



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS
ADULTOS MAYORES PUEBLO JOVEN LA
ESPERANZA BAJA - CHIMBOTE, 2013**

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

AUTORA:

YERLY ALVARADO TOLENTINO

ASESORA:

Lic. Enf. ELENA ESTHER REYNA MÁRQUEZ

CHIMBOTE - PERÚ

2014

JURADO EVALUADOR

Ms. Enf. JULIA CANTALICIA AVELINO QUIROZ

PRESIDENTE

Ms. Enf. LEDDA MARÍA GUILLEN SALAZAR

SECRETARIA

Ms. SONIA AVELINA GIRON LUCIANO

MIEMBRO

AGRADECIMIENTO

A Dios, fuente inagotable de mis fortalezas en este camino que se llama vida y por bendecir mi hogar y por haberme dado todo lo que tengo ahora.

A mis padres:

Gilmer y María, por haber hecho de mí una persona de bien y por darme todo su apoyo incondicional y amor, ya que son el motivo para superarme y salir adelante día a día.

A mi asesora:

Lic. Enf. Elena Reyna Márquez, por haberme enseñado con mucha paciencia, dedicación y esmero sus valiosos conocimientos los cuales, me guiaron y me fueron de mucha utilidad, para la elaboración de mi informe de tesis.

YERLY

DEDICATORIA

Con mucho cariño a mis padres Gilmer y María, por el esfuerzo que realizan para salir adelante e inculcarme buenas enseñanzas a la vez por el amor y cariño que me brindan día a día.

A mis hermanos(as), a los cuales quiero mucho y por haberme brindado su apoyo incondicional y motivación para salir adelante esperando siempre lo mejor de mí.

A mis docentes:

Que en estos años me brindaron siempre conocimientos nuevos, apoyo; con la finalidad de formar futuros profesionales que tengan presente siempre la ética profesional.

YERLY

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo general identificar los determinantes de salud en adultos mayores P.J. La Esperanza Baja –Chimbote. La investigación fue de tipo cuantitativo, con una muestra de 120 adultos mayores; a quienes se les aplicó un instrumento de determinantes de la salud de la persona, obteniéndose las siguientes conclusiones. Menos de la mitad son de sexo femenino y tienen un grado de instrucción de secundaria completa e incompleta y tienen un grado de instrucción de secundaria completa e incompleta; más de la mitad tienen un ingreso económico 751 a 1000 y tienen una ocupación de jubilación. La gran mayoría tienen un tipo de vivienda multifamiliar y tienen casa propia; más de la mitad tienen el material de piso de tierra; menos de la mitad duermen en una habitación de 2 a 3 miembros; la gran mayoría tienen abastecimiento de agua a conexión domiciliaria; en su totalidad tienen baño propio, gas, energía eléctrica y manifiestan que disponen su basura en el carro recolector de basura; más de la mitad manifiestan que el carro recolector pasa todas las semanas pero no diariamente. La mayoría no fuman, consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, duermen de 6 a 8 horas diarias y la frecuencia con que se bañan es de 4 veces a la semana; la gran mayoría no se realiza su examen médico y la actividad física que realizan es caminar. La totalidad de las entrevistadas no recibieron ningún tipo de apoyo social natural, como tipo de seguro al SIS – MINSA; la mayoría con que consideran lugar donde se atienden es regular, conque el tiempo que esperan es largo y consideran que si hay pandillaje en su comunidad.

Palabras clave: Determinantes de la salud, adultos mayores.

ABSTRACT

This research has the overall aim to identify the determinants of health in older adults PJ The Lower Hope Chimbote. The research was quantitative, with a sample of 120 older adults; they apply to an instrument of determinants of health of the person, give the following conclusions. Less than half are female and have a degree of complete and incomplete instruction and have a high degree of instruction complete and incomplete secondary; more than half have an income 751-1000 and have a retirement occupation. The vast majority have a type of multifamily housing and own their own homes; more than half have the floor material; less than half asleep in a room of 2-3 members; the vast majority have water supply to domestic connection; as a whole have their own bathroom, gas, electricity and state that have their trash in the garbage truck collector; more than half state that the collector car passes every week but not daily. Most do not smoke, drink alcohol occasionally sleep of 6-8 hours per day and how often bathing is 4 times a week; the vast majority medical examination and physical activity they do is walk is performed. All the respondents received no natural social support, such as type of insurance to SIS - MINSAs; Most that considered where they serve it is regular, so the waiting time is long and consider if there gangs in your community.

Keywords: Determinants of health, older adults.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	9
2.1. Antecedentes.....	9
2.2. Bases teóricas.....	11
III. METODOLOGÍA.....	17
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	17
3.2. Población y muestra.....	17
3.3. Definición y operacionalización de variables.....	18
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	29
3.5. Plan de análisis.....	32
3.6. Consideraciones éticas.....	32
IV. RESULTADOS.....	34
4.1. Resultados.....	34
4.2. Análisis de resultados.....	43
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	62
5.1. Conclusiones.....	62
5.2. Recomendaciones.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS.....	75

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 01	34
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS MAYORES. P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013	
Tabla N° 02	35
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES. P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013	
Tabla N° 03	38
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES. P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013	
Tabla N° 04	40
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS MAYORES. P.J. LA ESPERANZA BAJA - CHIMBOTE, 2013.	
Tabla N° 05	41
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO DE LOS ADULTOS MAYORES. P.J. LA ESPERANZA BAJA - CHIMBOTE, 2013.	
Tabla N° 06	42
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBE EL APOYO DE LOS ADULTOS MAYORES. P.J. LA ESPERANZA BAJA - CHIMBOTE, 2013.	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICOS DE TABLA N° 01	94
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS MAYORES. P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013	
GRÁFICOS DE TABLA N° 02	96
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES. P. J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013	
GRÁFICOS DE TABLA N° 03	102
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LAS MADRES DE LOS ADULTOS MAYORES. P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013	
GRÁFICOS DE TABLA N° 04	107
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS MAYORES. P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013	
GRÁFICOS DE TABLA N°05	110
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO DE LOS ADULTOS MAYORES. P.J. LA ESPERANZA BAJA - CHIMBOTE, 2013.	
GRÁFICOS DE TABLA N°06	111
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACION DE QUIEN RECIBE EL APOYO DE LOS ADULTOS MAYORES. P.J. LA ESPERANZA BAJA - CHIMBOTE, 2013.	

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación fue realizada con el propósito de identificar los determinantes de la salud de los adultos mayores P. J. La Esperanza Baja Chimbote, para dar a conocer los resultados de la investigación al establecimiento de salud, autoridades del personal de salud y de dicha comunidad, para que puedan intervenir de manera temprana oportuna y objetiva en los determinantes que puedan provocar o poner en riesgo la salud de los adultos mayores, asimismo realizar y elaborar planes estratégicos para poder promocionar medidas de prevención para el bienestar de la salud del adultos mayores.

Esta investigación tiene como tema central a los determinantes de la salud, dentro de lo cual podemos mencionar que las condiciones de vida son los modos en que las personas desarrollan su existencia, enmarcadas por particularidades individuales, y por el contexto histórico, político, económico y social en el que les toca vivir, se lo mide por ciertos indicadores observables entre los cuales cabe mencionar vivienda, trabajo, educación, seguridad, salud, entre otras (1).

Asimismo, el contenido de esta investigación está estructurada de la siguiente manera: Introducción, revisión de la literatura, metodología, resultados y finalmente las conclusiones y recomendaciones.

La salud en el Siglo XXI cobra una importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está tomando una dimensión muy en cuanto a seguridad respecta. Como tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud de la población está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales y sociales que aborda una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente (2).

En la conferencia de Alma Ata en 1976 la OMS definió la salud como el perfecto estado físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona de estar de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual. Por lo que, en definitiva la salud es algo más que la simple ausencia de enfermedad, es un equilibrio armónico entre la dimensión física, mental y social; y está determinada por diversos factores, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud (3).

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico (3).

Cuando hablamos de nivel de salud de una población, en realidad se está hablando de distintos factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones y la mitad de los factores que influyen sobre cuán saludable es una población tienen que ver con factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los factores ambientales un 10% y los asociados a atención de salud en un 25%. Por lo tanto, la mitad de los efectos en salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud (4).

El concepto de determinantes surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. La salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales (5).

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

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (6).

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

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo (7).

El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (7).

La salud del adulto mayor ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y

programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (8).

Equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente” (8).

Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres, no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles (9).

En definitiva, los determinantes de la salud han surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX teniendo como máximo exponente el modelo de Lalonde, a partir del cual se han ido desarrollando e incluyendo conjuntos de factores o categorías que han hecho evolucionar los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales. Este desarrollo de los determinantes de salud es paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (10).

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

sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud (11).

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

En nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Por un lado, existen inequidades de acceso a los servicios. Porque, hay inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (13).

Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestra diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (11).

No escapa esta problemática de salud en el adulto mayor, viéndolo en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamiento 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 (13).

El adulto mayor del P.J. La Esperanza Baja también presenta la problemática antes mencionada debido a que se encuentra ubicada en la avenida del cruce del cementerio, dicha población pertenece al Puesto de Salud La Esperanza Baja, este sector limita por el norte con pueblo joven esperanza alta, por el sur con el pueblo joven santa cruz, por el este con el pueblo joven san pedro, y por el oeste con el urbanización el Carmen (13).

En el Pueblo Joven la Esperanza Baja habitan aproximadamente 3200 moradores que tienen aproximadamente 120 adultos mayores, cuenta con autoridades comunales, un teniente gobernador y un secretario general, tiene una instituciones educativas, seis cuna más, una iglesia, una losa deportiva (13).

Dentro de ella también se encuentran organizaciones comunales: vasos de leche, comedores populares, comisaria rodante. Los pobladores acuden al puesto de salud. Pueblo Joven La Esperanza Baja, cuentan con las casas están constituidas de material noble, adobe. En esta comunidad evidenciamos que la salud de la población está expuesta a una serie de enfermedades entre ellas encontramos con gran trascendencia las enfermedades de vías respiratorias, en el caso de los adultos mayores las enfermedades más trascendentes son las infecciones intestinales, diabetes y presión arterial (13).

Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación es el siguiente: **¿Cuáles son las determinantes de la salud en adultos mayores del Pueblo Joven Esperanza Baja-Chimbote, 2013?**

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

Identificar los determinantes de la salud en adultos mayores del Pueblo Joven Esperanza Baja-Chimbote.

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

Identificar los determinantes del entorno socioeconómico: (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico, (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) de los adultos mayores P.J. Esperanza Baja – Chimbote.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales, (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), de los adultos mayores P.J. Esperanza Baja – Chimbote.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social, de los adultos mayores P.J. Esperanza Baja – Chimbote.

Finalmente, la investigación se justifica en el campo de la salud de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote ya que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población del adulto mayor del Pueblo Joven Esperanza Baja 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 adulto mayor del

Pueblo Joven Esperanza Baja y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

El presente informe permite instar a los estudiantes de la salud de La Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, a investigar más sobre estos temas y su aplicación en políticas para mejorar estos determinantes, único camino para salir del círculo de la enfermedad y la pobreza, y llevarlos a construir un Perú cada vez más saludable. También ayudar 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 del adulto mayor del Pueblo Joven Esperanza Baja, 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 de La Esperanza Baja, Chimbote, porque las conclusiones y recomendaciones contribuyen 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, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

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

II. REVISIÓN DE LITERATURA:

2.1 Antecedentes de la investigación:

A nivel internacional:

Gonçalves M. y col. (14), en su investigación “Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil”. Los resultados obtenidos revelan, que los factores socioeconómicos, medidos por la escolaridad, influyen significativamente la condición de salud de los ancianos. Además, fueron observados diferenciales de género: las mujeres presentaron peores condiciones de salud en relación a los hombres. Respecto a las enfermedades crónicas este resultado no fue totalmente favorable a los hombres, una vez que en determinadas enfermedades éstos tuvieron un porcentaje superior, en relación a las mujeres.

Tovar L. y García C. (15). En su investigación titulada “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”, concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.

A nivel Nacional:

Rodríguez Q. (16), en su investigación titulada “Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo- Amazonas. Se encontró que los determinantes sociales: analfabetismo en

madres (22.5%), en padres (10%), la agricultura como actividad económica predominante de los padres (72.5%), comercio en las madres (20%), limitado acceso al mercado, tecnología y financiamiento económico (45.5%); determinantes del derecho humano: limitado acceso a vida larga y saludable en niños con bajo peso al nacer (20%), limitado acceso al control de gestante (77.5%) e inmunizaciones (60%); en lo determinantes interculturales: usan leña para cocinar (80%) y plantas medicinales para cuidar su salud (65%). Concluyendo que la quinta parte de la población tiene limitado acceso a vida larga y saludable, ya que tuvieron bajo peso al nacer, padres prefieren que hijos trabajen en las vaquerías, repitiendo el año escolar, limitando sus competencias para acceder a un trabajo bien remunerado y a servicios de salud.

Ávila, J. (17), en su investigación titulada “Determinantes de la salud en los adultos del caserío Los Olivos de sector “O” – Huaraz, 2013” de tipo cuantitativo, su muestra estuvo conformada por 185 personas adultos, se aplicó el cuestionario sobre determinantes de la salud, y cuyos resultados encontrados fueron: el 57.8% son adultos jóvenes, el 35.7% tienen un grado de instrucción de secundaria completa e incompleta, el 64.3% tienen un ingreso económico menor de 750 soles, el 50% tienen vivienda propia, el 46% refirieron que duermen en una sola habitación de 2 a 3 personas, el 97% tienen conexión de agua, el 93% tienen conexión de desagüe, 95% tiene energía eléctrica dentro de sus hogares, el 61% si fuma pero no diariamente, el 95% consume alcohol ocasionalmente, el 98% no se realiza ningún chequeo médico y el 90% tienen como tipo de seguro al SIS – MINSA.

Carrillo, G. (18), en su investigación titulada: Determinantes de la salud de los adultos en el sector “DD” Piedras azules. Huaraz, 2013. Con su investigación de tipo cuantitativa y con un diseño descriptivo. Con una muestra de 130 adultos, teniendo como instrumento el cuestionario sobre determinantes de la salud. Obteniendo los siguientes resultados: según los

determinantes de la salud biosocioeconómicos, el 52% son de sexo masculino, el 32 % son adultos maduros, el 80% tiene un ingreso económico menor de 750 soles; según los determinantes de los estilos de vida, encontramos que el 75% no fuma, el 60% consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 45% consume fruta tres o más veces a la semana, el 64% consume pescado de una a dos veces a la semana; según los determinantes de redes sociales y comunitarias, el 62% recibe apoyo social de sus familiares, el 87% tiene seguro del SIS-MINSA.

A nivel local:

Melgarejo E. y col(19). En su investigación titulada: Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local de Chimbote y Nuevo Chimbote. 2008. Concluye que en el contexto de la participación comunitaria de cada 10 comunidades 8 de ellas están en un contexto interdependiente y 2 en autogestión. Los factores personales (edad, sexo, grado instrucción, responsabilidad, antecedente de enfermedad y estado de salud) no tienen relación estadística significativa con el contexto de la participación comunitaria. Existe relación estadística significativa entre lugar de nacimiento y sobrecarga laboral.

2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación

El presente informe de investigación se fundamentó en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (20).

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

social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (21).

Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud (22).

La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (22).

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales. Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida (22).

Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (22).



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

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud.

Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo

y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad (22).

Los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar a través de su acción sobre los intermediarios. Es decir, estos últimos pueden ser afectados por los estructurales y su vez afectar a la salud y el bienestar (22).

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

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

c) Determinantes proximales: Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre Determinantes Sociales de la Salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los

determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones.

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (20).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (23):

Mi salud: Este ámbito se refiere al nivel individual y a los estilos de vida asociados a la salud de las personas, incluyendo el entorno social inmediato de socialización, así como aquellas condiciones que hace posible adoptar un compromiso activo y responsable con la propia salud (23).

Comunidad: Este ámbito se refiere a la comunidad como un factor y actor relevante en la construcción social de la salud, incluyendo la dinamización de las redes sociales, la participación activa y responsable en las políticas

públicas, así como el fortalecimiento de sus capacidades y competencias para otorgarle mayor eficacia a dicha participación (23).

Servicios de salud: Este ámbito se refiere a la red asistencial que agrupa las prácticas, la accesibilidad y la calidad de la red asistencial de salud, incluyendo prácticas de gestión, dotación y calidad del personal e infraestructura y equipo (23).

Educación: Este ámbito refleja la influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud (23).

Trabajo: Este ámbito expresa las condiciones laborales y las oportunidades de trabajo, incluyendo legislación laboral, ambientes laborales y seguridad social asociada y su impacto en la salud (23).

Territorio (ciudad): Este ámbito agrupa las condiciones de habitabilidad del entorno, la calidad de la vivienda y acceso a servicios sanitarios básicos y su impacto en la salud. Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (23).

III. METODOLOGÍA.

3.1 Tipo y diseño de investigación

Tipo: Cuantitativo, de corte transversal (24, 25).

Diseño: Descriptivo de una sola casilla (26, 27).

3.2 Universo muestral

El universo muestral estuvo constituido por 120 adultos mayores en el P.J.

La Esperanza Baja – Chimbote.

Unidad de análisis

Cada adulto mayor forma parte de la muestra y reúne los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Adultos mayores del P.J. La Esperanza Baja – Chimbote, que vive más de 3 años en la zona.
- Adultos mayores del P.J. La Esperanza Baja – Chimbote, que tienen la disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores del P.J. La Esperanza Baja – Chimbote, que tenga algún trastorno mental.

3.3 Definición y operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO SOCIOECONÓMICO

Sexo

Definición Conceptual.

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (28).

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 (29).

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 (30).

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 (31)

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 (32).

Definición operacional

Escala nominal

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

Tenencia

Escala nominal

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

Material del piso:

Escala nominal

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

Material del techo:

Escala nominal

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

Material de las paredes:

Escala nominal

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

Cuántas personas duermen en una habitación

Escala nominal

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

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

- Gas, electricidad
- Leña, carbón
- Bosta
- Tuza (coronta de maíz)
- Cerca de vaca

Energía Eléctrica

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

Disposición de basura

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

Escala nominal

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

Escala nominal

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

Eliminación de basura

Escala nominal

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición conceptual

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

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

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

Cuántas horas duermo

Escala nominal

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

Con que frecuencia se baña

Escala nominal

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

Se realiza examen médico periódico

Escala nominal

- Si
- No

Actividad física en tiempo libre

Escala nominal

- Si
- No

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
- Ninguna

Alimentación

Definición Conceptual

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

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 (35).

Definición Operacional

Escala ordinal

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

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) (36).

Definición operacional

Escala ordinal

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

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

Escala nominal

Si

No

Institución de salud atendida:

Escala nominal

- Hospital
- Centro de salud
- Otros

Lugar de atención atendido:

Escala nominal

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS - MINSA
- SANIDAD
- Otros

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

3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento N° 01

El instrumento se elaboró en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en las personas del Perú. Elaborado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 30 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (Ver anexo N°01)

- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno socioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).

- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), Alimentos que consumen las personas, morbilidad.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas mayores. (Ver anexo N° 02)

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (37-38) (Ver anexo N° 03).

3.5 Plan de análisis

Procedimientos de la recolección de datos:

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

- Se informó y pidió el consentimiento de las personas de dicha comunidad, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con las madres de familia su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada participante.
- Se realizó la lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.
- El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas serán marcadas de manera personal y directa.

Análisis y procesamiento de los datos:

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

3.6 Consideraciones éticas

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente debe valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (39).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario a los adultos mayores del P.J. La Esperanza Baja, la investigación fue de manera anónima y la información que obtuvo fue solo para fines de la investigación.

Privacidad

Toda la información que se logró obtener en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó que sea expuesto, logrando el respeto a la intimidad de los adultos mayores del P.J. La Esperanza Baja, y fue útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se les informó a los adultos mayores del P.J. La Esperanza Baja, los fines de la presente investigación, cuyos resultados se encontraron plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con los adultos mayores del P.J. La Esperanza Baja, que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Ver anexo 04).

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA N°01

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA - CHIMBOTE, 2013.

Sexo	N	%
Masculino	62	51,7
Femenino	58	48,3
Total	120	100
Grado de instrucción	N	%
Sin nivel e instrucción	13	10,83
Inicial/Primaria	67	55,83
Secundaria Completa/Secundaria Incompleta	40	33,34
Superior universitaria	0	0,0
Superior no universitaria	0	0,0
Total	120	100
Ingreso económico (Soles)	N	%
Menor de 750	51	42,5
De 751 a 1000	69	57,5
De 1001 a 1400	0	0,0
De 1401 a 1800	0	0,0
De 1801 a más	0	0,0
Total	120	100
Ocupación	n	%
Trabajador estable	31	25,83
Eventual	36	30
Sin ocupación	2	1,67
Jubilado	51	42,5
Estudiante	0	0,0
Total	120	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de salud de la persona, elaborado por Vilchez, A. aplicado en los Adultos Mayores del P.J. La Esperanza Baja- Chimbote, Junio, 2013.

4.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA N° 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA - CHIMBOTE, 2013.

Tipo	N	%
Vivienda unifamiliar	4	3,33
Vivienda multifamiliar	116	96,67
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	120	100
Tenencia	N	%
Alquiler	0	0,0
Cuidador/alojado	0	0,0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0
Alquiler venta	2	1,67
Propia	118	98,33
Total	120	100
Material del piso	N	%
Tierra	63	52,5
Entablado	0	0,0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	57	47,5
Láminas asfálticas	0	0,0
Parquet	0	0,0
Total	120	100
Material del techo	N	%
Madera, esfera	0	0,0
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	0	0,0
Material noble, ladrillo y cemento	119	99,17
Eternit	1	0,83
Total	120%	100
Material de las paredes	N	%
Madera, estera	0	0,0
Adobe	1	0,83
Estera y adobe	6	5
Material noble ladrillo y cemento	113	94,17
Total	120	100
N° de personas que duermen en una habitación	N	%
4 a más miembros	1	0,83
2 a 3 miembros	50	41,67
Independiente	69	57,5
Total	120	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de salud de la persona, elaborado por Vilchez, A. aplicado en los Adultos Mayores del P.J. La Esperanza Baja- Chimbote, Junio, 2013.

**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN
LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA - CHIMBOTE,
2013.**

Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	0	0,0
Pozo	0	0,0
Red pública	2	1,67
Conexión domiciliaria	118	98,33
Total	120	100
Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	0	0,0
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	0	0,0
Baño público	0	0,0
Baño propio	120	100
Otros	0	0,0
Total	120	100
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	120	100
Leña, carbón	0	0,0
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	120	100
Energía eléctrica	n	%
Sin energía	0	0,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	0	0,0
Energía eléctrica permanente	120	100
Vela	0	0,0
Total	120	100
Disposición de basura	N	%
A campo abierto	0	0,0
Al río	0	0,0
En un pozo	0	0,0
Se entierra, quema, carro recolector	120	100
Total	120	100
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	N	%
Diariamente	2	1,67
Todas las semana pero no diariamente	67	55,83
Al menos 2 veces por semana	51	42,5
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0,0
Total	120	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de salud de la persona, elaborado por Vilchez, A. aplicado en los Adultos Mayores del P.J. La Esperanza Baja- Chimbote, Junio, 2013.

**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN
LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA - CHIMBOTE,
2013.**

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	N	%
Carro recolector	120	100
Montículo o campo limpio	0	0,0
Contenedor específico de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	120	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de salud de la persona, elaborado por Vilchez, A. aplicado en los Adultos Mayores del P.J. La Esperanza Baja- Chimbote, Junio, 2013.

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS

TABLA N°03

**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL
P.J. LA ESPERANZA BAJA - CHIMBOTE, 2013.**

Fuma actualmente:	n	%
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	3	2,5
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	111	92,5
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	6	5
Total	120	100
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n	%
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	1	0,83
Una vez a la semana	2	1,67
Una vez al mes	42	35
Ocasionalmente	73	60,83
No consumo	2	1,67
Total	120	100
N° de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	111	92,5
[08 a 10)	9	7,5
[10 a 12)	0	0,0
Total	120	100
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	30	25
4 veces a la semana	90	75
No se baña	0	0,0
Total	120	100
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	n	%
Si	4	3,33
No	116	96,67
Total	120	100
Actividad física que realiza en su tiempo libre	N	%
Caminar	116	96,66
Deporte	2	1,67
Gimnasia	0	0,0
No realizo	2	1,67
Total	120	100
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	n	%
Caminar	117	97,5
Gimnasia suave	0	0,0
Juegos con poco esfuerzo	1	0,83
Correr	0	0,0
Deporte	0	0,0
Ninguna	2	1,67
Total	120	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de salud de la persona, elaborado por Vilchez, A. aplicado en los Adultos Mayores del P.J. La Esperanza Baja- Chimbote, Junio, 2013.

**DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL
P.J. LA ESPERANZA BAJA - CHIMBOTE, 2013.**

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frutas	65	54.17%	54	45%	1	0.83%	0	0,0%	0	0,0%	120	100%
Carne	96	80%	22	18.33%	2	1.67%	0	0,0%	0	0,0%	120	100%
Huevos	20	16.67%	57	47.5%	33	27.5%	9	7.5%	1	0.83%	120	100%
Pescado	22	18.33%	33	27.5%	51	42.5%	14	11.67%	0	0,0%	120	100%
Fideos	93	77.5%	25	20.83%	2	1.67%	0	0,0%	0	0,0%	120	100%
Pan, cereales	69	57.5%	49	40.84%	1	0.83%	0	0,0%	1	0.83%	120	100%
Verduras, hortalizas	72	60%	33	27.5%	12	10%	2	1.67%	1	0.83%	120	100%
Legumbres	0	0,0%	28	23.33%	48	40%	37	30.83%	7	5.84%	120	100%
Embutidos	1	0.84%	41	34.16%	32	26.67%	40	33.33%	6	5%	120	100%
Lácteos	5	4.17%	53	44.17%	37	30.83%	22	18.33%	3	2.5%	120	100%
Dulces	4	3.33%	31	25.83%	37	30.84%	27	22.5%	21	17.5%	120	100%
Refrescos con azúcar	108	90%	9	7.5%	1	0.83%	1	0.83%	1	0.84%	120	100%
Frituras	56	46.66%	32	26.67%	21	17.5%	9	7.5%	2	1.67%	120	100%

Fuente: Cuestionario de determinantes de salud de la persona, elaborado por Vilchez, A. aplicado en los Adultos Mayores del P.J. La Esperanza Baja- Chimbote, Junio, 2013.

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 04

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS ADULTOS
MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA - CHIMBOTE, 2013.**

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N	%
Hospital	0	0,0
Centro de salud	0	0,0
Puesto de salud	120	100
Clínicas particulares	0	0,0
Otras	0	0,0
Total	120	100
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	N	%
Muy cerca de su casa	18	15
Regular	76	63,34
Lejos	26	21,66
Muy lejos de su casa	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	120	100
Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	0	0,0
SIS – MINSA	120	100
SANIDAD	0	0,0
Otros (Ninguno)	0	0,0
Total	120	100
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	N	%
Muy largo	14	11,67
Largo	80	66,67
Regular	24	20
Corto	2	1,66
Muy corto	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	120	100
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N	%
Muy buena	39	32,5
Buena	76	63,33
Regular	5	4,17
Mala	0	0,0
Muy mala	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	120	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de salud de la persona, elaborado por Vilchez, A. aplicado en los Adultos Mayores del P.J. La Esperanza Baja- Chimbote, Junio, 2013.

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA - CHIMBOTE, 2013.

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N	%
Si	72	60
No	48	40
Total	120	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de salud de la persona, elaborado por Vilchez, A. aplicado en los Adultos Mayores del P.J. La Esperanza Baja- Chimbote, Junio, 2013.

TABLA 05

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA - CHIMBOTE, 2013

Recibe algún apoyo social natural:	N	%
Familiares	0	0,0
Amigos	0	0,0
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	0	0,0
Compañeros de trabajo	0	0,0
No recibo	120	100
Total	120	100
Recibe algún apoyo social organizado:	N	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	0	0,0
Empresa para la que trabaja	0	0,0
Instituciones de acogida	0	0,0
Organizaciones de voluntariado	0	0,0
No recibo	120	100
Total	120	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de salud de la persona, elaborado por Vilchez, A. aplicado en los Adultos Mayores del P.J. La Esperanza Baja- Chimbote, Junio, 2013.

TABLA N° 06

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN
RECIBE APOYO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA -
CHIMBOTE, 2013**

Apoyo social de las organizaciones	Si		No	
	N	%	N	%
Pensión 65	0	0	0	0,0
Comedor popular	0	0	0	0,0
Vaso de leche	120	100%	0	0,0
Otros	0	0	0	0,0
Total	120	100%	0	0,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de salud de la persona, elaborado por Vilchez, A. aplicado en los Adultos Mayores del P.J. La Esperanza Baja- Chimbote, Junio, 2013.

4.2. Análisis de resultados:

En la tabla N° 01 con respecto a los determinantes se muestra que de los 120 adultos mayores encuestados, de igual modo el 51.7% son de sexo masculino; así mismo el 55.83% inicial/primaria; de igual modo el 57.5% del ingreso económico es de 751 a 1000 soles; así mismo el 42.5% es jubilado.

Los resultados se relacionan en determinantes de la salud en el estudio hecho por Abanto Y. (40); en su investigación titulada: Determinantes de la salud en el adulto mayor con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) en el A.H. villa España – Chimbote, 2013; cuyos resultados obtenidos fueron: El 55% de cuyos resultado son jubilados.

Sin embargo resultados se asemeja en el factor de grado de instrucción en el estudio hecho por Carranza, J. y Colab. (41); en su investigación titulada: Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor. Urbanización El Carmen, Chimbote, 2012; cuyo resultado obtenido fue: El 24.4% de los entrevistados tienen un grado de instrucción de primaria completa.

Los resultados difieren totalmente a los encontrados por Ávila, J. (17), en su investigación titulada “Determinantes de la salud en los adultos del caserío Los Olivos de sector “O” – Huaraz, 2013” de tipo cuantitativo, su muestra estuvo conformada por 185 personas adultos, se aplicó el cuestionario sobre determinantes de la salud, y cuyos resultados encontrados fueron: el 57.8% son adultos jóvenes, el 35.7% tienen un grado de instrucción de secundaria completa e incompleta, el 64.3% tienen un ingreso económico menor de 750 soles.

De igual modo estos resultados difieren en factores en el estudio hecho por López, Y. y Colab. (42); en su investigación titulada: estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor. PP.JJ LA UNIÓN,

chimbote.2012; cuyos resultados obtenidos fueron: El 18,2% de los entrevistados tienen ingreso económico de 600 a 1000 nuevos soles.

Seguidamente estos resultados se difieren en factores en el estudio hecho por Aparicio L. y Colab. (43); en su investigación titulada: Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor. Urbanización Casuarinas, Nuevo Chimbote, 2011; cuyos resultados obtenidos fueron: El 36.2% de los entrevistados tienen ingreso económico de 600 a 1000 nuevos soles.

Por otro lado los resultados difieren a lo encontrado por Kise, C. (44), quien realizó un estudio de determinantes de la salud en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas, villa maría – nuevo Chimbote, 2012. Donde se observa en los determinantes de la salud biosocioeconómicos, que el 74,0% (74) son de sexo masculino, ocupación el 43,0% (43) tiene trabajo eventual, el 39,0%(39) sin ocupación. En lo referente a grado de instrucción son casi similares debido a que el 93,0% (93) tiene secundaria completa; ingreso económico el 86,0% (86) menor de 750 Nuevos soles.

De igual modo se difieren en algunos indicadores a los obtenidos por Carrillo, G. (19), en su investigación titulada: Determinantes de la salud de los adultos en el sector “DD” Piedras azules. Huaraz, 2013. Con su investigación de tipo cuantitativa y con un diseño descriptivo. Con una muestra de 130 adultos, teniendo como instrumento el cuestionario sobre determinantes de la salud. Obteniendo los siguientes resultados: según los determinantes de la salud biosocioeconómicos, el 52% son de sexo masculino. Sin embargo se asemeja en el ingreso económico en donde el 80% tiene un ingreso menor de 750 soles.

En la presente investigación se observa que la mayoría de la población entrevistada es de sexo masculino, es decir existen más varones, y según

literaturas investigadas reportan que en la mayoría de países del mundo existen más población masculina que femenina, debido a que a medida que avanzan los años, se presenta una creciente del sexo masculino (45).

El grado instrucción asegura el desarrollo integral y capacita al individuo para el trabajo incentivando su participación activa en el proceso, así como responsabiliza en el cuidado de su salud, familia y comunidad podemos atribuir por, lo tanto, la existencia de un bajo nivel de instrucción en los adultos mayores entrevistados, lo cual implica que el profesional de enfermería debe educar al paciente adulto mayor sobre su autocuidado (46).

En la presente investigación realizada a los adultos mayores, presentan un grado de instrucción de inicial/primaria, por ello condiciona a que no tengan los conocimientos suficientes para ejercer su autocuidado y ello le predispone a muchas enfermedades degenerativas y les lleva al analfabetismo.

A sí mismo en el presente estudio la población adulto mayor tiene un ingreso económico de 750 a 1000 soles siendo un factor que predispone a las necesidades que ellos pueden tener en cuanto a su salud y las de la vida diaria para poder acceder a sus necesidades básicas.

La situación económica del adulto mayor es un aspecto importante que forma parte fundamental en su diario vivir, debido a que en esta etapa de la vida, las dificultades abundan más que en cualquier otra ciclo de la vida, se depende de unos ingresos que no son generados por la actividad que se está realizando sino por la retribución originada en el trabajo, en este caso de pensiones, de aportes familiares o de redes sociales (47).

Así mismo podemos decir que el grado de instrucción, es un factor que garantiza la salud ya que las características y accesibilidad a la educación, puede ayudar a la gente a encarar mejor el medio en que vive (para aumentar sus ingresos, para protegerse mejor contra los riesgos y para modificar su

comportamiento en beneficio de la salud). La educación puede, por tanto, influir en los estilos de vida, que se están transformando rápidamente en muchas ciudades de los países en desarrollo, donde los problemas sanitarios incluyen tanto enfermedades tradicionales del subdesarrollo (principalmente enfermedades transmisibles) como enfermedades del desarrollo (48).

Por otro lado en la investigación realizada se obtuvo que los adultos mayores, tienen una condición de trabajo jubilado, por ello es de aspecto esencial para la vida debido a que es una fuente de sustento para su vida; para algunas personas les va a poder beneficiar como para otras personas no; por lo que es una mensualidad que hay que estar esperando; por lo que no es necesaria para su alimentación, salud y una calidad vida para que pueda tener una adulto mayor.

En la presente investigación tenemos que algunos de los adultos mayores tienen que trabajar ya sea de obreros, comerciantes, estudiantes tanto en superior técnico, universitario, y ama de casa por lo que el adultos lleva tantas preocupaciones en su vida cotidiana que no lo ayuda para su salud .

La jubilación es el reconocimiento, con una pensión, por el trabajo cumplido por años; pero debe continuar en actividad, siempre. Si el trabajo significa hacer de todo un poco, sin depender de horarios, hacerlo de manera honorífica o mejor aún con remuneración, es realmente un privilegio, pero nadie debe “descansar” sino las horas recomendadas, y jamás pensar en negativo (48).

Al finalizar con la tabla se concluye que el adulto mayor del P.J La Esperanza Baja presenta indicadores que afectan de manera negativa a su salud, como el bajo ingreso económico, los adultos mayores no tienen el grado de instrucción adecuada por lo que la mayoría tienen un grado de nivel primaria por lo que el ingreso económico que reciben no es lo necesario para

sostenerse a sí mismos, la mayoría de personas son jubilados, es por ello que este grupo de personas están expuestos a infinidad de problemas o enfermedades, además los adultos mayores son personas que no tienen experiencias o la capacidad de poder asumir con responsabilidad sus actos y no van a poder priorizar la salud no solo de ellos mismos sino de su familia por lo que es necesario identificar los determinantes de salud biosocioeconómico, para que el personal de salud de la jurisdicción pueda intervenir y tener un impacto positivo, tratando de incentivar un estilo de vida saludable y por ende mejorar la calidad de vida de los adultos mayores..

En la tabla N° 02, con respecto a los determinantes de la salud relacionado con la vivienda, se puede observar que el tipo de vivienda de los adultos mayores es el 96.67% tiene vivienda multifamiliar; el 98.33% tiene casa propia; en el material del piso de la vivienda el 52.5% es de tierra; en cuanto al material del techo de la vivienda el 99.17% es material noble, ladrillo y cemento; en caso de material de las paredes de la vivienda el 94.17% son de ladrillo y cemento; así mismo el n° de dormitorios de los adultos mayores el 57.5% es independiente; en caso de abastecimiento de agua de los adultos mayores el 98.33% conexión domiciliaria; de igual manera en eliminación de excretas el 100% tiene baño propio dentro de la vivienda, también el 100% la población manifiestan que el combustible que utilizan para cocinar es el gas, respecto al tipo de alumbrado el 99.17% tiene alumbrado eléctrico permanente; así mismo 99.17% de los adultos mayores disponen su basura en el carro recolector; así mismo también el 55.83% manifiestan que la frecuencia que pasa el carro recolector es todas las semanas pero no diariamente; y por último el 1.67% de los adultos mayores eliminan su basura diariamente.

Estos estudios son similares a la investigación de Abanto Y. (49) en su investigación titulada: Determinantes de la salud en el adulto mayor con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) en el A.H. villa España –

Chimbote, 2013; cuyos resultados fueron encontrados que las viviendas de los adultos mayores son concreto, para las paredes son de material de ladrillo, piedra o cemento, así como también el material de los pisos que predominan los de cemento y tierra.

A si mismo estos resultados se asemejan a los determinantes de la salud en el estudio hecho por Jacinto G. (50); en su investigación titulada: Determinantes de la salud en el en mujeres adultas maduras obesas A.H Villa España – Chimbote, 2012; cuyos resultados obtenidos fueron: El 100% de cuyos resultado son conexión domiciliaria, baño propio, gas, electricidad, energía eléctrica permanente, el carro recolector, todas las semanas pero no diariamente y suelen eliminar en el carro recolector.

Así mismo los resultados son similares a lo obtenido por Garay, N (51), en su estudio Determinante de la salud en la persona adulta de la asociación el morro II. Tacna, 2013. Se observa que en los determinantes de la salud relacionados a la vivienda encontramos que el 89.4 % cuenta con casa propia. En lo que respecta al material del piso el 66.9% cuenta con piso sin vinílico, en relación al material del techo el 64.8% es de material noble, ladrillo y cemento, el 96.2% cuenta con material de las paredes de material noble, ladrillo y cemento, con respecto al abastecimiento de agua el 100% cuenta con conexión domiciliaria y baño propio. En lo que respecta al combustible para cocinar el 98.3% cuenta con gas para cocinar. En lo concerniente a la energía eléctrica el 100% cuenta con energía eléctrica permanente. Con respecto a la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa es diariamente con el 100% y el 86.9% suele eliminar su basura en el carro recolector.

Por otro lado los resultados se aproxima a lo obtenido por Kise . C. (52), quien realizó un estudio de determinantes de la salud en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas, villa maría – nuevo Chimbote, 2012. En el cual se observa que del 100,0% de adolescentes encuestados el

48,0% (48) tienen viviendas propias; material del piso el 98,0% (98) es de cemento; material del techo el 91,0% (91) material noble, ladrillo y cemento, en material de las paredes el 100,00% (100) es de material noble; sin embargo son similares en el abastecimiento de agua debido a que el 100,00% (100) tiene conexión a domicilio; eliminación de excretas el 100,00% (100) tiene baño propio; combustible para cocinar el 91,0% (91) utiliza gas; el 100,00% (100) tiene energía eléctrica permanente; disposición de basura el 100,00% (100) dispone de carro recolector; frecuencia con que pasa la basura por su casa el 92,0% todas las semanas pero no diariamente.

Continuando con los determinantes de la salud relacionados con la vivienda, podemos mencionar que las entrevistadas debido que sus viviendas cuentan con un óptimo material de construcción, por lo tanto la vivienda puede cumplir con sus principales funciones los cuales son: protección, habitabilidad y salubridad, haciendo posible que el material de piso es de tierra de tal manera de que se encuentran con mayor riesgo de enfermedades como alergia y problemas gastrointestinales; pero a su vez las personas están en protección ante el frío, también ayudan a reducir los daños que puedan ocasionar cualquier desastre natural.

No todas las viviendas son diseñadas de la misma manera, pues algunas son de material precario como tierra, por ello están expuestas en una vivienda a ácaros de polvo, alérgicos a la piel, monóxido de carbono, crecimiento de hongos y efectos del plomo las cuales no son beneficiosas si hay ancianos en casa, pueden también causar enfermedades respiratorias, cefaleas, depresión, ansiedad lo que puede conllevar a enfermedades mayores en las personas más vulnerables (53).

Con respecto al número de dormitorios, según la encuesta encontramos que la mayoría de los adultos mayores tienen más de tres dormitorios dentro de su vivienda, por ello podemos mencionar que el derecho a la privacidad e

intimidad que cada persona requiere lo tienen es por ello que en esta variable no encontramos factores que puedan afectar la salud de la población.

Entendemos por habitación al espacio de una vivienda especialmente diseñado para el descanso de uno o más de sus habitantes. El dormitorio es además uno de los únicos espacios donde está implícita la idea de privacidad en comparación con otros espacios de uso común como la cocina, el baño o el comedor. Debido a esto, cada persona decora, arma y ordena su dormitorio de acuerdo a sus preferencias personales, pudiendo diferir muchísimo el estilo entre los miembros de una misma familia, especialmente si hablamos de personas de diversas generaciones (como abuelos, padres o hijos), así como también en términos de género o de número de personas que lo usen (54) .

Una vivienda saludable y adecuada, es una condición que influye de manera favorable a la salud física y emocional de las personas, se contaba con los servicios básicos funcionales (como luz, agua, drenaje, gas, transporte etc.) necesarios para proteger y generar un bienestar en la salud de los adultos mayores.

Al analizar los resultados encontramos que los adultos mayores en su totalidad cuentan con los servicios básicos como (agua, desagüe y electricidad), dentro de la vivienda; así mismo la totalidad de los adultos jóvenes cocinan a gas; al obtener estos resultados se puede decir que este grupo de personas no presentan riesgos a adquirir enfermedades colectivas como (cólera, tifoideas, parasitarias, el dengue, etc.).

La red pública dentro de la vivienda como el agua potable se dice a aquella que llega a los hogares libre de toda impureza, incolora e inodora, es decir en condiciones sanitarias apropiadas para el consumo humano, Los servicio de eliminación de excretas es la instalación para la eliminación de excretas, las cuales son arrastradas hasta la red de cloaca por medio de agua a presión

llegada por tubería. Los servicio eléctrico Público se refiere si la vivienda tiene o no electricidad suministrada por red pública (55).

En nuestro país, según fuentes de la INEI, en nuestro país, indican que el 40,4% de los hogares del país tienen entre sus residentes habituales, personas de 60 y más años de edad (adulto mayor). Por grupos de edad, el 34,7% de hogares están integrados por alguna persona de 60 a 79 años de edad y el 8,6% por alguna persona de 80 y más años de edad. Sin embargo, el 59,6% de los hogares no tienen personas adultas mayores entre los miembros del hogar (56).

Concluyendo con la tabla se puede evidenciar que la población no va tener una vida saludable debido a que va afectar su salud porque la mayoría de adultos mayoría tienen una vivienda que no está bien estructurada y no les va permitir desarrollarse adecuadamente en su vida, y van a presentar riesgos de enfermedades debido a que ellos tienen vivienda precaria que puede generar una alta exposición a infecciones por parásitos intestinales transmitidos por el contacto con la tierra (geohelminths), cuya gravedad no solo reside en su efecto inmediato sobre su salud y nutrición, sino también pueden causar problemas de Salud Mental.. Por otro lado dicha población tiene acceso a servicios básicos lo cual esto va reducir el riesgo de adquirir enfermedades respiratorias.

En la tabla N° 03 con respecto a los determinantes de los estilos de vida de las encuestadas podemos mencionar que el 92.5% no fuman actualmente, ni han fumado nunca, de igual modo el 60.83% manifiestan que la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas es ocasionalmente, así mismo el 92.5% manifestaron que duermen es de 6 a 8 horas, igualmente el 75% se bañan 4 veces a la semana, de igual modo el 96.67% manifestaron que no se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud, del mismo modo el 96.66% realizan actividad física como caminar en su

tiempo libre, así mismo el 97.5% manifiesta que en las dos últimas semanas no ha realizaron actividad física durante de 20 minutos.

De la misma manera con respecto a los alimentos que consumen el 54.17% manifestaron que consumen frutas diariamente, el 80% consumen carne diario, el 47.5% consumen huevos de 3 a más veces a la semana, el 42.5% refirieron que consumen pescado de 1 a dos veces a la semana, el 77.5% consumen fideos diario, el 57.5% consumen pan y cereales diario, el 100% consumen verduras de tres o más veces a la semana, el 60% consumen legumbres de 1 a 2 veces a la semana, el 34.16% consumen embutidos de tres o más veces a la semana, el 44.17% consumen lácteos de tres o más veces a la semana, el 30.84% consumen dulces de 1 a 2 veces a la semana y el 46.66% de los encuestados consumen refrescos con azúcar diario.

Así mismo los resultados de la presente investigación se asemejan a lo encontrado por Gracia. P (57), en su estudio titulado determinantes de la salud en adultos jóvenes varones con adicción a drogas. a.h sr. de los milagros. Chimbote-2012. Los resultados dieron a conocer lo siguiente; el 50% (50) duerme de 8 a 10 horas; el 100% (100) no se realizan ningún examen médico periódico en un establecimiento de salud; el 75% (75) no realiza actividad física en su tiempo libre; el 75% (75) no realizó ninguna actividad física en las dos últimas semanas durante más de 20 minutos;; el 59% (59) consume huevos de 1 o 2 veces a la semana; el 44% (44) consume pescado 3 o más veces a la semana; el 85% (85) consume pan y cereales a diario; el 65% (65) consume legumbres 1 o 2 veces a la semana; el 43% (43) consume lácteos menos de 1 vez a la semana; el 36% (36) consume dulces menos de 1 vez a la semana; el 41% (41) consume refrescos con azúcar a diario; el 89% (89) consumen entre otros tipos de alimentos a diario como frituras y fideos. Sin embargo difieren en lo referente al consumo de cigarro el 58% (58) fuman cigarrillos diariamente; el 55% (55) consume frutas 1 o 2 veces a la semana. Difieren en lo referente al consumo de carne el 50% (50) consume carne 1 o 2 veces a la semana; el 53% (53) consume verduras

y hortalizas 1 o 2 veces a la semana; el 49% (49) consume embutidos menos de 1 vez a la semana, de igual manera en lo referente al baño el 65% (65) no se baña; el 57% (57) consume bebidas alcohólicas 1 vez a la semana

Estos resultados se relacionan en algunos indicadores encontrados por Bersia, M. (58); en su investigación titulada: Hábitos alimenticios en mujeres Adultas mayores que realizan quagym en la ciudad de Rosario, cuyos resultados obtenidos fueron: el 98% de las entrevistadas no fuman, el 64% consumen lácteos todos los días, el 84% consumen huevos de 2 a 4 veces a la semana, el 76% consumen carne e 2 a 4 veces a la semana.

La investigación es similar al estudio de Cuevas A, Vela O. Carrada B. (59) En su investigación titulada Identificación de factores de riesgo en familiares de enfermos diabéticos tipo 2, encontraron que quienes consumen tres bebidas alcohólicas diarias tienen un riesgo de 33% a 56% menos de padecer diabetes (consumo moderado), sin embargo, quienes consumen más de tres bebidas al día tienen 43% más riesgo de enfermarse de diabetes, probablemente debido a la mayor ingesta calórica que propicia obesidad.

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

Por otro lado estos resultados difieren con los resultados encontrados por Palenzuela, S. (61); en su investigación titulada: Hábitos y conductas relacionado con los estudiantes del 6to de primaria de la provincia de Córdoba, cuyos resultados fueron: El 37.4% de los entrevistados consumen embutidos diariamente, el 62% consumen pescado semanalmente, el 64.5% consumen legumbres semanalmente, el 43% consumen verduras semanalmente, el 12.6% consumen pan rara vez o casi nunca, el 17.5% consumen refrescos con azúcar una vez a la semana y por último el 14% consumen pastas diariamente.

En la presente investigación se encontró que los adultos mayores no fuman aunque en el consumo de las bebidas alcohólicas, beben ocasionalmente; a no ser que se consuma en exceso, dentro de sus beneficios podemos mencionar que nos permite tener una mejor conservación de la salud, un mayor rendimiento físico y estado emocional de la persona, a la vez produce un menor riesgo de contraer ciertas enfermedades como el cáncer, infarto del miocardio, entre otras enfermedades.

El hábito de fumar resulta adictivo, perjudica la circulación sanguínea, acarrea problemas respiratorios y no sólo eso, sino que además tiene efectos negativos sobre nuestra estética. Por su parte, el alcohol es un poco diferente, pues algunas bebidas no sólo ofrecen calorías y etanol, sino propiedades que sí pueden beneficiarnos, por ello, el planteo no es eliminar las bebidas alcohólicas, sino beber menos. El alcohol con moderación puede incluirse como parte de una dieta saludable, sin embargo, en exceso puede propiciar carencias nutricionales, puede ser un obstáculo para perder peso e incluso, puede hacernos engordar y envejecer rápidamente (62).

Según la Organización Mundial de la Salud la gran mayoría de los consumidores de tabaco que hay en el mundo adquirieron el hábito en su adolescencia. Se estima en unos 150 millones los jóvenes que consumen tabaco actualmente, y esa cifra está aumentando a nivel mundial, especialmente entre las mujeres jóvenes. La mitad de esos consumidores

morirán prematuramente como consecuencia de ello. La prohibición de la publicidad del tabaco, el aumento de los precios de los productos de tabaco y la adopción de leyes que prohíben fumar en lugares públicos reducen el número de personas que empiezan a consumir productos de tabaco. Además reducen la cantidad de tabaco consumida por los fumadores y aumentan el número de jóvenes que dejan de fumar (63).

Las personas mayores encuestadas tienen menos requerimientos de calorías que las personas que realizan ejercicios constantes o que siguen una rutina de trabajo diaria. Es importante tener en cuenta que las personas mayores que tienen alguna enfermedad deben consumir más proteínas, porque si sufren alguna herida esta tardará más tiempo en sanar si hacen lo contrario.

En cuanto a los entrevistados podemos mencionar que los adultos mayores se bañen solamente 4 veces a la semana les hace propensas a no tener una buena higiene, por lo tanto podrían tener efectos dañinos sobre la salud de la piel, cuero cabelludo y cabellos, como son el tener un mal olor, aparición de seborrea, pediculosis, hongos en la piel, a la vez de brindar una mala apariencia.

El baño diario es una parte fundamental del aseo personal de cualquier persona sin importar su edad; es por ello que tal práctica debe asegurarse como una rutina obligatoria. La piel y el cabello son barreras de protección contra el medio ambiente que absorben impurezas y gérmenes que pueden infectar el cuerpo a través de cualquier raspón o herida. El baño sirve para eliminar células muertas, así como secreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas. La limpieza de la piel y los genitales evita el mal olor. Es recomendable cambiarse la ropa después del baño, especialmente la ropa interior. Además de todas las ventajas de salud que reporta, el baño es una actividad relajante porque estimula la circulación sanguínea (64).

En los adultos mayores encuestados, no realizarse ningún chequeo médico periódicamente están propensas a que no se diagnostique ni traten en ellas

de manera oportuna y tempranamente ciertas enfermedades silenciosas relacionadas con el sistema cardiovascular como la diabetes e hipertensión, a la vez no podrán modificar los factores de riesgo que tengan presentes dentro de su estilo de vida, así mismo los daños que ocasionen las enfermedades en la salud de ellas pueden ser mayores y a no tener un estilo de vida saludable.

Alejandro R. (65), es muy importante que toda persona se realice un chequeo médico para detectar problemas potenciales, sin importar si se siente bien. Según los expertos hasta un 90% de las patologías se han encontrado por medio de la medicina preventiva. Por ejemplo, la mayoría de las personas que sufren de hipertensión ni siquiera lo saben. De igual manera, los niveles altos de colesterol y de glicemia con frecuencia no producen ningún síntoma hasta que la enfermedad se encuentra avanzada y ocasiona daños cardiacos.

A la misma vez, los resultados obtenidos en relación a hábitos alimenticios es un elemento importante en la buena salud, influye la calidad de los alimentos, la cantidad de comida y los hábitos alimentarios para un bienestar del ser humano; así mencionan que la modificación de los factores de riesgo y la adopción de comportamientos favorables a la salud, como el ejercicio y las dietas saludables, describen también que anteriormente existía también la idea de que las personas adquirirían algunos hábitos nocivos por el mero hecho de llegar a la vejez.

Los hábitos alimenticios son hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación. Llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente, acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas (66).

Para concluir con esta tabla de los determinantes de estilos de vida se puede decir que los adultos mayores del P. J. La Esperanza Baja tiene una estilo

de vida de consumo de alimentos saludables y realizan poco ejercicios, por lo que las bebidas alcohólicas pueda ser un problema para salud por lo que también beben ocasionalmente y posiblemente en un futuro puede deteriorar o afectar su salud desencadenando enfermedades como la obesidad, sedentarismo, hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares entre otras. Es por ello importante identificar a tiempo para que el personal de salud pueda intervenir oportunamente y a la vez pueda mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

En la tabla N°04, 05 y 06: De acuerdo con los encuestados de los determinantes de las redes sociales y comunitarias podemos mencionar que el 100% se atendieron estos últimos 12 meses en el puesto de salud, así mismo el 63.34% el lugar donde se atendieron está regular de su casa , igualmente el 100% tienen como tipo de seguro al SIS – MINSA, de la misma manera el 66.67% de los entrevistados consideran que su tiempo de espera para que los atendieran fue largo, seguidamente el 63.33% consideran que la calidad de atención que recibieron fue buena, seguidamente el 60% consideran que si existe pandillaje cerca de su comunidad, de la misma manera el 100% no recibió ningún tipo de apoyo social natural, ni tampoco reciben ningún apoyo organizado y por último el 100% recibe apoyo social de las organizaciones del vaso de leche.

Los resultados encontrados se aproximan a los de Román R. (83), Titulada: determinantes de la salud en niños menores de 5 años, a.h “Bellavista” – Nvo Chimbote, 2012, 81.4% (57) no recibe algún apoyo social natural, así mismo son similares 100% (70) no recibe algún apoyo social organizado, el 85,7% (78) no recibe ningún apoyo social de las organizaciones.

De la misma manera, estudios similares como Salinas A, Manrique B, Téllez M. (69), en su estudio titulado Redes de apoyo social a la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades, encontraron que 4% de los hombres y el 3% de las mujeres

no cuentan con red de apoyo y que, de éstos, un alto porcentaje (68 y 78.2, respectivamente) viven ya sea con su pareja o con otros familiares. Es decir, a pesar de no vivir solos manifiestan la carencia de una red de apoyo.

Así mismo los resultados obtenidos se asemejan en los resultados obtenidos por Soria, B. (70), en su investigación titulada: Determinantes de la salud en adolescentes embarazadas que acuden al puesto de salud Miraflores Alto. Chimbote _ 2012, cuyo resultado obtenido fue que el 100% de las entrevistadas no recibió ningún apoyo social organizado.

De igual manera los resultados encontrados en la presente investigación difieren a lo encontrado por Vilma, P. (71). Cuya investigación es titulada factores biosocioeconómicos del adolescente pandillero en la urb. San José – Piura, Se aprecia que el 75% adolescentes pandilleros son de sexo masculino pero hay que resaltar que un 25% de ellos son mujeres, lo que indica la presencia de las mujeres en las pandillas juveniles.

Estos resultados se difieren en el indicador de la institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses, en la investigación realizada por Pacheco, C. (72), en su investigación titulada Los determinantes de la salud percibida en España, donde el 54.4% de la población de la población se atendió en estos últimos 12 meses en hospital.

En el presente estudio se observa de los determinantes de las redes sociales y comunitarias, con respecto a tipo de seguro que tienen las entrevistadas, que la persona cuando tiene seguro es menos susceptible a sufrir de alguna enfermedad y tiene una mejor calidad de vida, puesto que va a poder acudir a una consulta médica cuando se sienta mal si tiene SIS, y no es necesario tener en ese momento disponibilidad económica, debido a que este tipo de seguro es gratuito, a la vez genera un mayor acceso a los servicios de salud.

La mejora de la calidad en la atención al usuario es un reto muy importante para el Seguro Integral de Salud (SIS). Teniendo en consideración que un

buen grupo de pacientes acuden de diferentes zonas del país, por lo que es necesario fortalecer la calidad "relacional", incluyendo la relación con los profesionales tanto del SIS como de los servicios de salud, la comunicación con ellos, la información que se les facilita y cómo se les facilita, la capacidad de escucha, las habilidades para ofrecer consejo o para inducir cambios. Teniendo en cuenta que la mayor parte de las quejas de los usuarios no se deben a problemas de competencia técnica, sino a problemas de comunicación (73).

Con respecto a la cercanía del lugar donde lo atendieron, se puede mencionar que el tener una institución de salud regular a la casa garantiza que se reciba una atención inmediata y oportuna, en la cual se cubran las necesidades y demandas del usuario en el momento que lo necesite.

Escalona, A. (74), menciona que la accesibilidad geográfica es entendida como la derivada de la localización espacial y la localización de unos servicios que están situados en los puntos fijos del espacio, la accesibilidad a las fuentes de satisfacción de necesidades, como son en este caso los servicios básicos de salud, constituye para las poblaciones una forma de "Renta real" o de lo que hoy se hace llamar calidad de vida.

Se puede mencionar que debido a la existencia de pandillaje cerca de la comunidad se puede ver afectada la salud física y psicológica de las personas, debido a que sus habitantes viven siempre en constante incertidumbre, miedo y preocupaciones por lo que le pueda suceder al salir a la calle, a la vez estén expuestas a sufrir agresiones físicas, robos y asaltos de parte de los miembros de las pandillas.

La violencia de las pandillas tiene un impacto particularmente negativo en áreas de bajos ingresos y barrios locales. Las lesiones y traumas físicos son los efectos evidentes de la violencia para los involucrados. Sin embargo, hay efectos psicológicos. Las personas que están expuestas a la violencia relacionada con las pandillas frecuentemente pueden desarrollar trastorno de estrés postraumático. Este trastorno se caracteriza por un

comportamiento desorganizado, ansiedad, pesadillas y paranoia, los cuales pueden experimentar depresión, la ira, la desconfianza, la alienación y temor (75).

Se puede mencionar que si la persona no recibe ningún apoyo social natural estarán más expuestas sufrir de un problema de estrés, a no tener una buena aptitud y capacidad de resolución y adaptación personal ante ciertos problemas que afecten gravemente su salud, así mismo se ven expuestas a que no se satisfagan todas sus necesidades y no se sientan protegidas.

Se encontró que en el presente estudio de Lorenzo Z. (76), titulado comportamiento del sistema de redes de apoyo social en ancianos que sufren la conducta suicida. Menciona que el apoyo social tiene para la vejez beneficiosos efectos para la salud y su bienestar. Este no debe ser visto sólo como transacción de ayuda material, sino también como aceptación, afecto y afirmación. En el contexto social se tiende muchas veces a sobrevalorar la ayuda económica como apoyo real, y subvalorar los aspectos de ayuda afectiva y moral, sin tener en cuenta si las necesidades reales que tiene la persona, en el momento del apoyo, son materiales o psicosociales.

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

La importancia del apoyo social radica y puede influir positivamente, y de forma directa, sobre la salud y el bienestar en la medida que contribuye a satisfacer necesidades humanas como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima y afecto. En este sentido, los efectos positivos de apoyo

social sobre la salud pueden compensar los negativos del estrés y brindar mayor soporte. Por el contrario, la pérdida o ausencia de apoyo especialmente por parte de la familia, asociada a las diferentes fuentes de estrés que pueden presentarse en la vida de la persona como una enfermedad, minusvalía, pérdida de un ser querido, cambios de rol, etc., pueden interactuar, potenciándose y creando un alto nivel de vulnerabilidad individual (77).

Finalmente se concluye que la salud es lo más valioso que posee un ser humano, por ello, su cuidado y la prevención de cualquier enfermedad debe ser una prioridad, especialmente en el aspecto emocional ya que los adultos mayores no recibe ningún apoyo natural; por ello es importante realizar un control y prevención de nuestra salud, para poder llevar una vida más saludable que los adultos puedan tener una mejor calidad de vida. Otro punto a tratar es el pandillaje que es un tema muy importante para la sociedad ya que no precisamente les ayuda de manera positiva, si no, negativa ya que cambian el carácter de una persona o inducen a la gente de distintas edades a participar en situaciones de máxima violencia delincuente, y lo peor que a veces no existe alguna alternativa, o tienes que pertenecer a una o a otra porque no puedes tener una decisión neutral y a eso se le llama violencia.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

- Menos de la mitad de los adultos mayores, tienen un grado de instrucción de primaria y una ocupación de jubilación; más de la mitad tienen un ingreso económico de 751 a 1000 soles mensuales. En relación a la vivienda, la mayoría tiene vivienda propia, material del piso de tierra, material del techo de concreto, material de paredes de ladrillo, dormitorios independientes; en su totalidad en abastecimiento de agua, eliminación de excretas tiene red pública dentro de la vivienda, el combustible que usan para cocinar es el gas, el tipo de alumbrado es eléctrico, separan la basura en su casa, la frecuencia de recojo de basura es todas las semanas pero no diariamente y la eliminación es en el carro recolector de basura.
- La mayoría no fuma, realiza actividad en su tiempo libre lo que es caminar, el número de hora que duerme es 6 a 8 horas, consume pescado y legumbres de uno a dos veces a la semana, consume frutas, pan, cereales, frituras, verduras y hortalizas a diario, huevos, lácteos de 3 a más veces a la semana; más de la mitad manifiesta que el consumo de bebidas alcohólicas es ocasionalmente no se realiza un examen médico periódico, no se realizan algún examen médico periódicamente en algún establecimiento de salud; la gran mayoría se baña 4 veces a la semana, la totalidad de adultos mayores manifiestan que consumen carne, fideo, refresco con azúcar a diario, realizan ejercicios por más de 20 minutos que es caminar.

- La totalidad no recibieron ningún tipo de apoyo social natural, no recibieron ningún apoyo social organizado, pero si reciben apoyo organizado, se atendieron en los últimos 12 meses en un puesto de salud y mitad tienen como tipo de seguro al SIS - MINSA; más de la mitad de los entrevistados considera que si existe pandillaje cerca de sus casas; la mayoría de los entrevistados el tiempo de espera es largo y la calidad de atención fue buena y considera que el establecimiento de salud donde se atendieron está regular de su casa.

5.3. Recomendaciones:

- Dar a conocer los resultados obtenidos en relación a los determinantes de la salud biosocioeconomicos a las autoridades del Puesto de Salud de “La Esperanza Baja” y a las autoridades del distrito de Chimbote, para que puedan formular estrategias e intervenciones que ayuden a mejorar la salud de las personas, debido a que si estos determinantes se ven afectados pueden condicionar a que las personas estén predispuestas a ciertas enfermedades que perjudiquen su salud.
- El personal de salud de “La Esperanza Baja” deben realizar actividades preventivas _ promocionales dentro del P.J.; en coordinación con las autoridades y líderes de la comunidad, y puedan obtener una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta los resultados obtenidos sobre los determinantes de la salud relacionado con la vivienda.
- Se debe fomentar en los estudiantes a que realicen estudios sobre determinantes en la salud de las personas, tomando en cuenta los resultados obtenidos en esta investigación, con la finalidad de realizar un mejor trabajo de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conceptos. Condiciones de vida [Página en internet] [Citado el 2014 Julio 8]. Disponible desde el URL: <http://deconceptos.com/ciencias-sociales/condiciones-de-vida>
2. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista. Cubana. Salud Pública .2004; 30 (3): 13-16.
3. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. En Sociología- Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
4. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS;2006.
5. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants ofHealth. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants ofHealth. May 5, 2005.
6. Tarlov A, Social determinants of Health: the sociobiological transition, BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D (eds), Health and Social Organization.London. Routledge. Pp. 71-93.
7. LipLicham, C; Rocabado, F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericanade la Salud; 2005. 84 pp.
8. Gonzalo Valdivia Cabrera. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica deChile ;1994; 23:18-22

9. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302.
10. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.
11. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar , editorial; 2008
12. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
13. Dirección de promoción de la Salud. Sistema de Vigilancia Comunal (SIVICO). Fichas familiares del centro poblado La Esperanza Baja. Puesto la Esperanza Baja. Chimbote. 2012
14. Gonçalves M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre.. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006
15. Tovar L, García G. “La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”. Colombia. Agosto 2006. Nro. 027. 2004.
16. Rodríguez M: Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.
17. Avila, J. Determinantes de la salud en los adultos del caserío Los Olivos de sector “O”-Huaraz, 2013; [Informe de tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2014.

18. Carrillo, G. Determinantes de la salud de los adultos en el sector “DD” Piedras azules. Huaraz, 2013. [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Huaraz: ULADECH _ Católica; 2013.
19. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. 2008. Universidad Nacional del Santa. Chimbote, Artículo científico.
20. Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial.
21. Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud. OPS.: Washington; 2009
22. Dalhigren, G. Whitehead, M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006.
23. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
24. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed .Mexico: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
25. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.

26. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 páginas]. Disponible en URL:<http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>
27. Pérez Díaz Julio. Instituto de Económica, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Grupo de Investigación de Dinámicas demográficas. CSIC. 2009 disponible en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/demografia/glosario.htm>
28. OPS, OMS Y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>
29. Eusko Jaurlaritz. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID
30. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM): México; 2010. Disponible en:<http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
31. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
32. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010.

- México. 2011. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf
- 33.** Torre Pacheco. [página en internet]. España: Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios; ©2010 [actualizado 22 Sep 2010; citado 22 Sep 2010]. Disponible en http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf
- 34.** Wales J. Discurso en Keynote, Wikimania, Agosto de 2006. Disponible en: URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Alimentaci%C3%B3n>
- 35.** Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf
- 36.** Sánchez Isla L.: “satisfacción en los servicios de la salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Título para optar el grado de médico cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en : <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
- 37.** González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
- 38.** Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20de%20instrumento.htm>.

39. Martínez N y colb. Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm
40. Abanto Y. A. Determinantes de la Salud en el Adulto Mayor con enfermedades Crónicas (Diabetes, Hipertensión) en el A.H. Villa España – Chimbote, 2013 [Tesis para optar el título profesional de Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
41. Carranza B. J. Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor. urbanización el Carmen, Chimbote, 2012. [Tesis para optar el título profesional de Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.
42. Yobar L. C. Estilo de Vida y Factores biosocioculturales del Adulto Mayor. PP.JJ La Unión, Chimbote [Tesis para optar el título profesional de Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.
43. Aparicio L. P. Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor. Urbanización Casuarinas, Nuevo Chimbote, 2011 ene.-jun. 2011, vol.2, no.1 [citado 15 Julio 2014], p.131-146. Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222230612011000100012&lng=es&nrm=iso. ISSN 2222-3061.
44. Kise,C. determinantes de salud en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas en el A.H. Villa María - Nuevo Chimbote, 2012// tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Nuevo Chimbote: Universidad Católica. 2012.Disponible en <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000033268>
45. Martínez R. Estudio sobre condiciones de vivienda y salud. Madrid: Vallecas; 2001.

46. Serna R, Factores socio-culturales que influyen en la transmisión de blstotocysti hominis en dos parroquias del municipio girardot del estado Aragua. (agosto diciembre 2001 y enero febrero 2002) [Apuntes en internet]. 2003. [citado 2005]. Disponible en URL: http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/b_hominis.pdf
47. Instituto nacional de estadística e informática. Censo nacional 2007: XI de población VI de vivienda. [Enlace en internet]. 2007.[Citado 01 Junio 2012]. Disponible en URL:<http://desa.inei.gob.pe/censos2007/tabulados/>
48. INEI. Situación del adulto mayor. Viviendas que ocupan los adultos mayores en el Perú. [Página en internet]. 2013. [Actualizado sep 2013]; 33 – 62.
49. Abanto Y. A. Determinantes de la Salud en el Adulto Mayor con enfermedades Crónicas (Diabetes, Hipertensión) en el A.H. Villa España – Chimbote, 2013 [Tesis para optar el título profesional de Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
50. Gonzalo C. J. Determinantes de la Salud en Mujeres Adultas Maduras Obesas A.H Villa España Chimbote. 2012 [Tesis para optar el título profesional de Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
51. Garay, N. determinantes de salud en la persona adulta de la Asociación el Morro II de Tacna 2013// tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Morro II de Tacna: Universidad Católica de Chimbote. 2012. Disponible en <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000032856>
52. Kise,C. determinantes de salud en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas en el A.H. Villa María - Nuevo Chimbote, 2012// tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Nuevo Chimbote: Universidad Católica. 2012.Disponible en <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000033268>

- 53.** Cepada L, Garza R, Vega D. en su estudio titulado el fenómeno del envejecimiento de la población en el estado de Nuevo Leon. México. 2006. Disponible en: http://www.nl.gob.mx/pics/pages/cuadernos_cds_base/libro_programaadultomayor.pdf
- 54.** Hernández R. Cuba: la situación económica de los adultos mayores. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Córdoba: ALAP; 2008
- 55.** Zeballos C. Estudio sobre saneamiento básico en la población de Maynas- Loreto [trabajo para optar el título de Medicina]. Perú: Universidad Nacional de Loreto; 2012.
- 56.** INEI. Situación del adulto mayor. Viviendas que ocupan los adultos mayores en el Perú. [Página en internet]. 2013. [Actualizado sep 2013]; 33 – 62.
- 57.** García, P. Determinantes de la salud en adultos jóvenes varones con adicción a drogas. A.H Sr. De los Milagros. Chimbote-2012// Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Chimbote: Universidad Católica de Chimbote.212. disponible en <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000033258>
- 58.** Bersia, M. Hábitos alimenticios en mujeres Adultas mayores que realizan quagym en la ciudad de Rosario. [Tesis para obtener el título de Licenciada en Nutrición]. Rosario: Universidad Abierta Interamericana.2011
- 59.** Cuevas-Álvarez N, Vela-Otero Y, Carrada-Bravo T. Identificación de factores de riesgo en familiares de enfermos diabéticos tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006; 44(4):313-320.
- 60.** Sánchez. M. Hábitos deportivos y actividad física en jóvenes de 20 a 29 años de edad: propuesta del marketing deportivo como herramienta empleada por el gobierno federal para hacer frente al problema de sobrepeso y obesidad” en Chile.

61. Palenzuela, S. Hábitos y conductas relacionados con la salud de los escolares de 6to grado de primaria de la provincia de Córdoba, 2010 [Tesis doctoral]. Córdoba: Universidad de Cordova.2010.
62. Contreras M. [Página en internet]. Perú: Alimentación y nutrición balanceada; ©2009 [actualizado 22 Sep 2010; citado 22 Sep 2010]. Disponible en: <http://yeimar-contreras.blogspot.com/>
63. Organización Mundial de la Salud. Riesgos para la salud de los jóvenes. Agosto del 2011. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
64. Algo Más México. [Página en internet]. México: Por qué es importante bañarse ©2007 [actualizado 18 Jun 2007; citado 18 Jun 2007]. Disponible en: <http://jojoi.wordpress.com/2007/06/18/%C2%BFpor-que-es-importante-banarse/>
65. Ruiz P.. [Página en internet]. Perú: Chequeo Médico ©2012 [actualizado 15 Jul 2012; citado 15 Jul 2012].<http://www.contigosalud.com/chequeo-medico-que-incluye>
66. Girón D. Los Determinantes de la Salud percibida en España 2012 [Tesis para optar al grado de doctor]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010.
67. Salinas A, Manrique B, Téllez M. Redes de apoyo social a la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades. Revista de la sociedad peruana de HTA volumen III. Revista de la sociedad peruana de HTA. Lima: 2004.
68. Cristy S. B. Determinantes de la Salud en Adolescentes Embarazadas que acuden al Puesto de Salud Miraflores Alto. Chimbote [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.

- 69.** Fernández B. La Calidad de vida: Las condiciones diferenciales, condición de trabajo del adulto mayor. *La Psicología en España*, 2 (1), 57-65.
- 70.** Honores, Y. [página en internet]. Argentina: Hábitos Alimenticios; © 2013 [citado 15 Dic 2013]. Disponible en: https://www.williner.com.ar/fe/es/habitos_alimentarios.aspx
- 71.** Vilma, P. Factores biosocioeconómicos del adolescente pandillero en la urb. San José – Piura
- 72.** Pacheco C, Derechos Humanos Vivienda Digna y No Digna 2 [Uladech Católica 2014] Disponible en URL: <http://es.scribd.com/doc/230057729/Derechos-Humanos-Vivienda-Digna-y-No-Digna-2>
- 73.** Escalona O. A. Accesibilidad Geográfica de la Población rural a los Servicios básicos de Salud. *Arch Med Fam*. 2012; 1(1): 1-179.
- 74.** Benjamin Y. España. [Página en Internet].España: Efectos de las Pandillas juveniles en la violencia juvenil ©2010 [actualizado 02 May 2010; citado 02 May 2010]. Disponible en: http://www.ehowenespanol.com/efectos-violencia-pandillas-salud-social-info_194547/
- 75.** Martínez Z, Alimentación saludable. Disponible en <http://nuevoestilodevida.com/que-es-una-alimentacion-saludable/>

- 76.** Lorenzo Z. Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en ancianos que sufren la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet].2004 [citado 2008]; 20: 5-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252004000500005&lng=es
- 77.** La organización mundial de salud [página en internet]. Mexico: Viviendas saludables. [Citado 05 Nov 2014]. Disponible http://www.madridsalud.es/temas/senderismo_salud.php

ANEXO 01



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN LAS MADRES DE FAMILIA DEL A.H. BELEN - NUEVO CHIMBOTE

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona:

Dirección:

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

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

2. Edad:

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

3. Grado de instrucción:

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

4. Ingreso económico

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

5. Ocupación:

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

6. Condición de empleo de trabajo

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

7. Vivienda

7.1. Tipo:

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

7.2. Material del piso:

- Tierra ()
- Cemento ()

- Cerámica ()
- Madera ()
- Otros ()

7.3. Material del techo:

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

7.4. Material de las paredes:

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

7.5. Cuantas habitaciones se usan exclusivamente para

Nº de habitaciones:

8. Abastecimiento de agua:

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

9. Desagüe:

- Red pública dentro de la vivienda ()

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

10. Combustible para cocinar:

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

11. Tipo de alumbrado:

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

12. En su casa separan la basura:

Si () No ()

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

1. ¿Actualmente fuma?

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

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

Si () No ()

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

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

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

Si () No ()

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

Caminar () Deporte () Gimnasia ()

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

Si () No ()

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

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

5. DIETA:

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

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

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

Si () No ()

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

Si () No ()

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

Si () No ()

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

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

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

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

Muchas gracias, por su colaboración!!

ANEXO N° 02

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

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

Tabla 1

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

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

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

Tabla 2

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

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	N(n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
Coefficiente de validez del instrumento														0,998

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO DEL PERÚ**

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO: _____

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE: _____

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA			ADECUACIÓN (*)				
	¿La habilidad o conocimiento medido por este reactivo es....?			¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
4 DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P4								
Comentario:								
P5								
Comentario:								
P6								

Comentario:									
P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
Comentario:									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									

P14									
Comentario:									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentario:									
P18									
Comentario									
P19									
Comentario									
P20									
Comentario									
P21									
Comentario									
6 DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario:									
P25									

Comentario:									
P26									
Comentario:									
P27									
Comentario:									
P28									
Comentario									
P29									
Comentario									
P30									
Comentario									

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

Gracias por su colaboración.

ANEXO N° 03

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

ANEXO N° 04



UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO:

DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES

P.J. LA ESPERANZA BAJA - CHIMBOTE, 2013

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

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

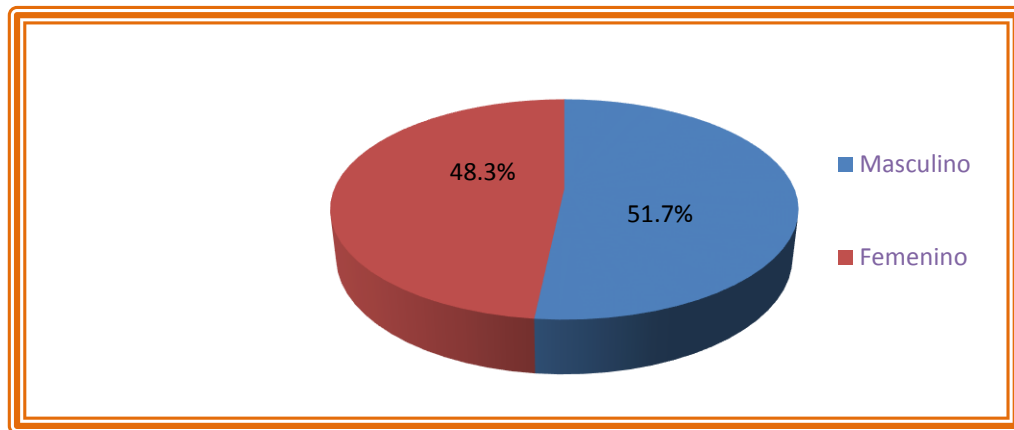
FIRMA

ANEXO N° 05

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013

GRÁFICO N° 01

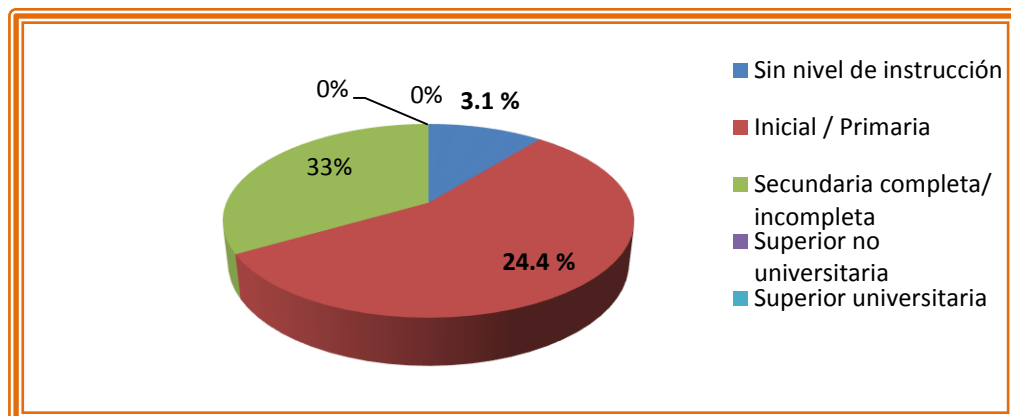
SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 01

GRÁFICO N° 02

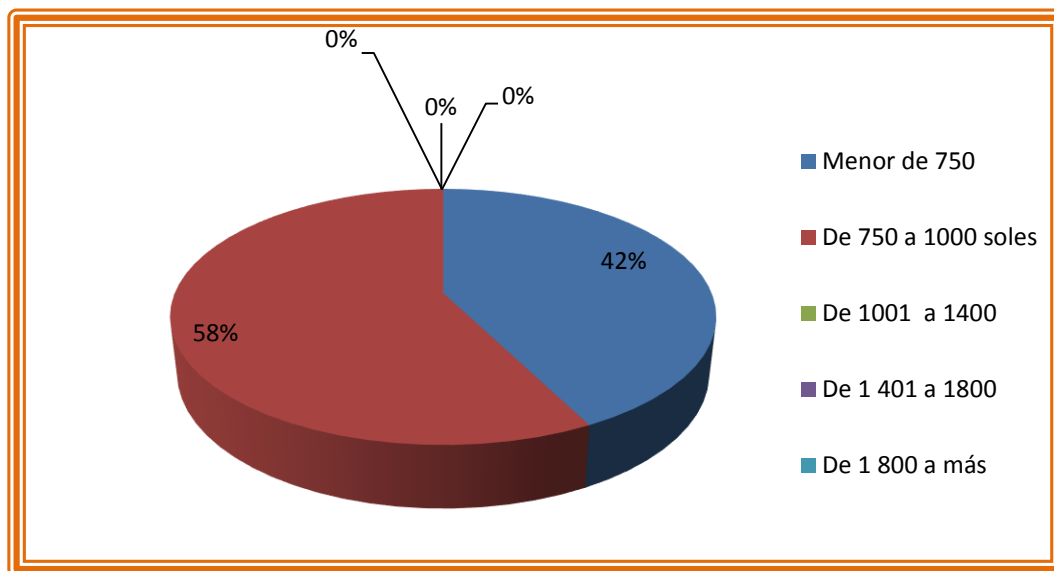
SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 01

GRÁFICO N° 03

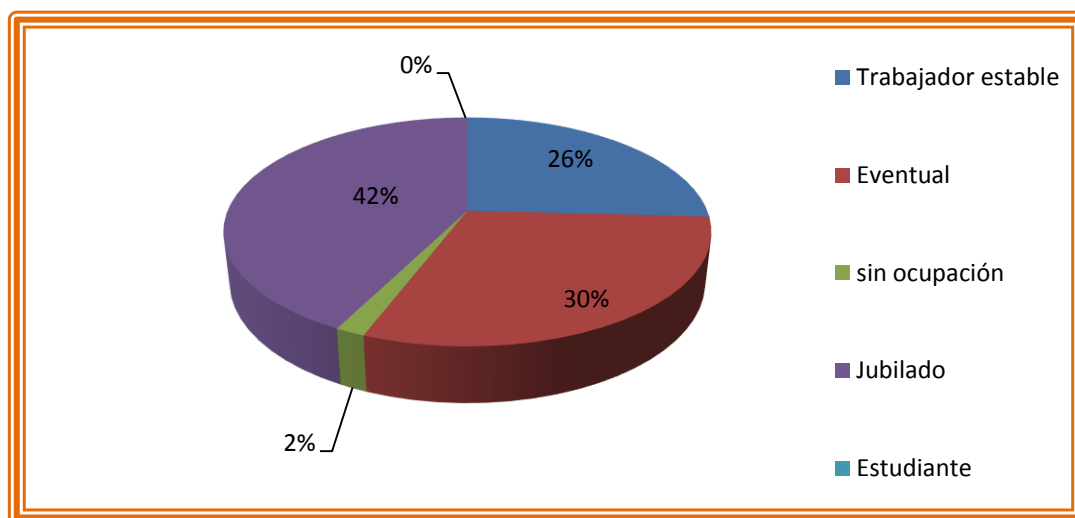
SEGÚN INGRESO ECONOMICO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 01

GRÁFICO N° 04

SEGÚN OCUPACION DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE

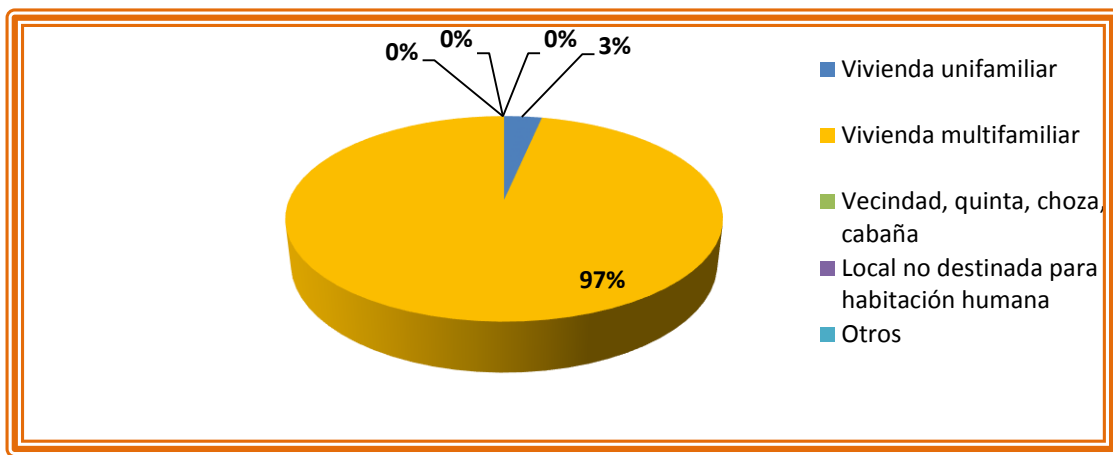


Fuente: Tabla 01

**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA
DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA –
CHIMBOTE, 2013**

GRÁFICO N° 05

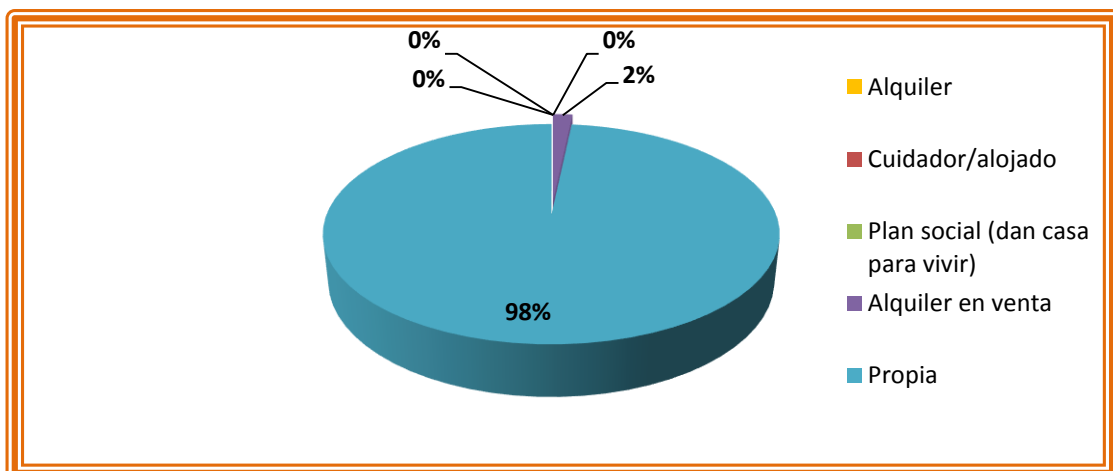
**SEGÚN TIPO DE VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA
ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013**



Fuente: Tabla 02

GRÁFICO N° 06

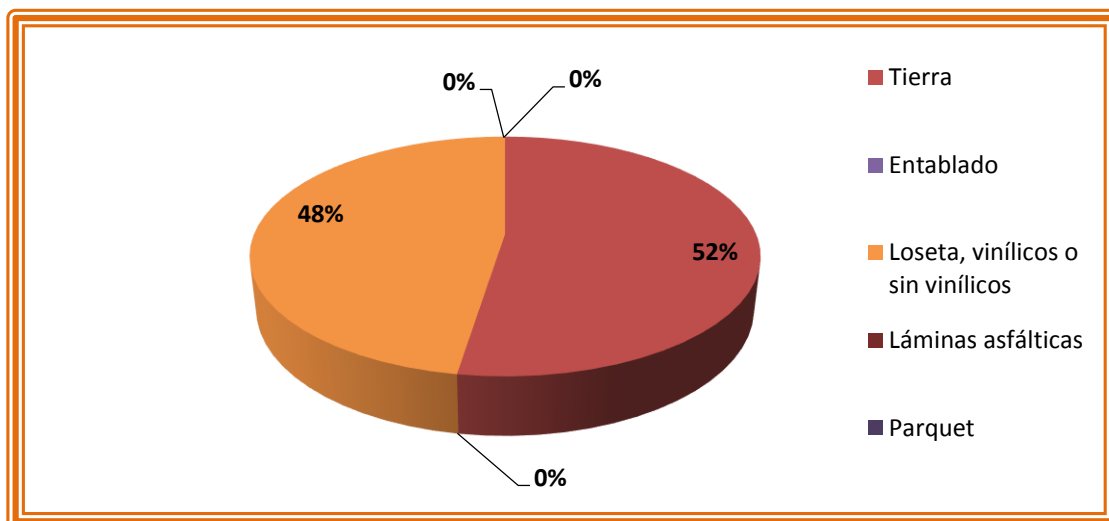
**SEGÚN TENDENCIA DE VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL
P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013**



Fuente: Tabla 02

GRÁFICO N° 07

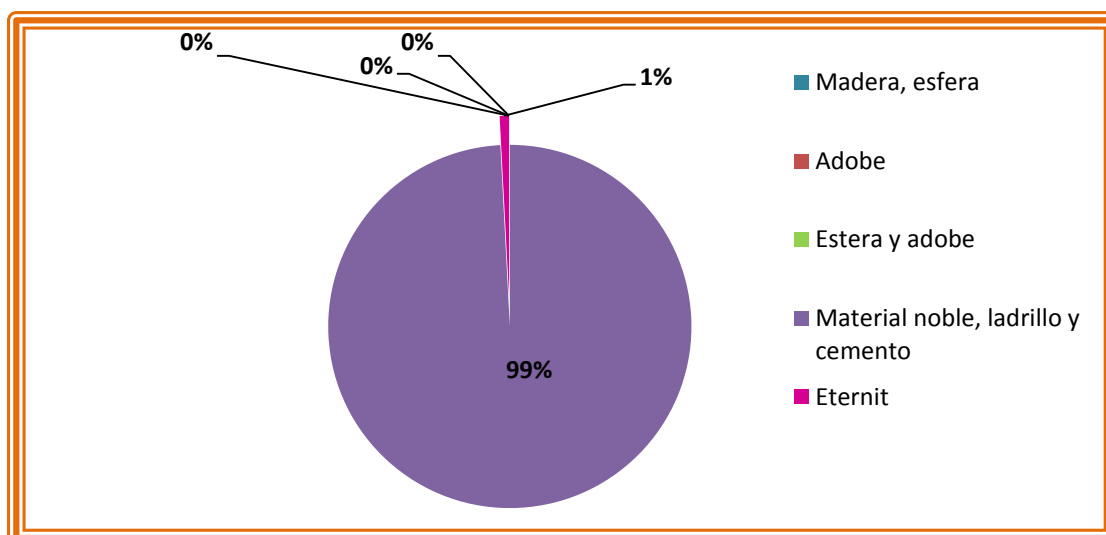
SEGÚN MATERIAL DE PISO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 02

GRÁFICO N° 08

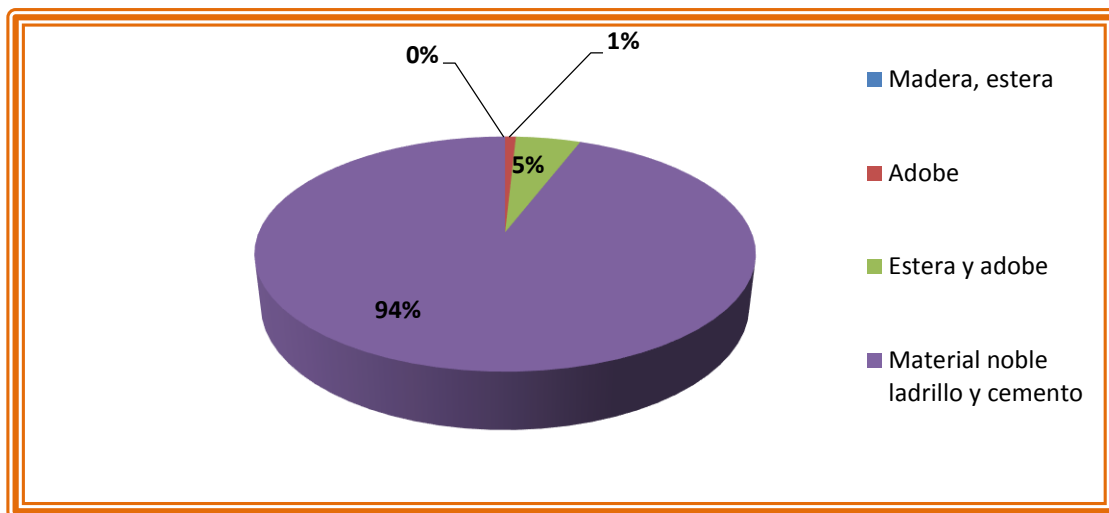
SEGÚN MATERIAL DE TECHO DE LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 02

GRÁFICO N° 09

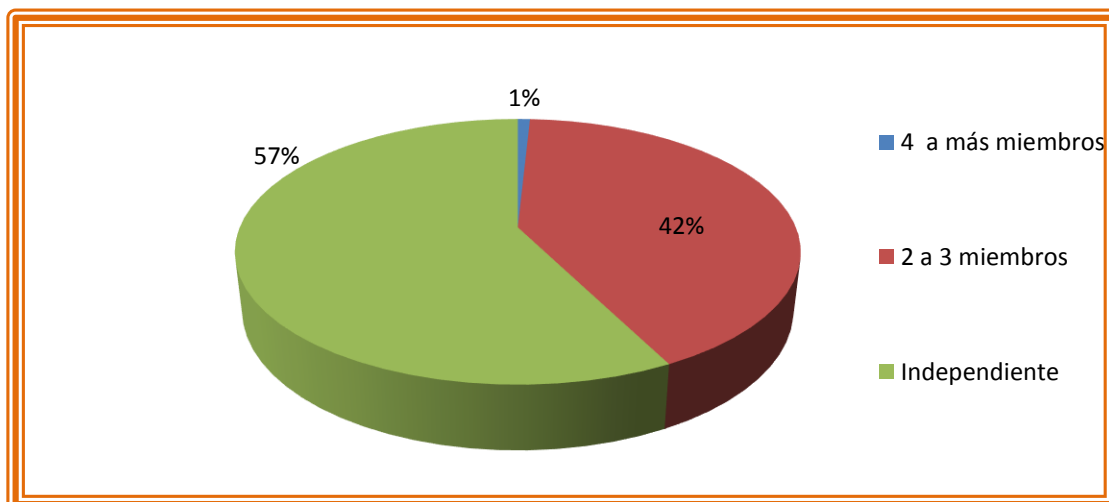
SEGÚN MATERIAL DE PAREDES DE LAS VIVIENDAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 02

GRÁFICO N° 10

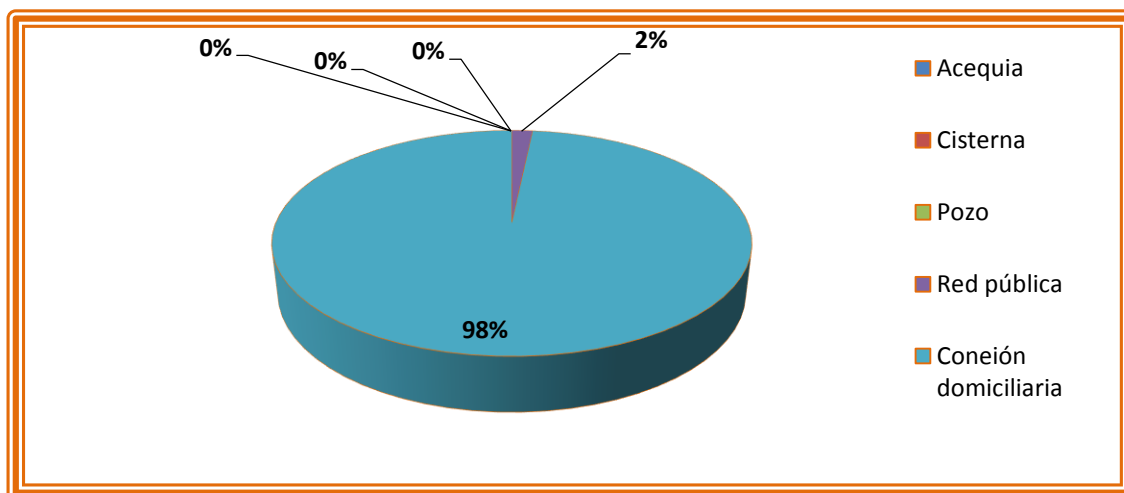
SEGÚN N° DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACION DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 02

GRÁFICO N° 11

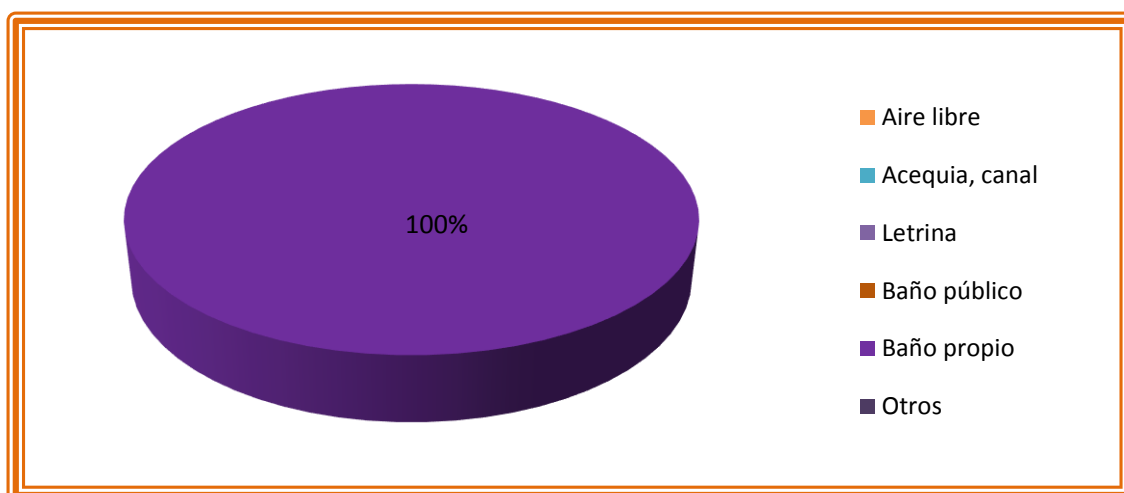
SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 02

GRÁFICO N° 12

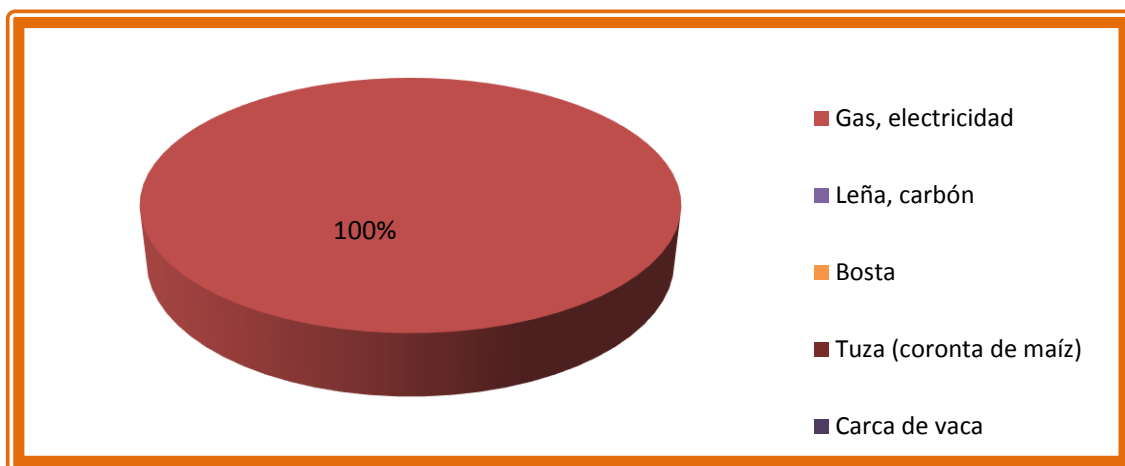
SEGÚN ELIMINACION DE EXCRETAS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 02

GRÁFICO N° 13

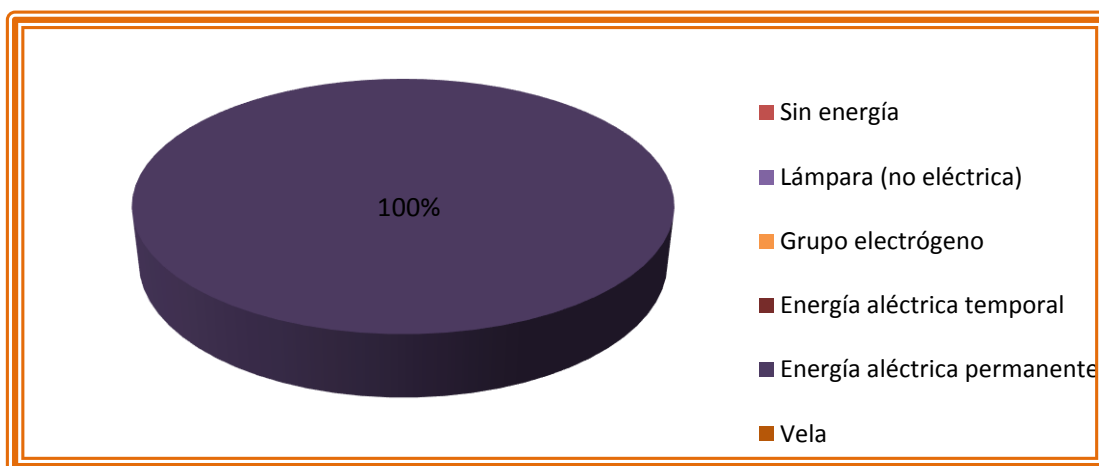
SEGÚN COMBUSTIBLE PARA COCINAR DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 02

GRÁFICO N° 14

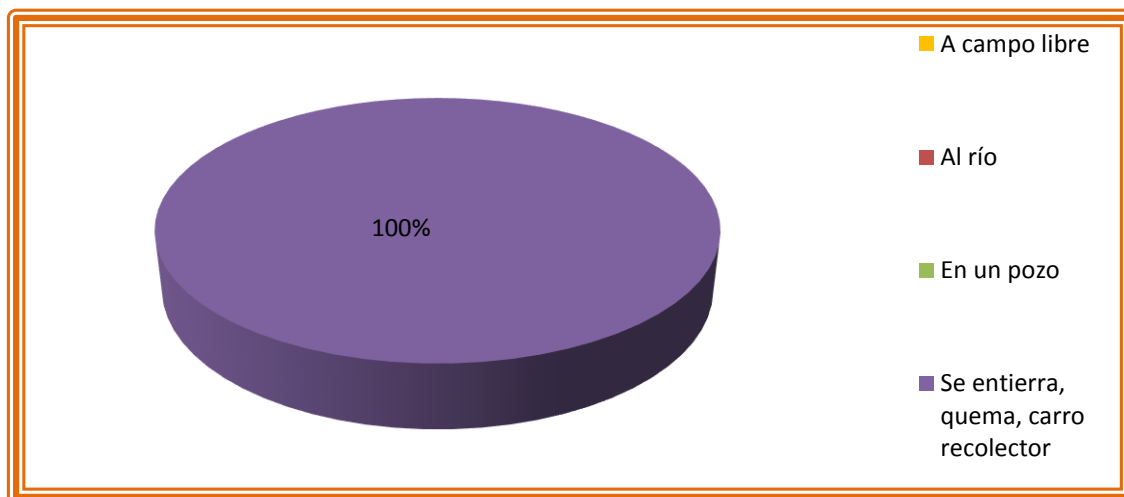
SEGÚN TIPO DE ENERGÍA ELÉCTRICA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 02

GRÁFICO N° 15

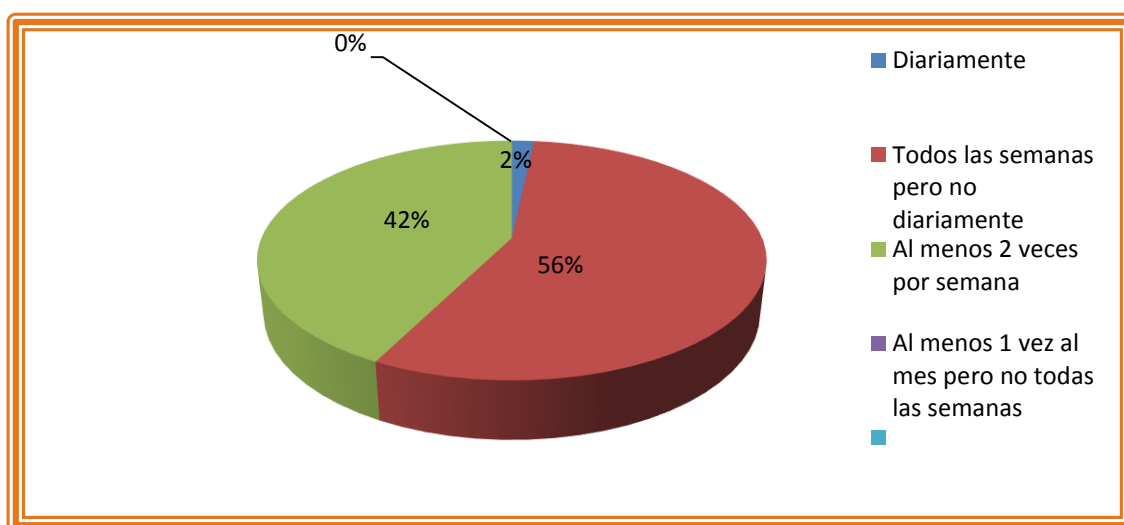
SEGÚN DISPOSICIÓN DE BASURA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 02

GRÁFICO N° 16

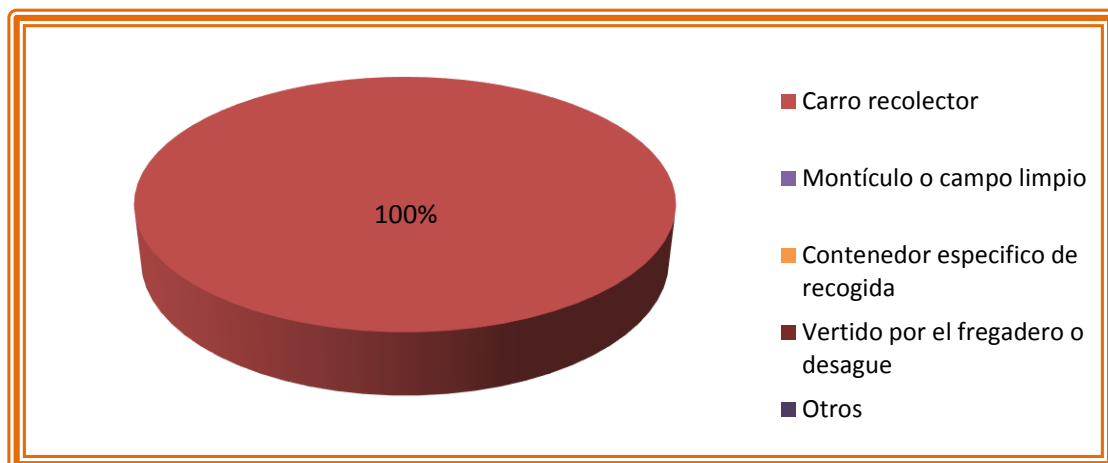
SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 02

GRÁFICO N° 17

SEGÚN COMO SUELEN ELIMINAR LA BASURA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013

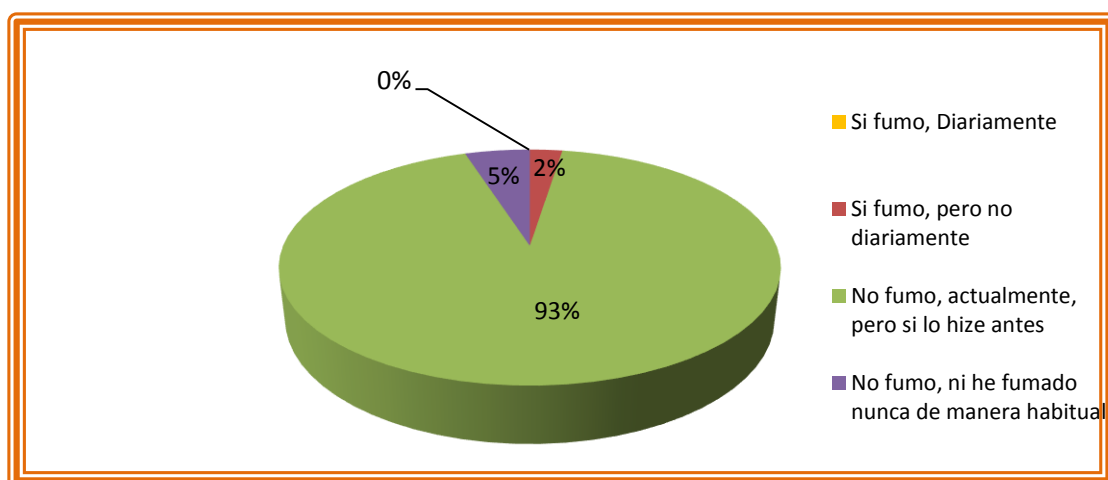


Fuente: Tabla 02

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013

GRÁFICO N° 18

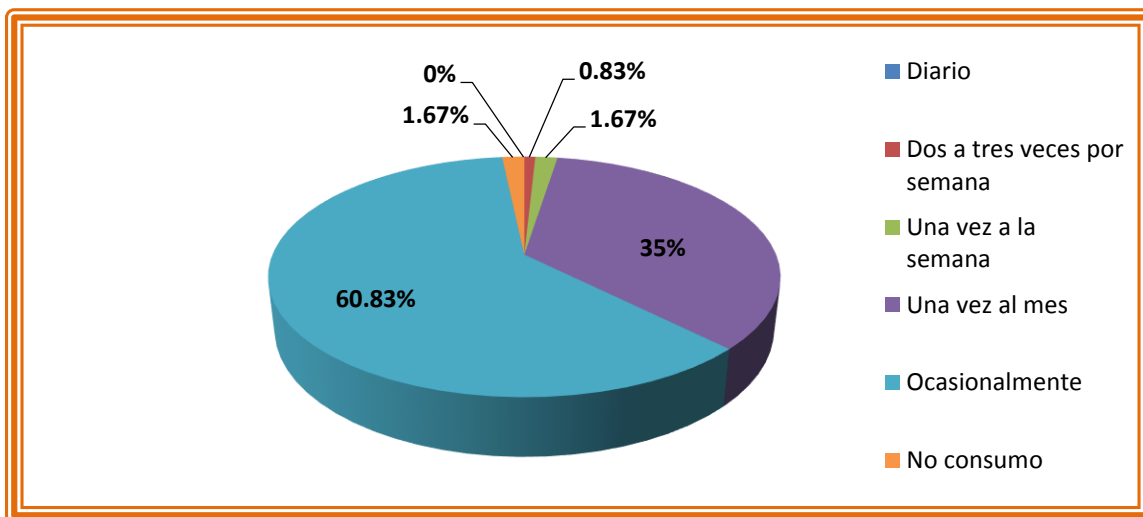
SEGÚN FUMA ACTUALMENTE DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 03

GRÁFICO N° 19

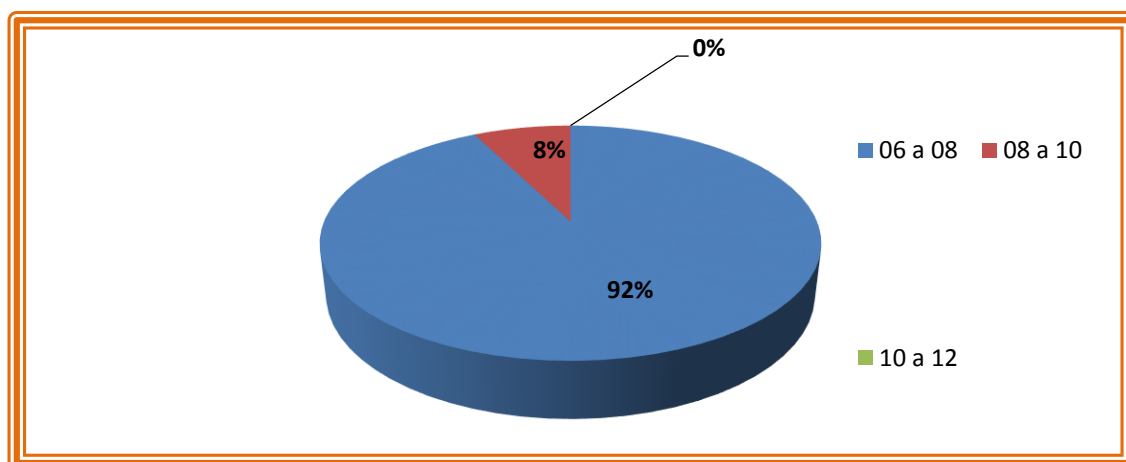
SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 03

GRÁFICO N° 20

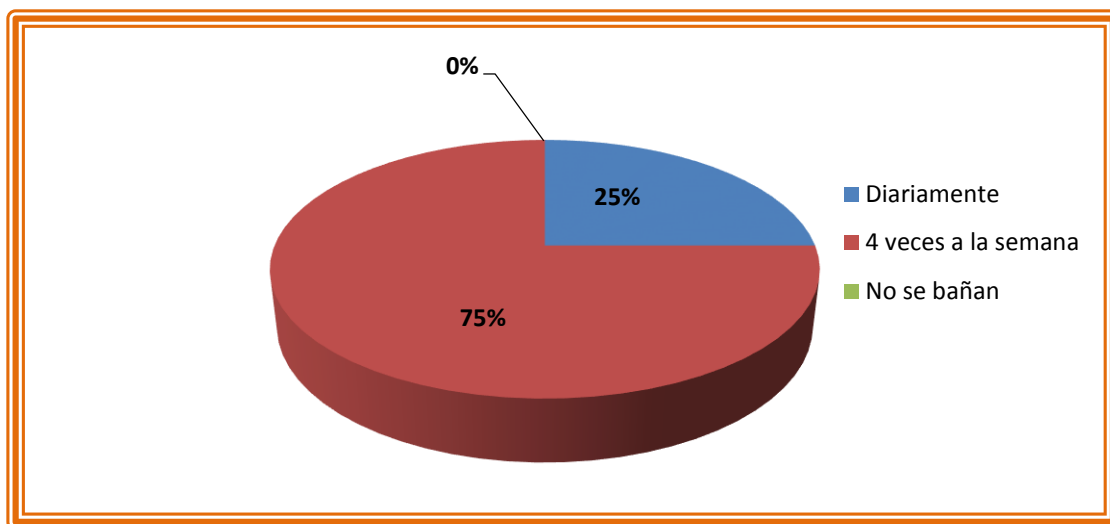
SEGÚN N° DE HORAS QUE DUERME DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 03

GRÁFICO N° 21

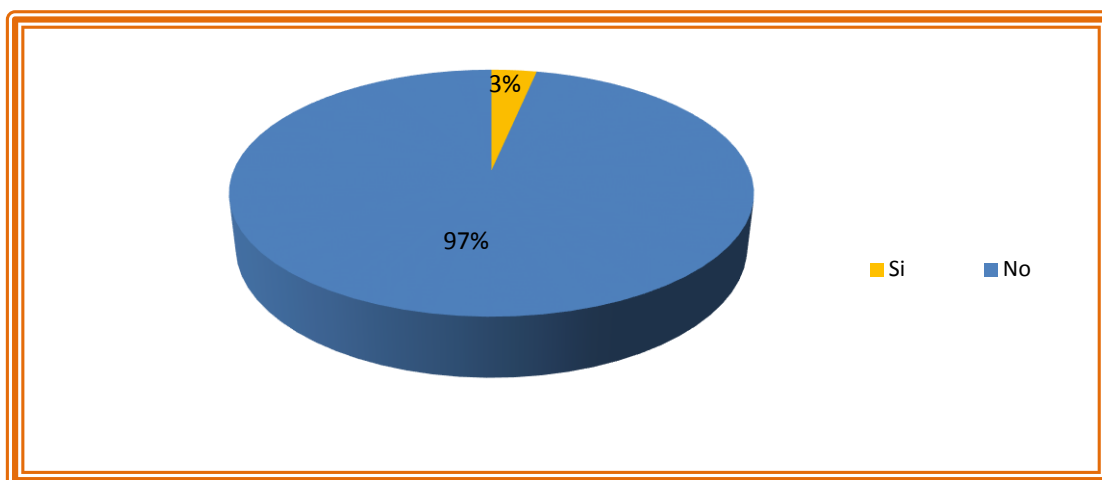
SEGÚN FRECUENCIA CON QUE SE BAÑA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 03

GRÁFICO N° 22

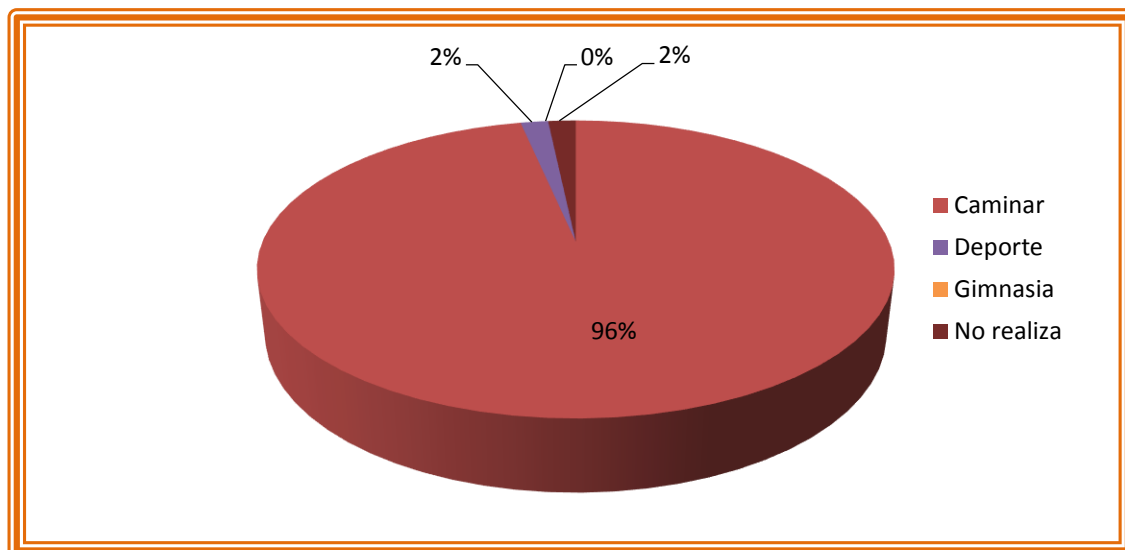
SEGÚN EXÁMEN MÉDICO PERIÓDICO EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN LOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 03

GRÁFICO N° 23

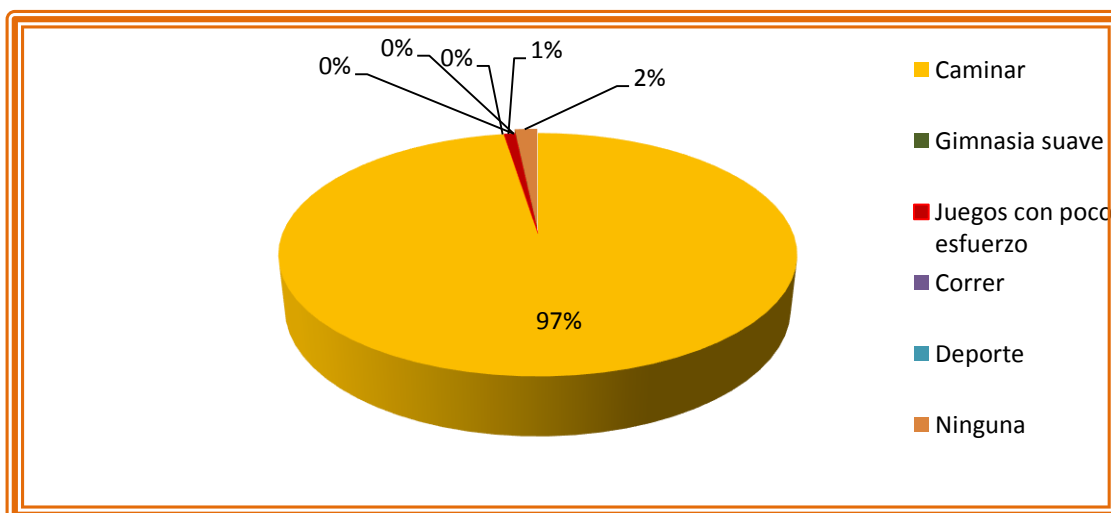
SEGÚN ACTIVIDAD FISICA QUE REALIZA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 03

GRÁFICO N° 24

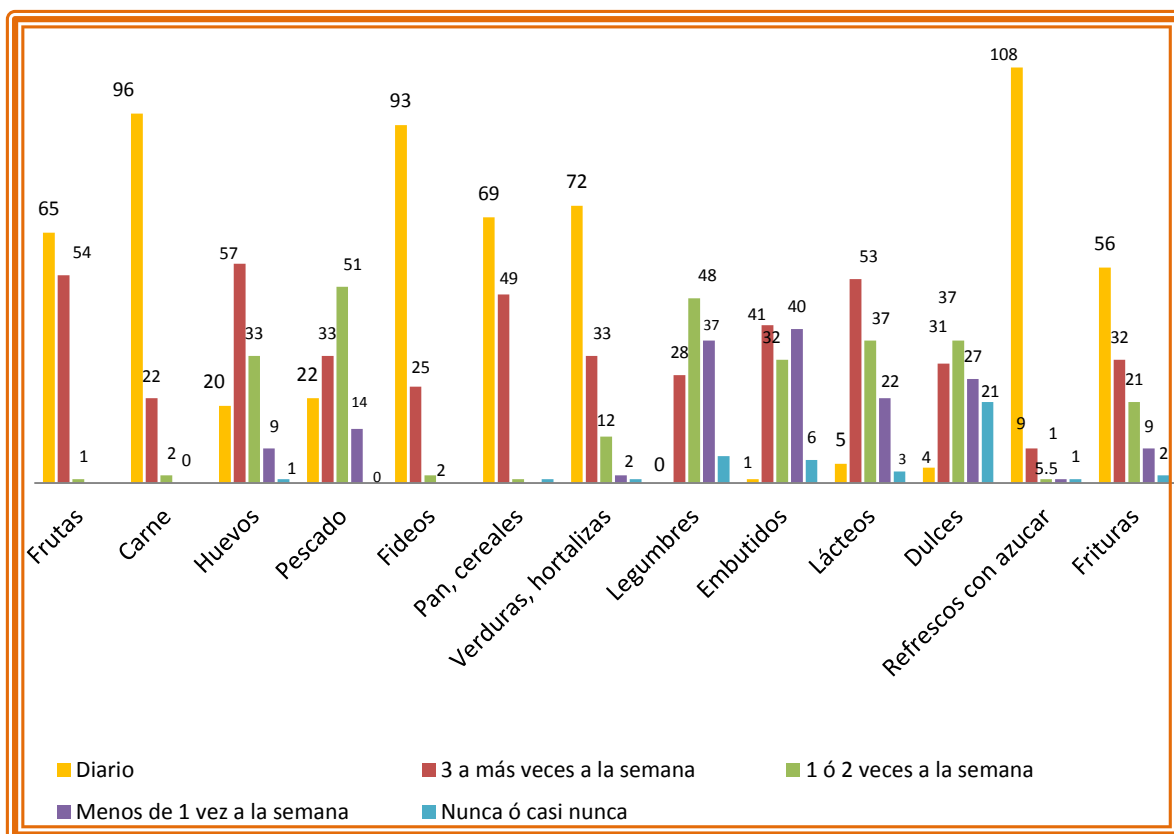
SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA EN LAS QUE REALIZÓ DURANTE 20 MINUTOS EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 03

GRÁFICO N° 25

SEGÚN ALIMENTOS QUE CONSUME EN LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013

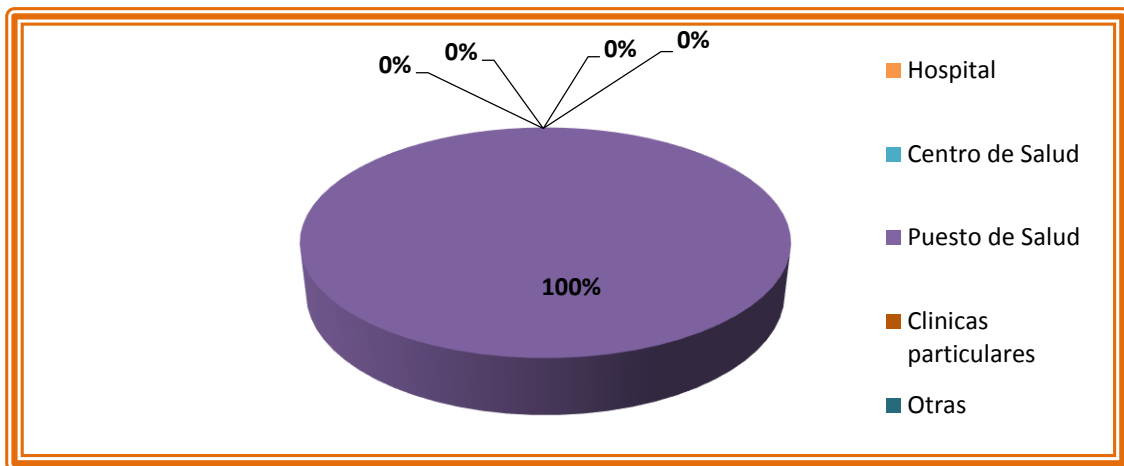


Fuente: Tabla 03

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013

GRÁFICO N° 26

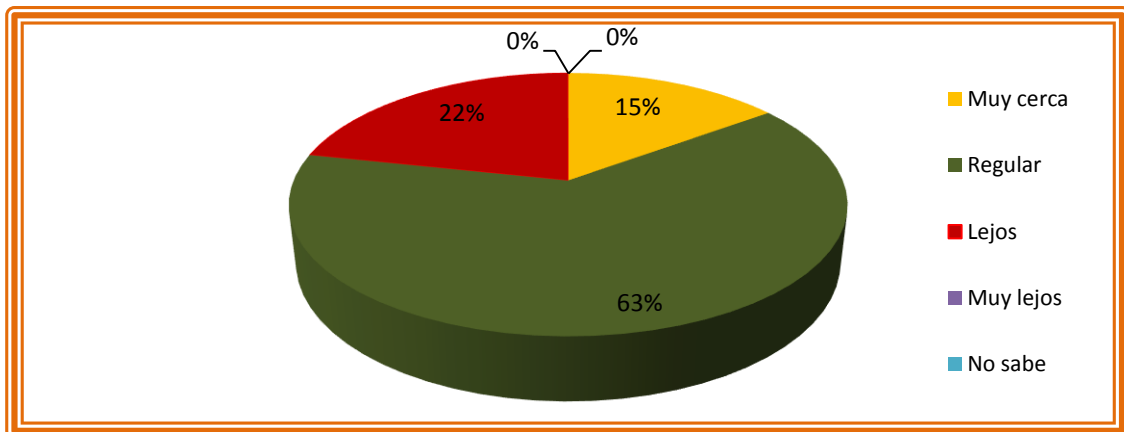
SEGÚN INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 04

GRÁFICO N° 27

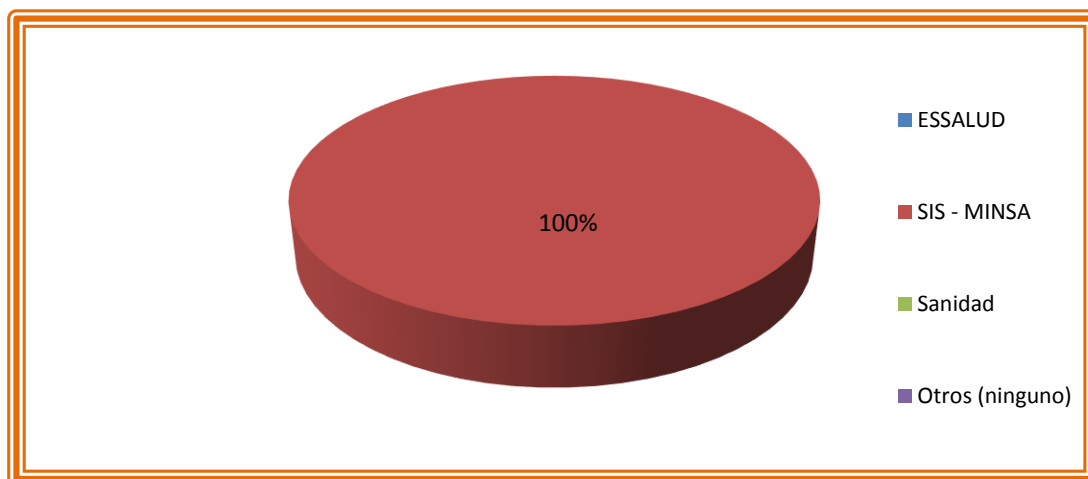
SEGÚN CERCANÍA DEL LUGAR DONDE SE ATENDIÓ EN LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 04

GRÁFICO N° 28

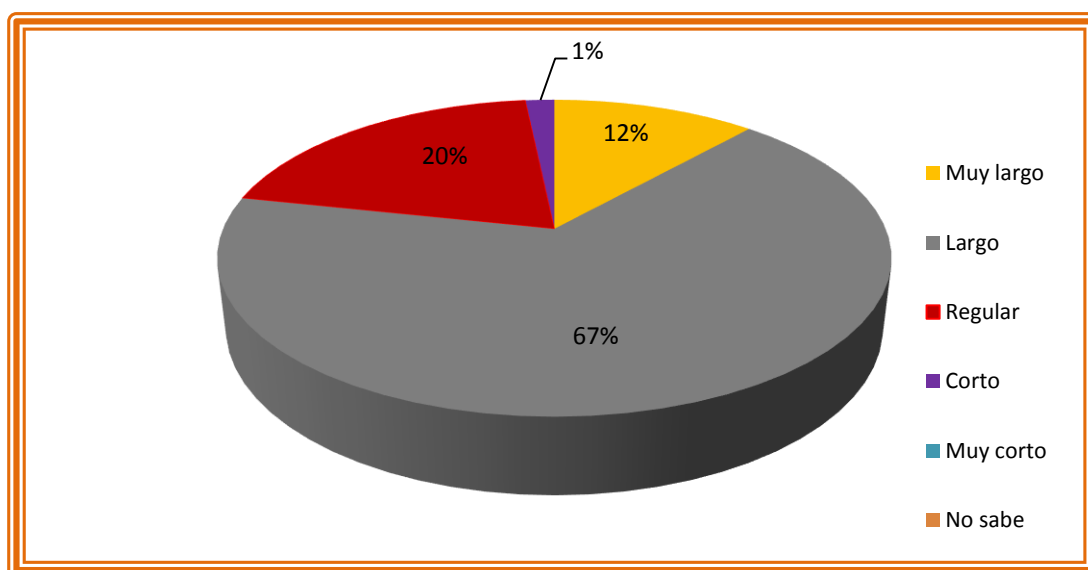
SEGÚN TIPO DE SEGURO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 04

GRÁFICO N° 29

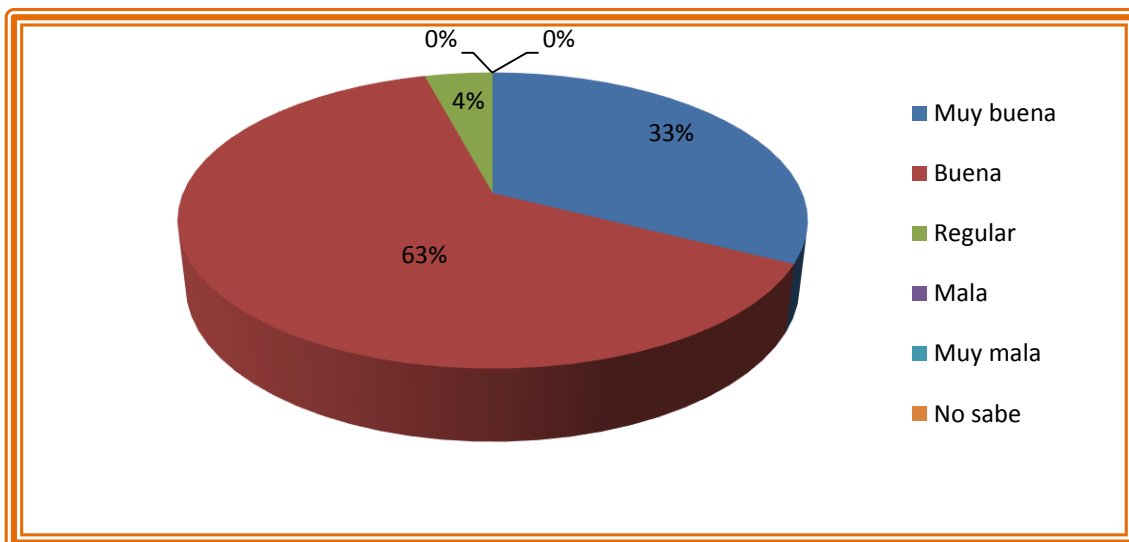
SEGÚN TIEMPO QUE ESPERÓ EN LA ATENCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 04

GRÁFICO N° 30

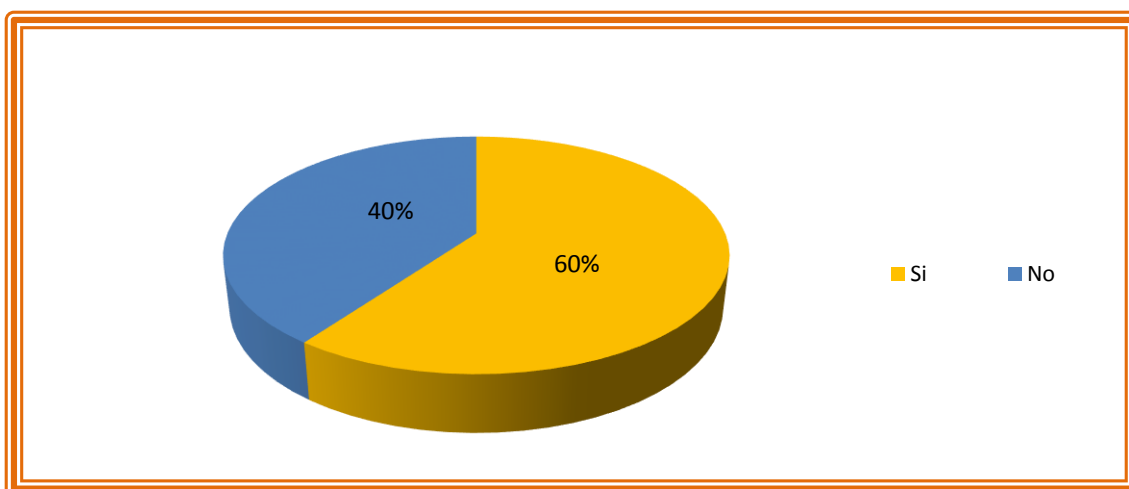
SEGÚN CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 04

GRÁFICO N° 31

SEGÚN PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013

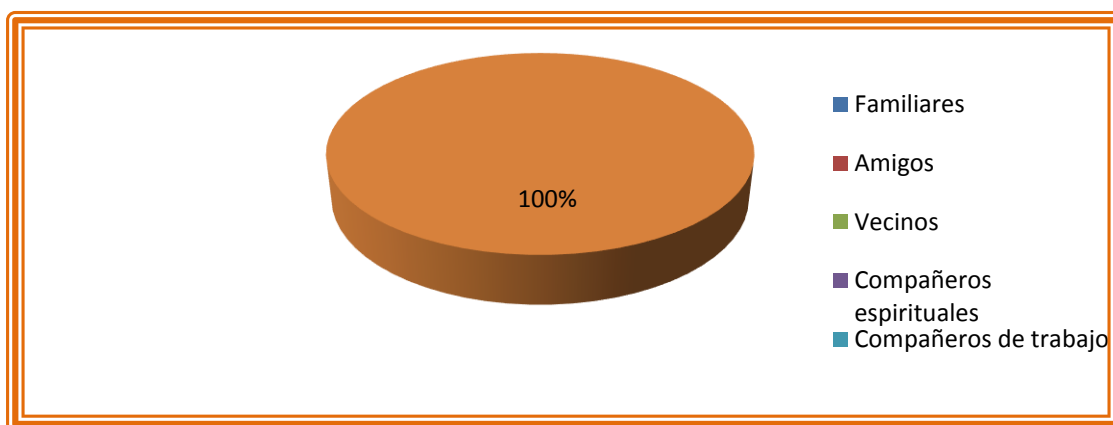


Fuente: Tabla 04

**DETERMINANTES DE LAS REDESSOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL
NATURAL Y ORGANIZADO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA
ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013**

GRÁFICO N° 32

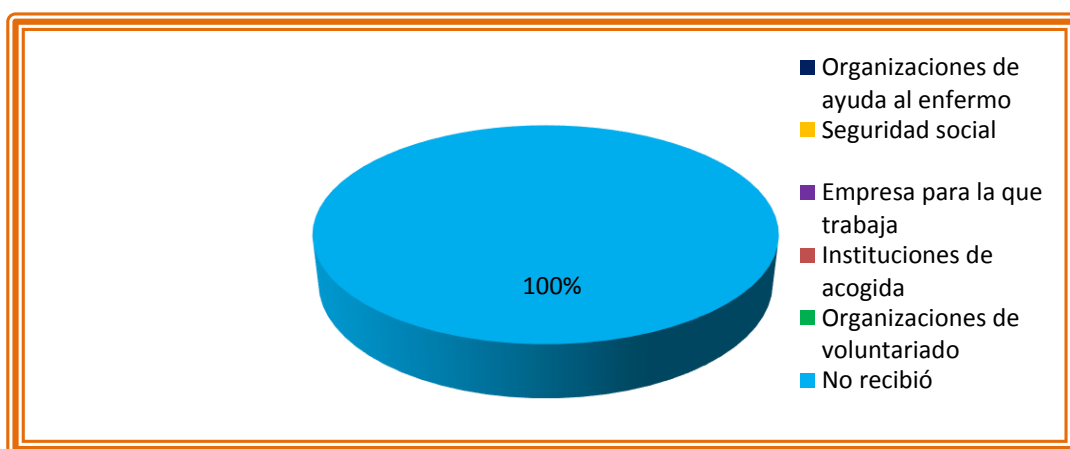
**SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL
P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013**



Fuente: Tabla 05

GRÁFICO N° 33

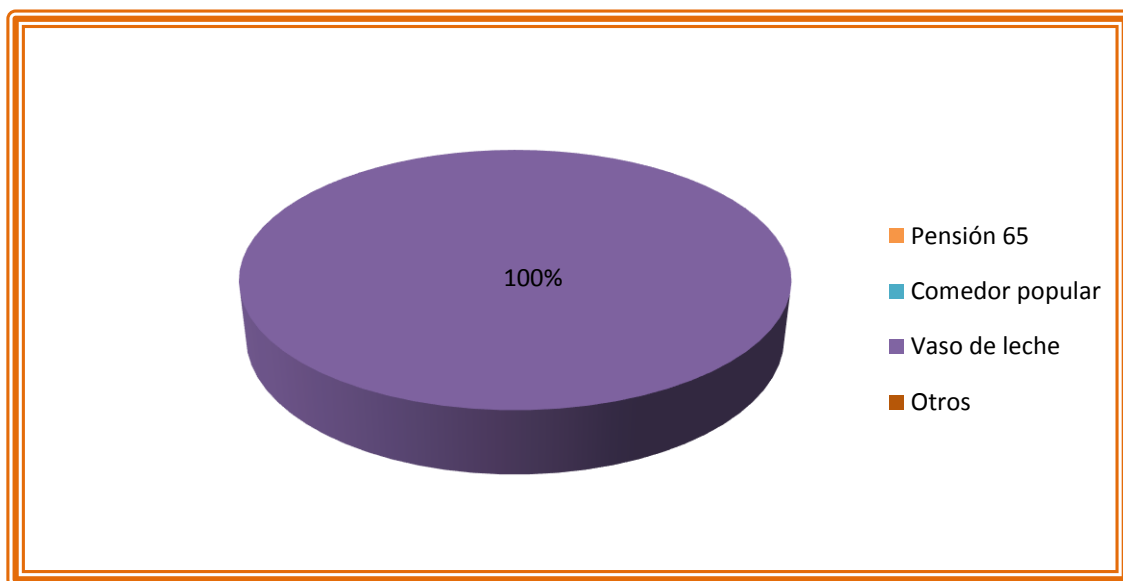
**SEGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO EN LOS ADULTOS MAYORES
DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013**



Fuente: Tabla 05

DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBIÓ EL APOYO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013

GRÁFICO N° 34: SEGÚN DE QUIEN RECIBE EL APOYO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL P.J. LA ESPERANZA BAJA – CHIMBOTE, 2013



Fuente: Tabla 06