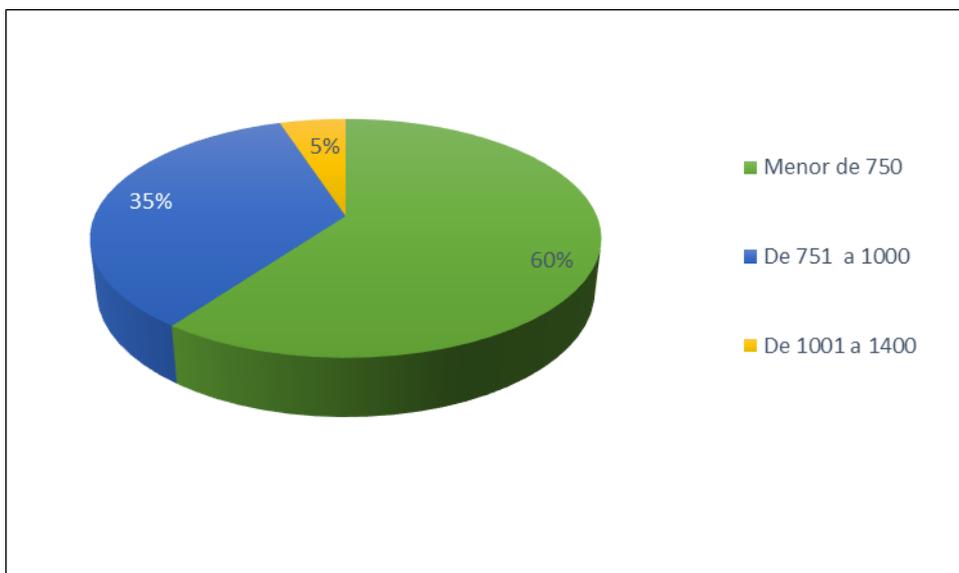
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

GRÁFICO 2: GRADO DE INSTRUCCIÓN



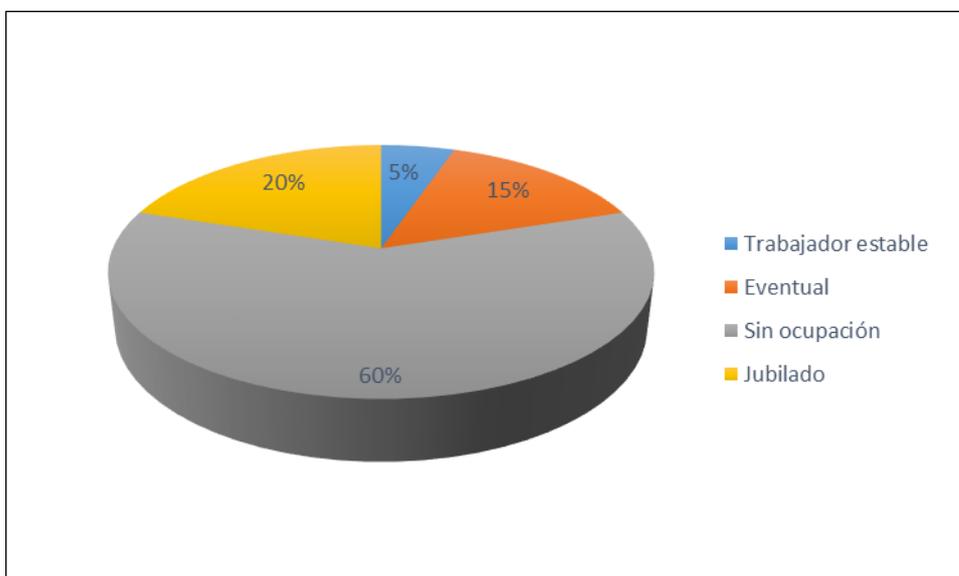
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

### GRÁFICO 3: INGRESO ECONÓMICO



**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

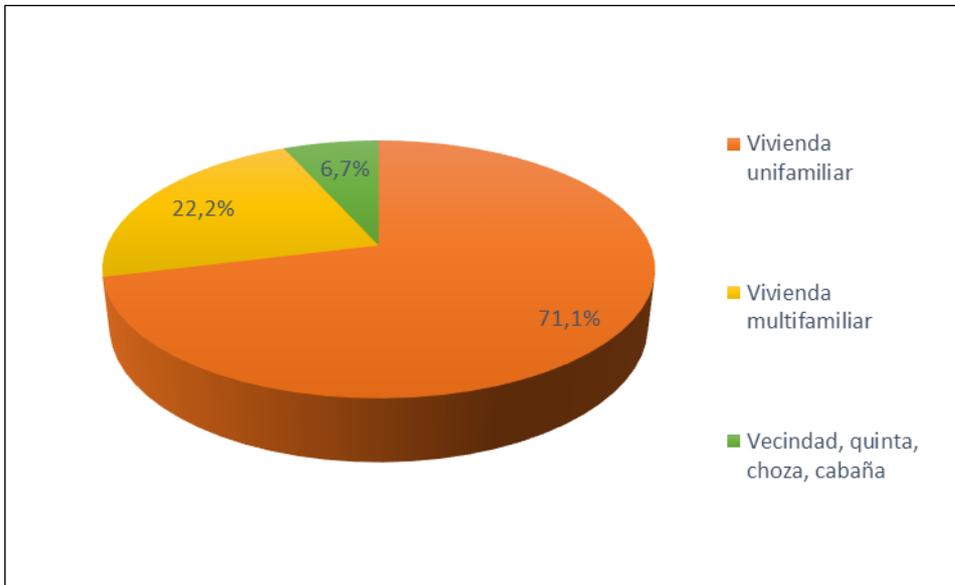
### GRÁFICO 4: OCUPACIÓN



**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

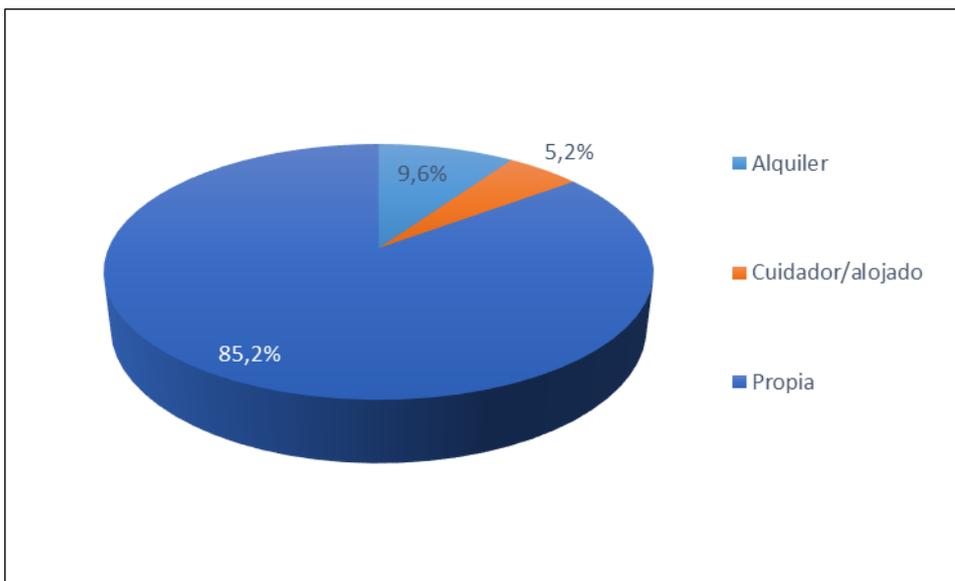
## DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRÁFICO 5: TIPO DE VIVIENDA



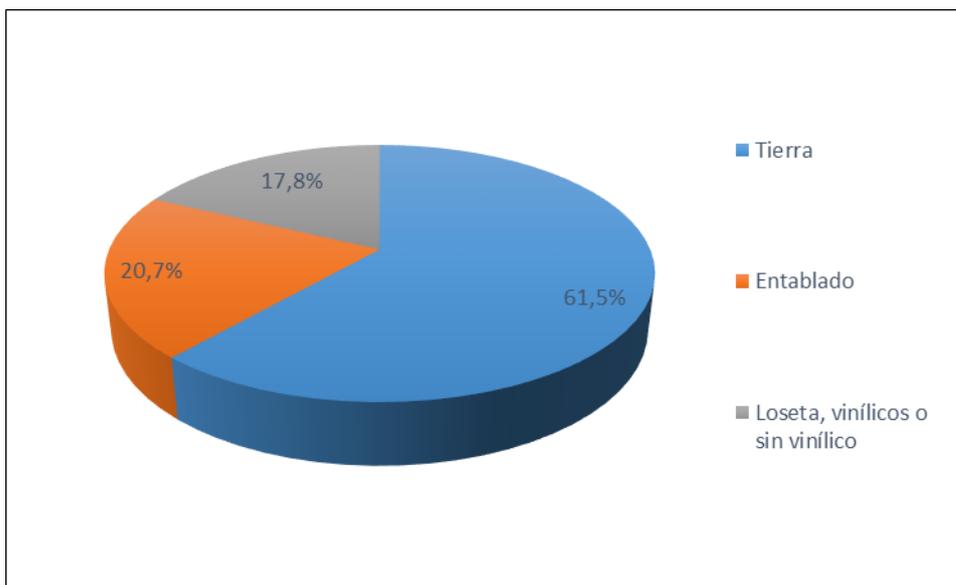
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

GRÁFICO 6: TENENCIA



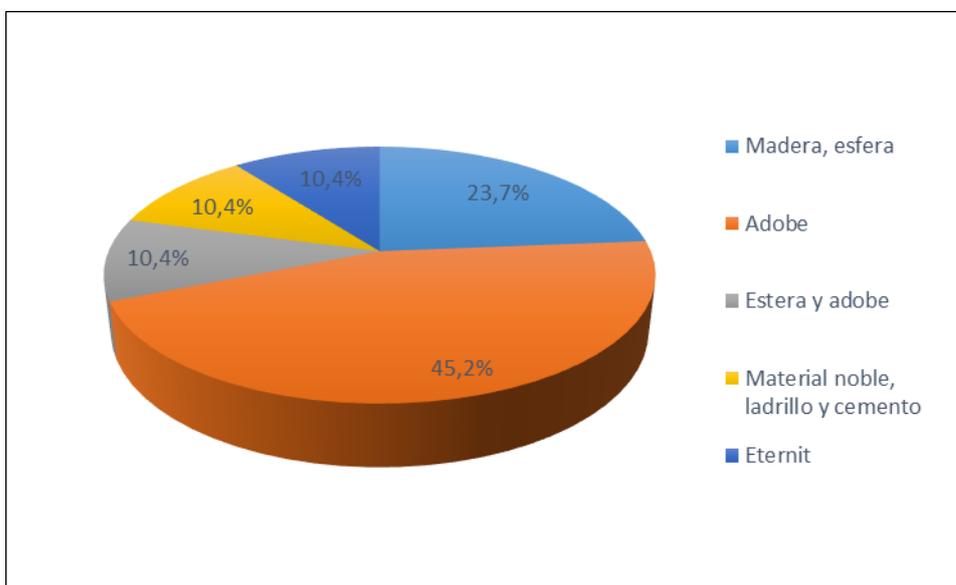
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

**GRÁFICO 7: MATERIAL DEL PISO**



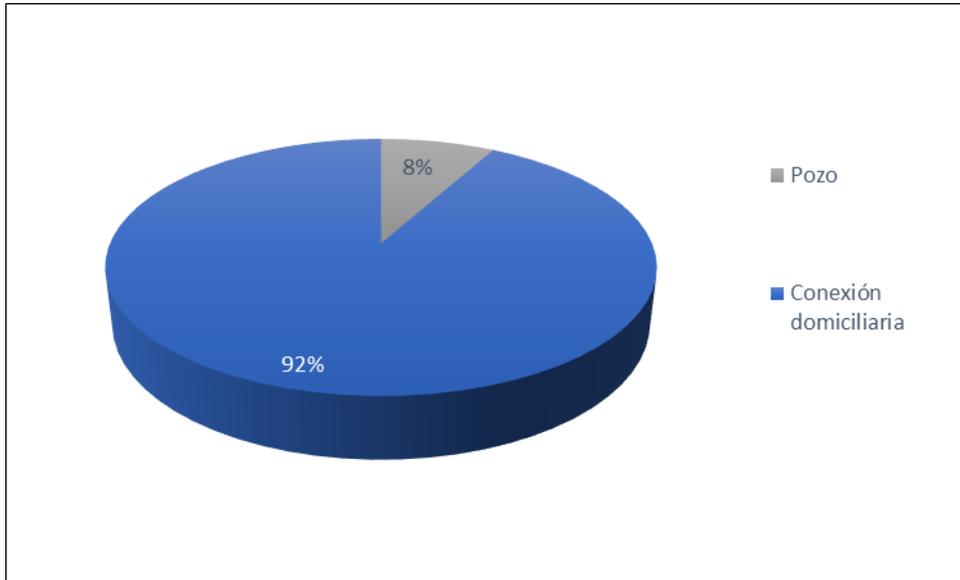
**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

**GRÁFICO 8: MATERIAL DE LAS PAREDES**



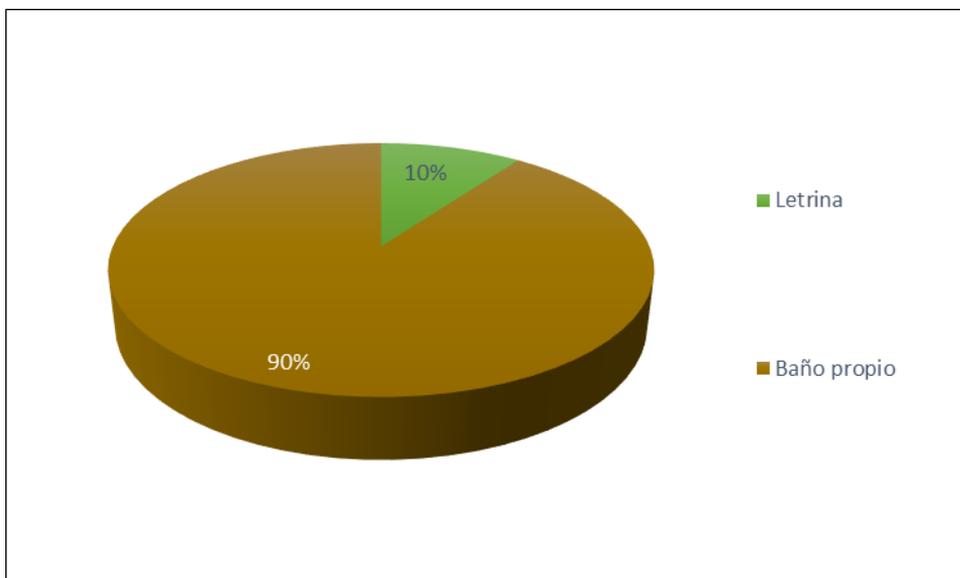
**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

**GRÁFICO 9: ABASTECIMIENTO DE AGUA**



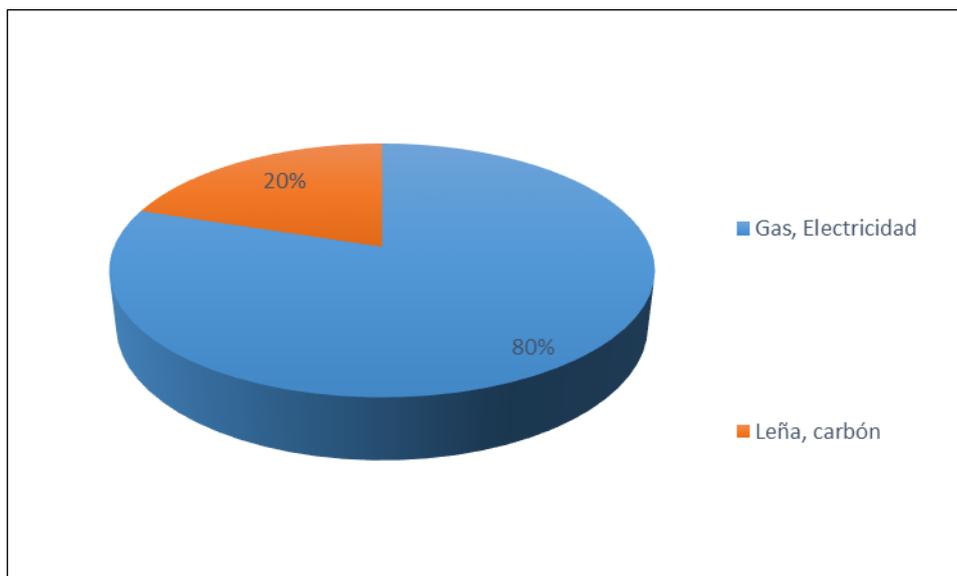
**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

**GRÁFICO 10: ELIMINACIÓN DE EXCRETAS**



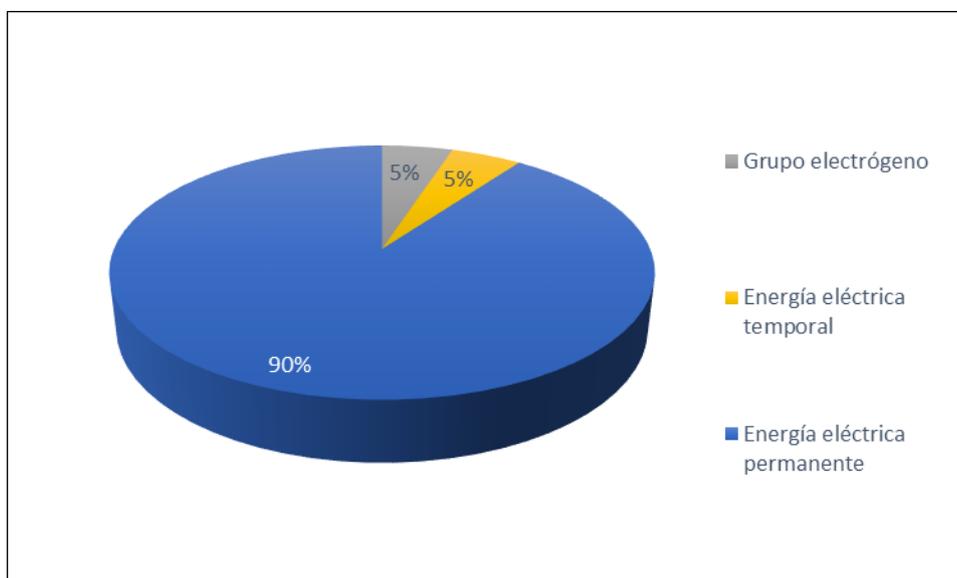
**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

### GRÁFICO 11: COMBUSTIBLE PARA COCINAR



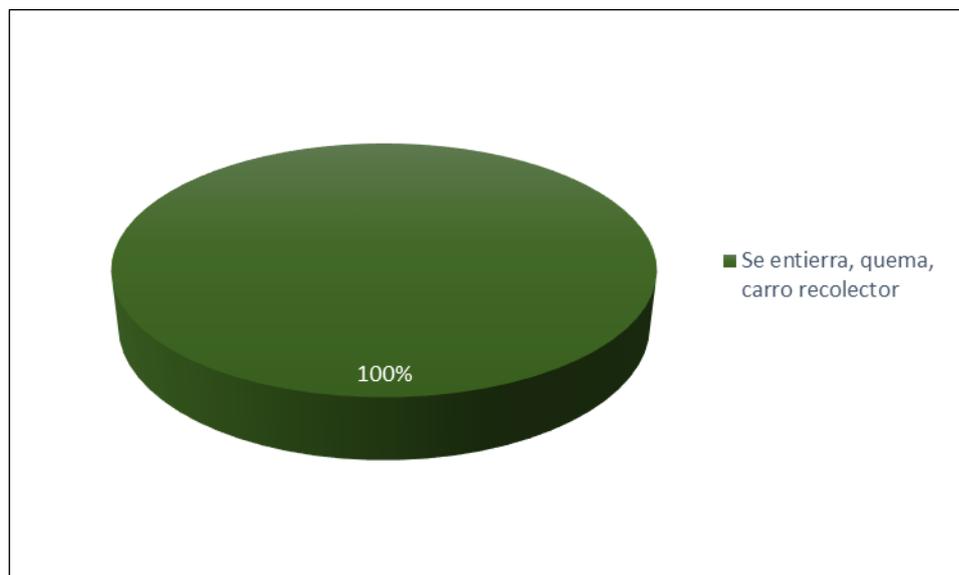
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

### GRÁFICO 12: ENERGÍA ELÉCTRICA



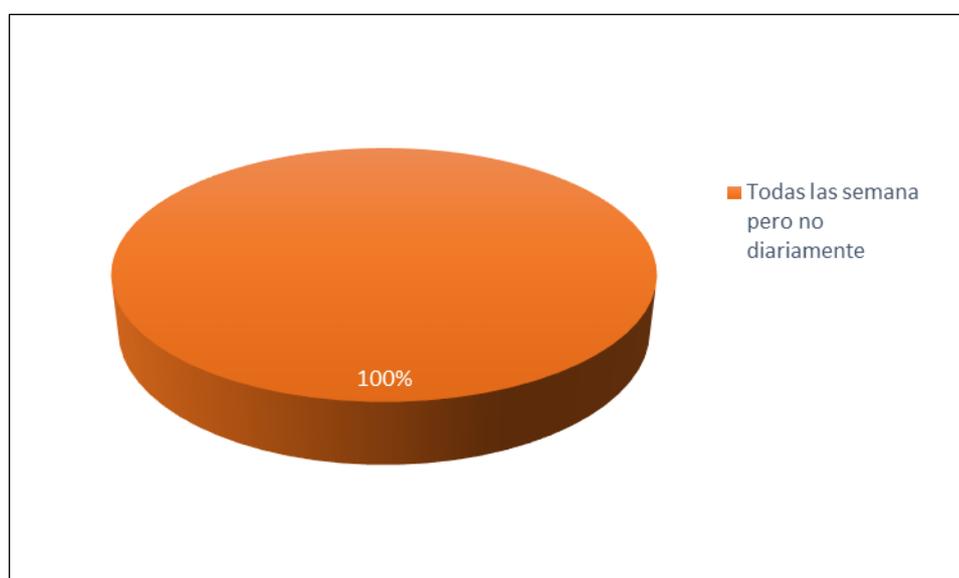
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

**GRÁFICO 13: DISPOSICIÓN DE BASURA**



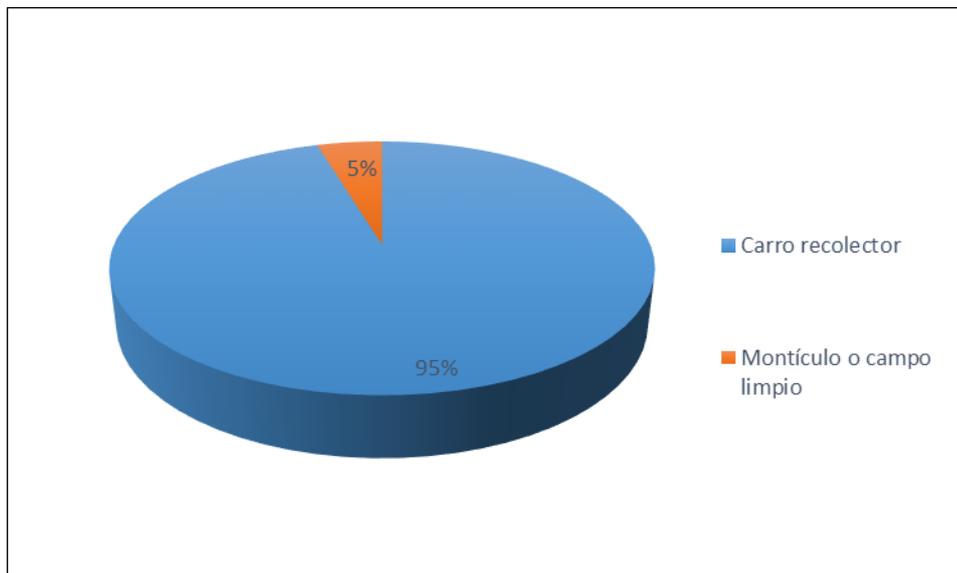
**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

**GRÁFICO 14: FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR SU CASA**



**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

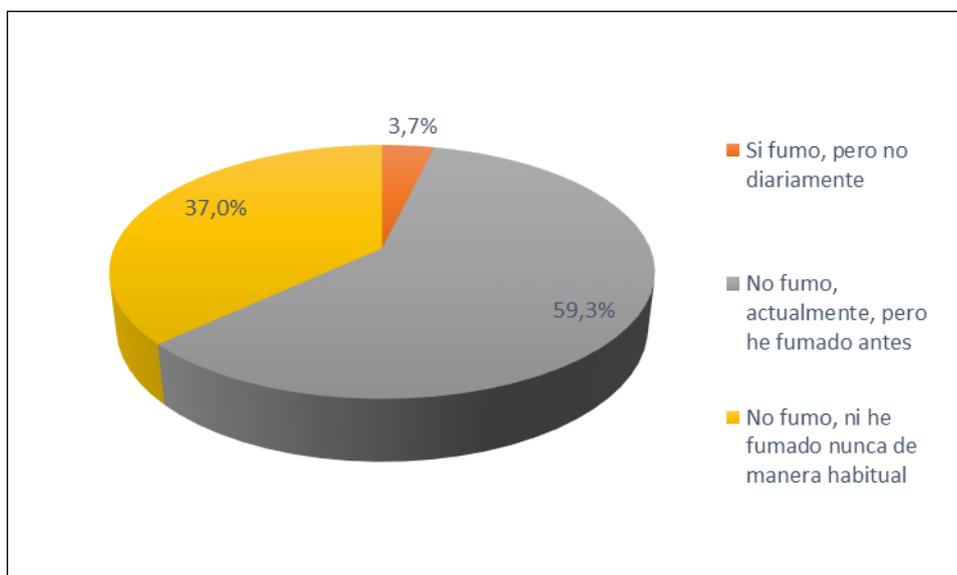
### GRÁFICO 15: SUELE ELIMINAR SU BASURA EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES LUGARES



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

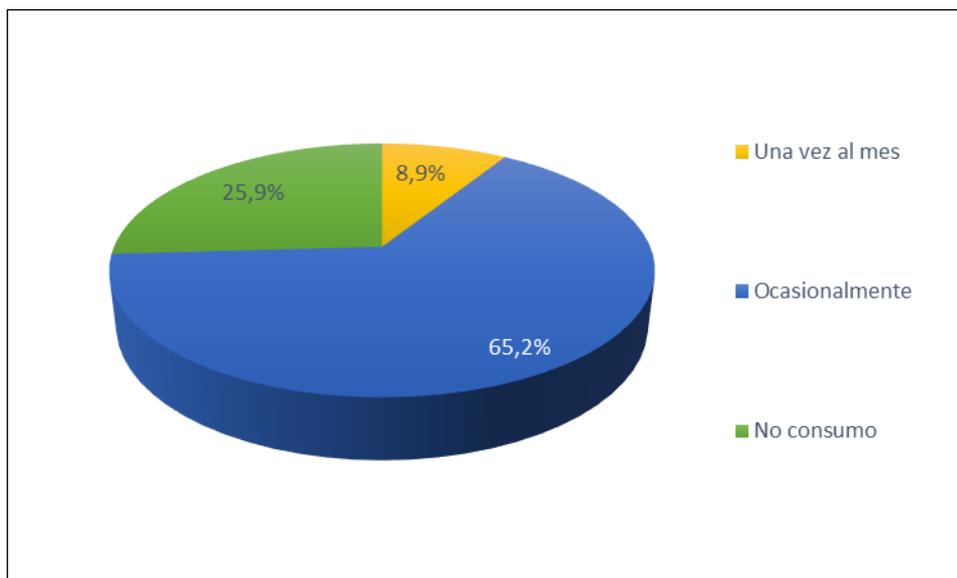
### DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

#### GRÁFICO 16: COMO FUMAN ACTUALMENTE



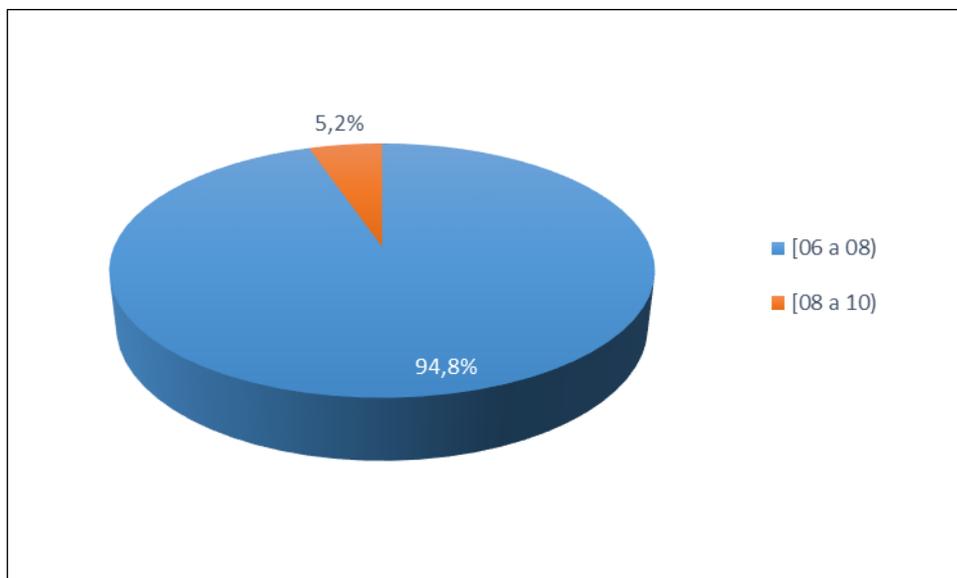
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

### GRÁFICO 17: LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOHÓLICAS



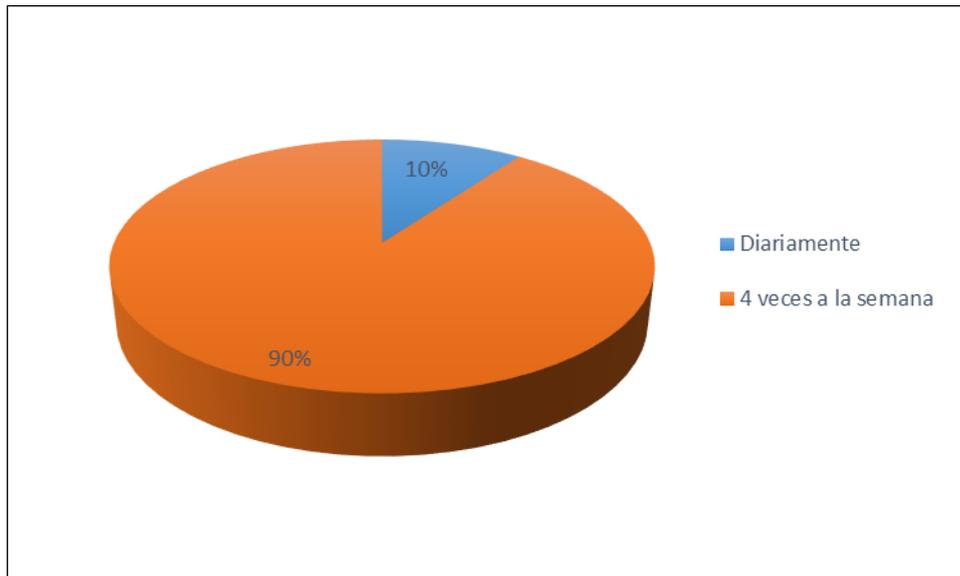
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

### GRÁFICO 18: NÚMERO DE HORAS QUE DUERMEN



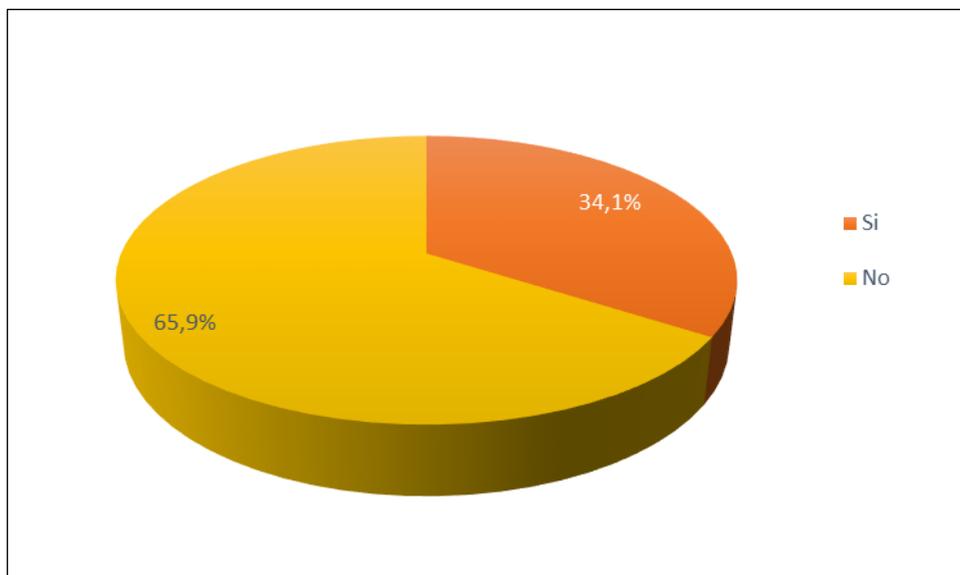
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

**GRÁFICO 19: LA FRECUENCIA CON QUE SE BAÑA**



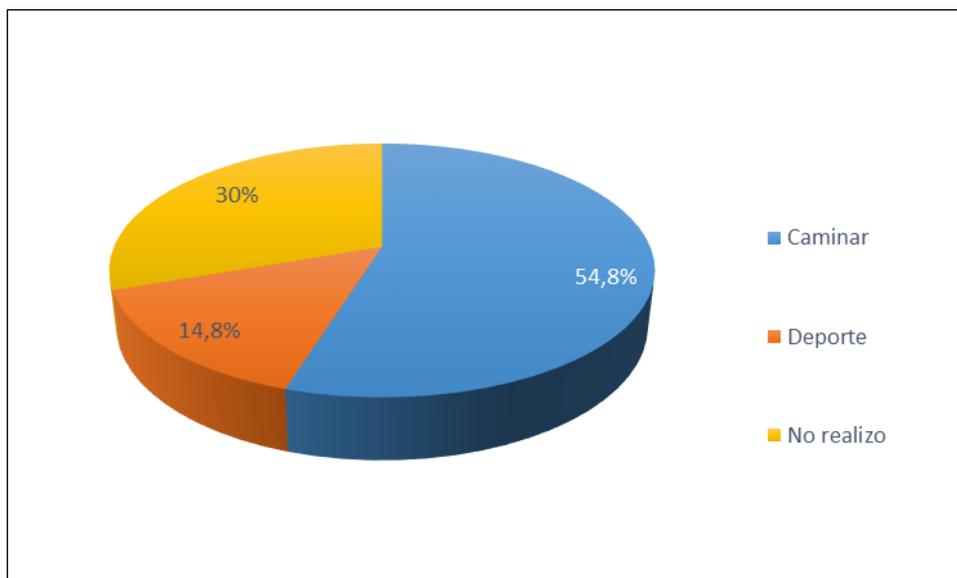
**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

**GRÁFICO 20: SE REALIZÓ EXAMEN MEDICO PERIÓDICO, EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD**



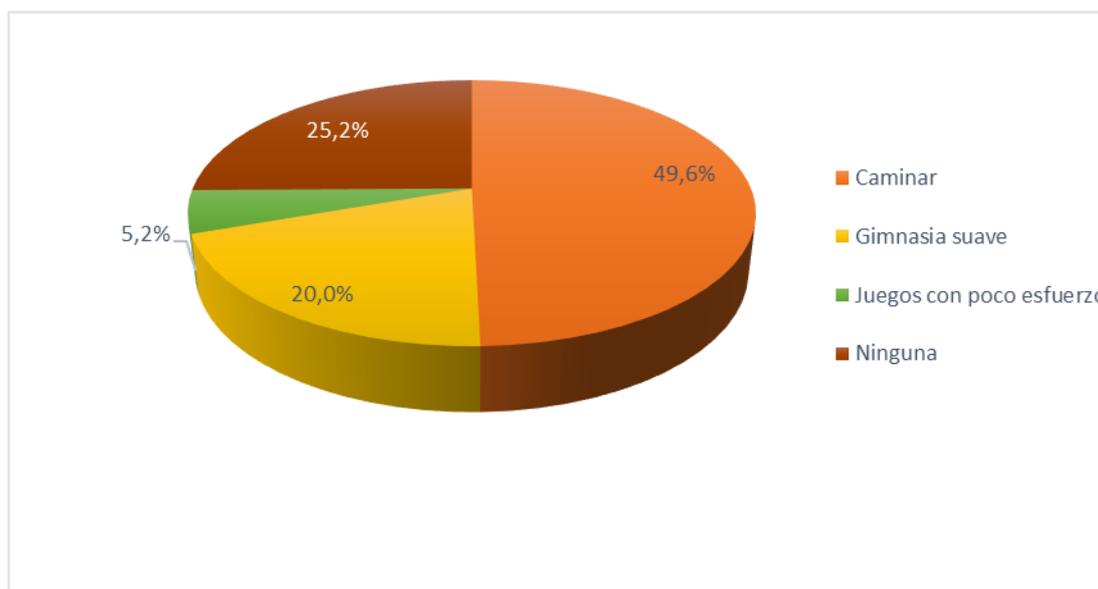
**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

**GRÁFICO 21: ACTIVIDADES FÍSICAS QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE**



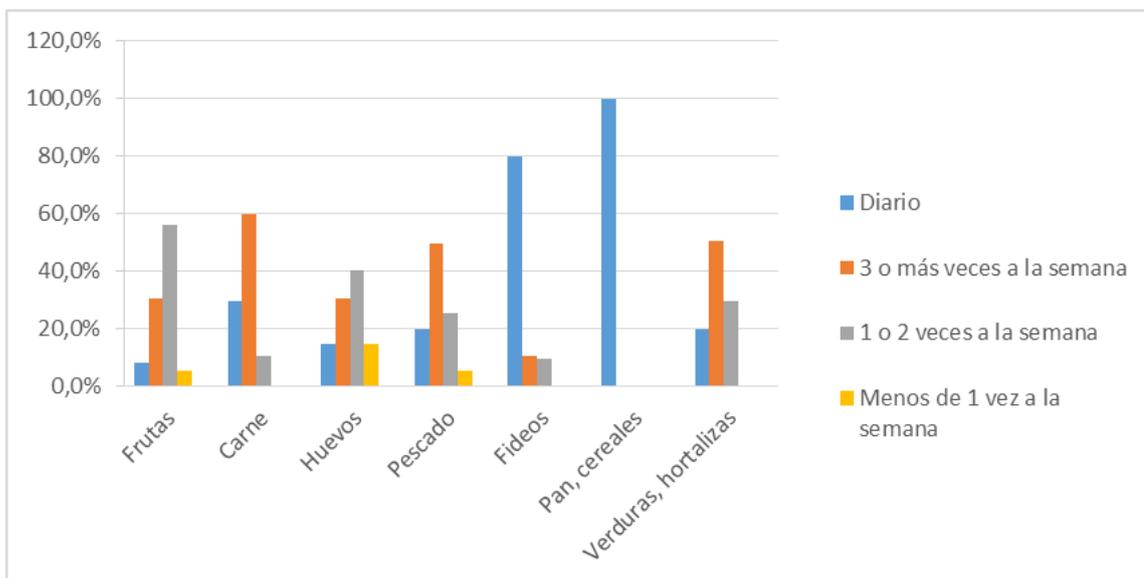
**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

**GRÁFICO 22: EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZÓ DURANTE MÁS DE 20 MINUTOS**



**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

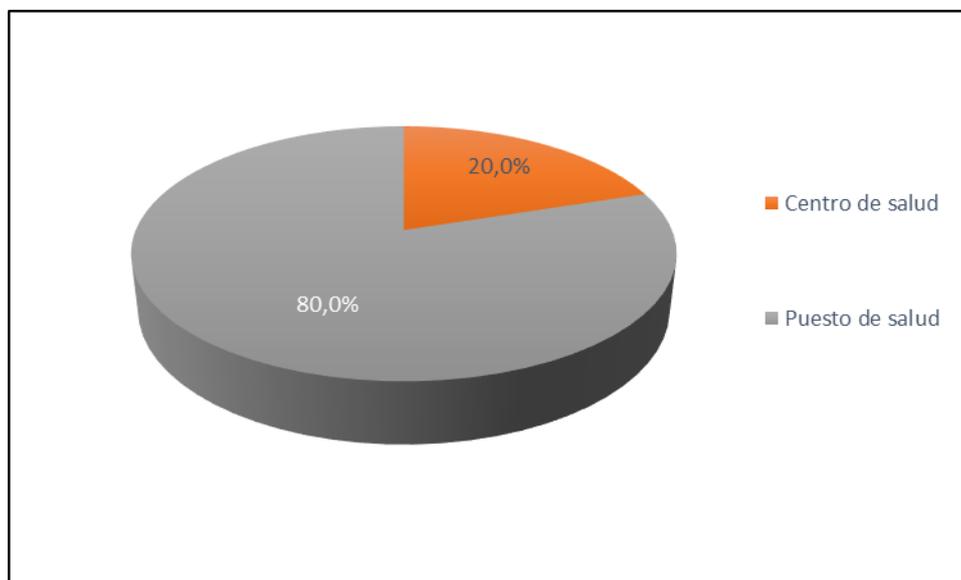
### GRÁFICO 23: FRECUENCIA CON QUE CONSUMEN LOS ALIMENTOS



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

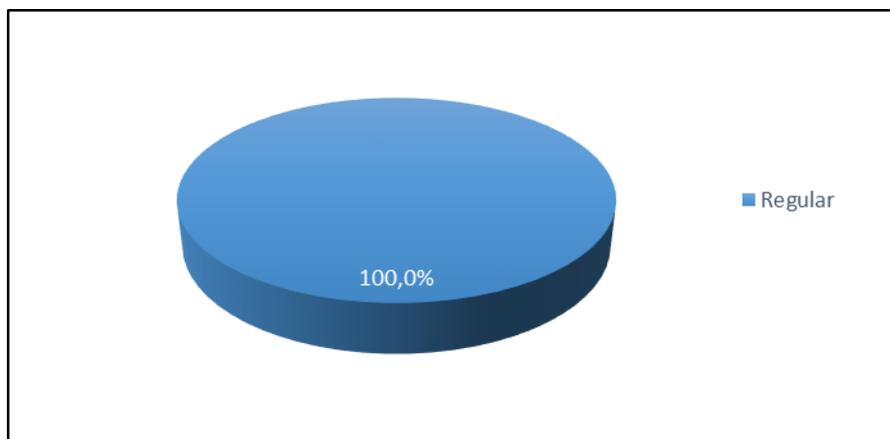
### DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

#### GRÁFICO 24: SEGÚN INSTITUCION DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ EN ESTOS 12 ÚLTIMOS MESES



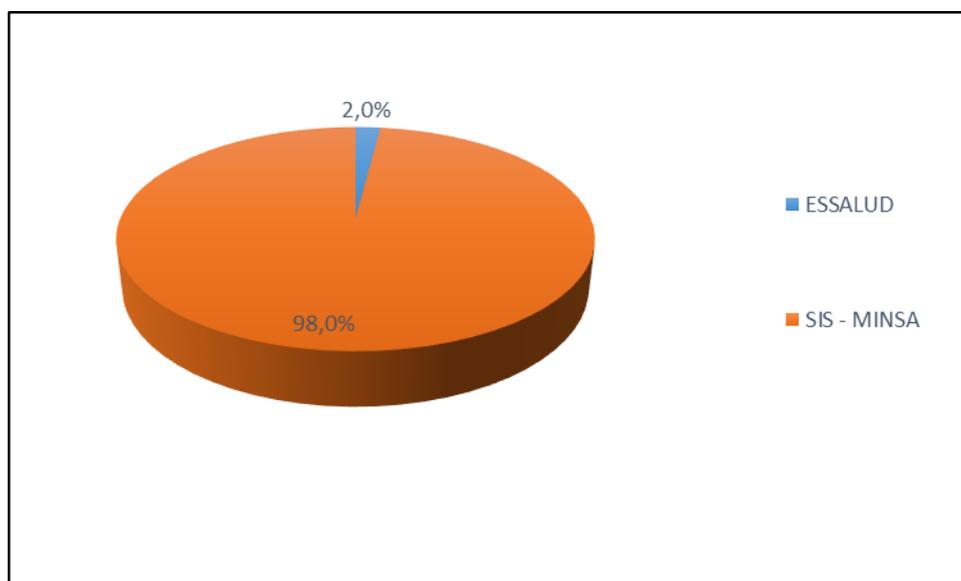
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

**GRÁFICO 25: CONSIDERA USTED QUE EL LUGAR DONDE LO (LA) ATENDIÓ ESTÁ (LEJOS O CERCA DE SU CASA)**



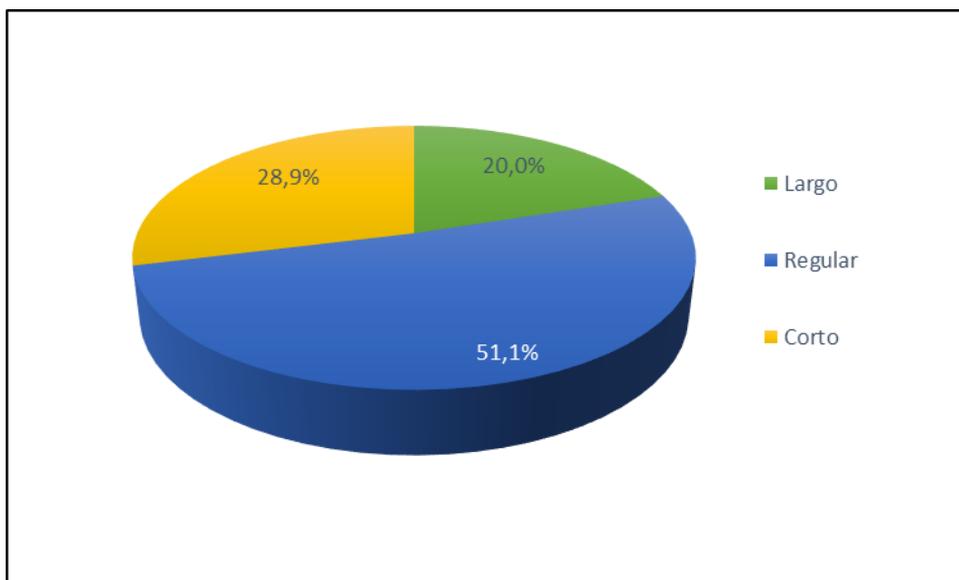
**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

**GRÁFICO 26: TIPO DE SEGURO**



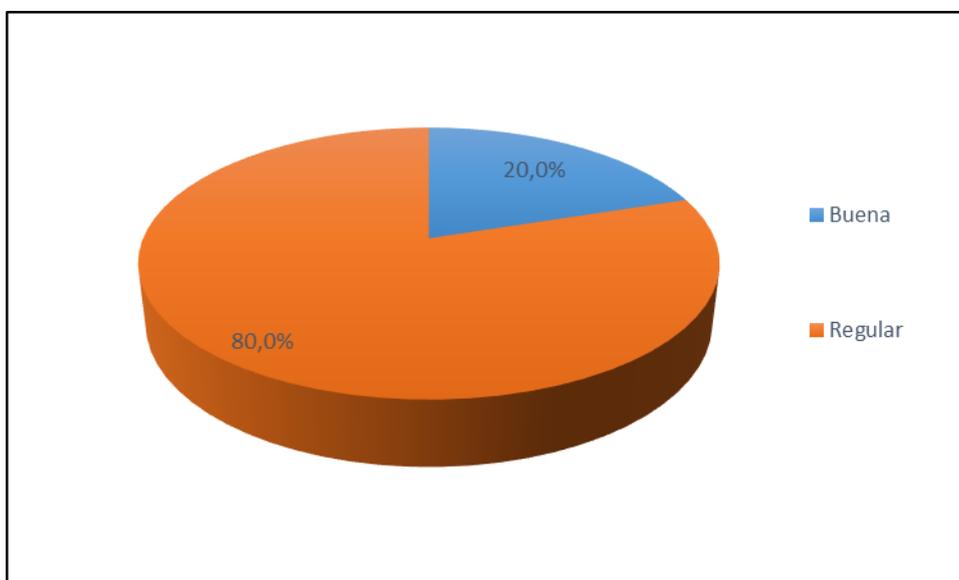
**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

**GRÁFICO 27: EL TIEMPO QUE ESPERÓ PARA QUE LA ATIENDAN**



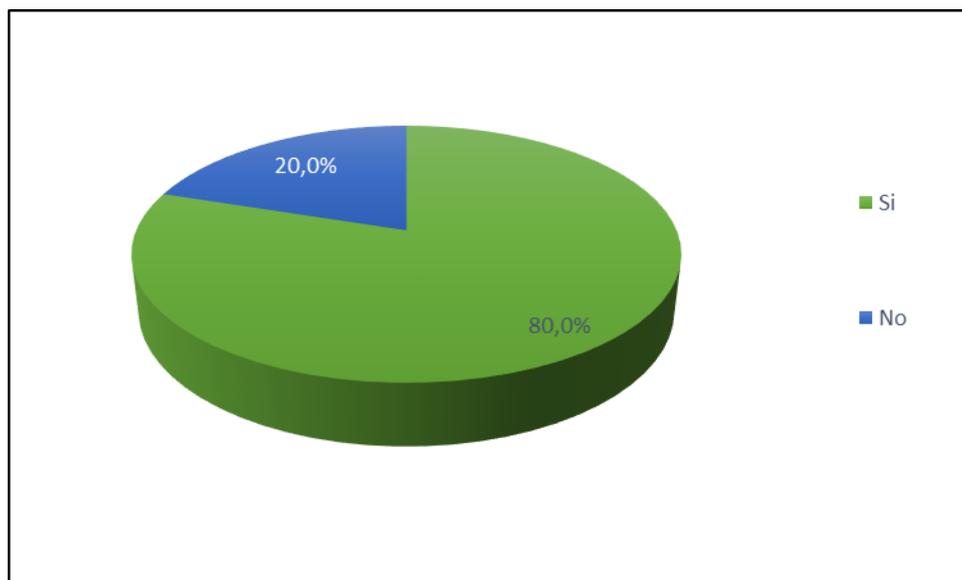
**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

**GRÁFICO 28: CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**



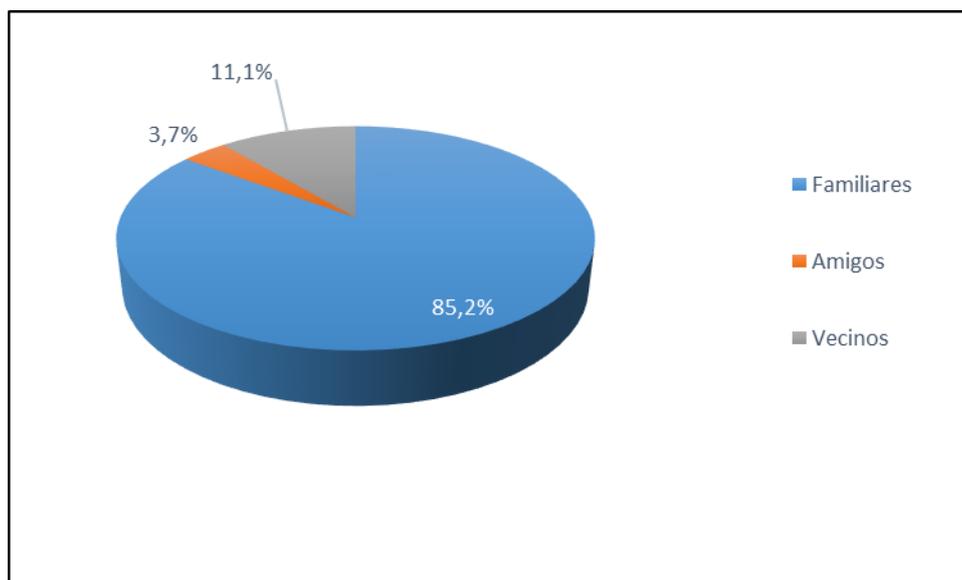
**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

**GRÁFICO 29: PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA**



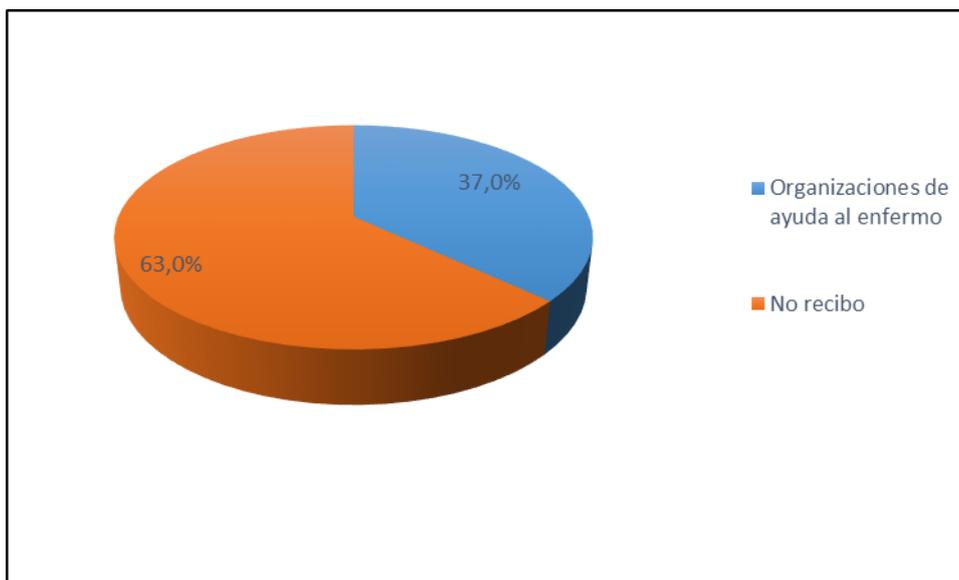
**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

**GRÁFICO 30: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL NATURAL**



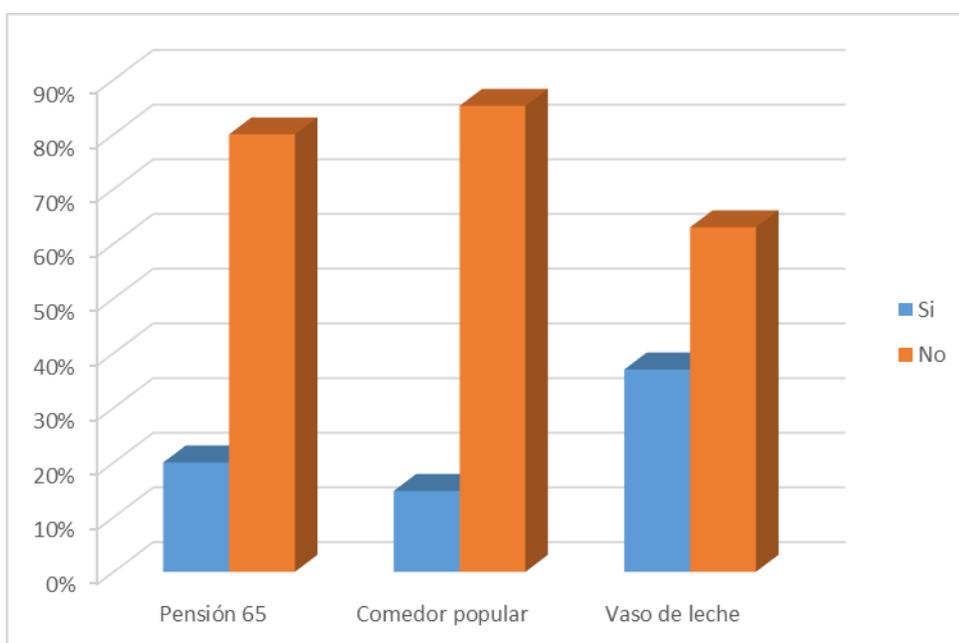
**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

**GRÁFICO 31: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO (I)**



**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.

**GRÁFICO 32: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO (II)**



**FUENTE:** Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos mayores del “Club adulto mayor” – Huacho 2017.