



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD DEL ADULTO
MAYOR. ASOCIACIÓN MUTUAL DE SUB OFICIALES
RETIRADOS DE LA PNP - TRUJILLO, 2015**

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

**AUTORA:
JENNY LIZETT ESPINOLA SANCHEZ**

**ASESORA:
Dra. Enf. SONIA MARY DEL AGUILA PEÑA**

TRUJILLO – PERÚ

2017

JURADO EVALUADOR

Mgtr. Elcira Leonor Grados Urcia
Presidente

Mgtr. Mónica Elizabeth Herrera Alva
Miembro

Mgtr. Aura Rivas Chiroque
Miembro

DEDICATORIA

A mis Padres:

Por haber sido mi soporte
y compañía durante todo
el periodo de estudio
hasta culminar mi carrera
profesional.

A mis Hermanos:

Por ser mi motivación para
seguir luchando por mis
objetivos, esperando lograr
cumplirlos para que se
sientan orgullosos de mí.

A mis amigas de ULADECH,

que gracias al equipo que
formamos logramos llegar
hasta el final del camino y que,
hasta el momento seguimos
siendo amigas.

LIZETT

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Porque con su, misericordia y bondad estoy alcanzando mis metas planteadas para ser una profesional que agrade a nuestro Padre Celestial.

A mis Padres:

Por brindarme su amor y confianza estar siempre a mi lado y apoyarme para ser una gran profesional.

A mis Docentes:

Por las enseñanzas que me brindaron durante mi formación como futura profesional, por la paciencia y dedicación de su trabajo.

LIZETT

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud en adultos mayores de la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo 2015. La muestra estuvo constituida por 170 adultos mayores a quienes se les aplicó un cuestionario sobre los determinantes de salud utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en el software PASW Statistics v18.0. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos, siendo los principales resultados: la mayoría de adultos mayores son de sexo masculino, casi todos tienen grado de instrucción secundaria completa, tienen ingresos entre 1,001 a 1,400 soles. La mayoría de ellos poseen casa propia de material noble y cuentan con los servicios básicos (agua, desagüe, energía eléctrica y recojo de basura) de manera permanente. Tienen hábitos de fumar y tomar bebidas alcohólicas ocasionalmente, no se realizan exámenes médicos periódicamente, tampoco hacen ninguna actividad física en su tiempo libre, tienen una alimentación poco saludable. No reciben apoyo social natural, ni social organizado; tienen seguro de Sanidad de la PNP siendo esta institución de salud donde se atendieron los últimos 12 meses; y ésta se encuentra relativamente cerca a sus casas, el tipo y calidad de atención en este establecimiento es regular, además por la zona donde viven existen pandillas o delincuencia.

Palabras clave: Determinantes de la salud, jubilados.

ABSTRACT

This research work was quantitative, descriptive type with a single box design. It aims to describe the determinants of health in older adults of the Mutual Association of Sub officers retired from the PNP - Trujillo 2015. The sample consisted of 170 older adults who applied a questionnaire on the determinants of health using the technique of interview and observation. The data were processed in the PASW Statistics 18.0 version software. Absolute and relative frequency percentage distribution tables were built for the analysis of the data. As well as their respective statistical graphs, being the main results: the majority of older adults are male, almost all have a complete secondary education degree, have incomes between 1,001 to 1,400 soles. Most of them have home ownership of noble material and have the basic services (water, drainage, electricity and garbage pick-up) on a permanent basis. They have habits of smoking and alcoholic drinks occasionally, medical examinations are not performed regularly, nor do any physical activity in their free time, they have a little healthy eating. They do not receive social support natural, nor social organized; they have secure health of the PNP being this health institution where they attended the last 12 months; and it is relatively close to their homes, the type and quality of care in this establishment is regular, in the area where they live there are gangs or crime.

Key words: Determinants of the health, retired.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	9
2.1. Antecedentes	9
2.2. Bases Teóricas	10
III. METODOLOGÍA	16
3.1. Tipo y Nivel de investigación	16
3.2. Diseño de la investigación	16
3.3. Universo o Población	16
3.4. Definición y operacionalización de variables	17
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
3.6. Procedimientos de la recolección de datos	28
3.7. Análisis y Procesamiento de los datos	29
3.8. Consideraciones éticas	29
IV. RESULTADOS	30
4.1. Resultados	30
4.2. Análisis de resultados	37
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
5.1. Conclusiones	53
5.2. Recomendaciones	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	61

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1	30
Determinantes de la Salud Biosocioeconómicos en Adultos Mayores de la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015	
Tabla N° 2	31
Determinantes del Entorno Físico en Adultos Mayores de la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015	
Tabla N° 3	33
Determinantes de los Estilos de Vida en Adultos Mayores de la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015	
Tabla N° 4	35
Determinantes de Redes Sociales y Comunitarias en Adultos Mayores de la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráficos de la Tabla N° 1	80
Determinantes de la Salud Biosocioeconómico en Adultos Mayores de la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015	
Gráficos de la Tabla N° 2	82
Determinantes del Entorno Físico en Adultos Mayores de la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015	
Gráficos de la Tabla N° 3	88
Determinantes de los Estilos de Vida en Adulto Mayores de la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015	
Gráficos de la Tabla N° 4	93
Determinantes de Redes Sociales y Comunitarias en Adultos Mayores de la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015	

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo como propósito identificar los determinantes de la salud en los adultos mayores que conforman la Asociación Mutua de Sub Oficiales Retirados de la P.N.P, ciudad de Trujillo, y con ello contribuir en la mejora de los estilos y calidad de vida.

El presente trabajo se fundamentó en las bases conceptuales de los Determinantes de la Salud, definiendo la OMS como circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. (1)

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

La salud en el Siglo XXI cobra una importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está tomando una dimensión muy especial en cuanto a seguridad respecta. Como tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud 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. (3)

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

determinada por diversos factores, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud. (4)

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico. (4)

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 que tienen que ver con factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los factores ambientales un 10% y los asociados a atención de salud en un 25%. Por lo tanto, la mitad de los efectos en salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud. (5)

El concepto de determinantes surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. La salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales. (6)

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

los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. (7)

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

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. El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública. (8)

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas. (9)

Equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente”. (10)

Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo, las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles. (10)

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. (11)

Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud. (12)

El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, sino que supone necesariamente un imperativo ético-político. Las desigualdades en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas. Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tales inequidades, carecen de justificación. (13)

En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado.

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

No escapa esta problemática de salud en el país, viéndolo en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores. (14)

Esta realidad también se observa en los adultos mayores que acuden a la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP, que se ubica a pocos metros del Hospital de Especialidades Básicas la Noria, dicha entidad se encuentra ubicada en la Urbanización Palermo de la ciudad de Trujillo.

Fue creada según el libro de Actas N° 01 de la Asociación el 27 de agosto del año 1961, con lo cual se nombró la Comisión de Organización de la Asociación de Retirados de la Guardia Civil, luego en aplicación a la Ley N° 24949 de fecha 06 de diciembre del año de 1988 que modifica la denominación de Guardia Civil y demás fuerzas policiales por la de “Policía Nacional del Perú” se cambió el nombre desde ese entonces como “Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP”. (15)

La Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la P.N.P, su inspiración humanista desarrolla acciones de proyección a la comunidad, colaborando con las Instituciones Benéficas y Centros Educativos de su sede; realiza campañas de bien social, brinda apoyo y protección en la medida de sus posibilidades al niño, a la madre, al anciano y al desvalido en situación de desamparo. (15)

Cuenta con una población total de 607 socios a partir de los 60 años, entre hombres y mujeres. A esta entidad acuden todos los jubilados, cada uno tiene diferente cultura, religión, posición económica, etc. La mayoría de jubilados se dedican a trabajos independientes en diversos rubros como taxistas, comerciantes de su propio negocio, transporte de movilidad escolar y otros solamente dependen de su pensión de jubilados. (15)

Esta Asociación cuenta con un salón de juegos recreativos, para que el adulto mayor ejercite sus destrezas y mantengan su mente activa, resolviendo crucigramas, sudokus, ajedrez, casinos, etc. Cuenta con un auditorio donde se reúnen cada mes para dar su punto de vista y poder ayudar al socio que más necesite. En cuanto a la morbilidad de los adultos mayores, se observa que algunos son enfermedades degenerativas crónicas entre ellas la hipertensión arterial, la diabetes, artritis, lumbalgias, etc. (15)

A raíz de sus vivencias surgen sentimientos variados como preocupación de que hacer en adelante después de retirarse de su trabajo y el bienestar de su familia, de tristeza por su deterioro físico y de soledad por la pérdida de su compañero de toda la vida. A pesar de sentir disminución de sus fuerzas por el pasar de los años algunos sienten las ganas de seguir adelante al ser aceptados por sus hijos, quienes son el motor para seguir viviendo en una sociedad dónde de creer erróneamente que la ancianidad es una etapa donde el individuo no tiene ninguna función esencial. Sin embargo, también existen otros adultos mayores que acuden a dicha asociación por sentirse solos y deprimidos en sus hogares. (15)

Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación es el siguiente:

¿Cuáles son los determinantes de la salud del Adulto Mayor en la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015?

Para dar respuesta al problema se planteó el siguiente objetivo general:

Describir los determinantes de la salud del Adulto Mayor en la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015

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

- Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico en adultos mayores (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (vivienda, servicios básicos y saneamiento ambiental).
- Identificar los determinantes de los estilos de vida en adultos mayores: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad.
- Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: En adultos mayores. Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

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

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

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

Además es conveniente para: Las autoridades regionales de la Dirección de salud La Libertad y la municipalidad del distrito de Trujillo en el campo de la salud, así como para la población de adultos mayores de la Asociación Mutual de Retirados de la PNP de Trujillo; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismos.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

Goncalves M. y Col, 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 con 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 con las mujeres. (16)

Tovar C. y García C, en su investigación titulada “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida en Colombia, 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.(17)

Rodríguez Q, 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, 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. (18)

Melgarejo E y Col, 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, 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. (19)

2.2. Bases Teóricas

El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, 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, Mack 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. 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. (20)

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en 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 (21).

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. (21)

El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores. 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.

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 sociopolítico, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macroeconómicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios. (22)

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. (22)

c) Determinantes proximales

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones. (22)

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud. (22)

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan un 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. (22)

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

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

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

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

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

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

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 Nivel de investigación

Cuantitativo, descriptivo (24), (25)

3.2. Diseño de la investigación

Diseño de una sola casilla, de corte transversal (26), (27)

3.3. Universo o Población

El universo estuvo constituido por 607 adultos mayores de la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, Departamento de la Libertad.

3.3.1. Muestra

La muestra estuvo constituida por 170 adultos mayores de la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo 2015.

3.3.2. Unidad de análisis:

Adulto mayor que formó parte de la muestra y responde a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión:

- Adulto mayor que perteneció a la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP.
- Adulto mayor que aceptó participar en el estudio.
- Adulto mayor que tuvo la disponibilidad de participar en la encuesta como informante sin importar sexo, condición socioeconómica.

Criterios de Exclusión:

- Adulto mayor que tuvo algún trastorno mental.
- Adulto mayor que presentó problemas de comunicación.

3.4. Definición y operacionalización de variables

3.4.1. Determinantes del Entorno Biosocioeconómico

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

- **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 completa e incompleta

- **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 soles
- De 751 a 1000 soles
- De 1001 a 1400 soles
- De 1401 a 1800 soles
- 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

3.4.2. Determinantes del Entorno Físico

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

Tipo:

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

Tenencia:

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

Material del piso:

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

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones:

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

Abastecimiento de agua:

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

Eliminación de excretas:

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

Combustible para cocinar:

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

Energía Eléctrica:

- Sin energía
- Lámpara (no eléctrica)
- 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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa:

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

Eliminación de basura:

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

3.4.3. 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

Consumo de bebidas alcohólicas:

Escala nominal

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas:

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

Número de horas que duermen:

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

Frecuencia en que se bañan:

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

Actividad física en tiempo libre:

Escala nominal.

Tipo de actividad física que realiza:

Camina () 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 ()
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: Según 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

3.4.4. 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)

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala ordinal

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

Apoyo social organizado

Escala ordinal

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

Apoyo de organizaciones

- Pensión 65
- Comedor popular
- Vaso de leche
- Otros

Acceso a los servicios de salud

Definición Conceptual

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios). (36)

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

Escala nominal

Institución de salud atendida:

- Hospital
- Centro de salud
- Puesto de salud
- Clínicas Particulares
- Otros

Distancia del lugar de atención:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

Si () No ()

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas

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

Instrumento

En el presente trabajo de investigación se utilizó un cuestionario de respuestas cerradas para la recolección de datos, el mismo que se detalla a continuación:

Instrumento No 01

El instrumento fue elaborado en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud del Adulto.

Elaborado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 29 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera. (Anexo N° 01)

- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes biosocioeconómico (Edad, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación. Vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).

- Los determinantes de estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), alimentos que consumen las personas.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Apoyo social natural, organizado, acceso a los servicios de salud.

Control de Calidad de los datos:

Evaluación cualitativa:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta en las Regiones del Perú, desarrollado por Ms. Vílchez Reyes Adriana, director de la presente línea de Investigación. Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas.

Evaluación cuantitativa:

Validez de contenido: Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, diez en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación con el 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 0,997, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud en los Adulto (Anexo N° 02).

Confiabilidad

Confiabilidad Inter evaluador

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

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

3.6. Procedimientos de la recolección de datos:

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

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

3.7. Análisis y Procesamiento de los datos:

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

3.8. Consideraciones éticas

En toda investigación que se llevó a cabo, el investigador previamente debió 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 indicándoles a los adultos mayores de la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP, que la investigación será anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de los adultos mayores, siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó a los adultos mayores los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con los adultos mayores de la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, que acepten voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo N° 04).

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Determinantes de la salud Biosocioeconómico

Tabla N° 1

Determinantes de la Salud Biosocioeconómico en Adultos Mayores de la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015

Sexo	n	%
Masculino	125	73.5
Femenino	45	26.5
Total	170	100.0
Grado de instrucción	n	%
Sin nivel instrucción	0	0.0
Inicial/Primaria	0	0.0
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	160	94.1
Superior Completa /Superior incompleta	10	5.9
Total	170	100.0
Ingreso económico familiar	n	%
Menor de 750 soles	0	0.0
751 - 1,000 soles	0	0.0
1,001 - 1,400 soles	160	94.1
1,401 - 1,800 soles	10	5.9
1,801 a más	0	0.0
Total	170	100.0
Ocupación del jefe de familia	n	%
Trabajador estable	0	0.0
Eventual	0	0.0
Sin ocupación	0	0.0
Jubilado	170	100.0
Estudiante	0	0.0
Total	170	100.0

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la Salud en Adultos Mayores de la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015. Elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana, directora de la presente línea de investigación.

4.1.2. Determinantes del Entorno Físico

Tabla N° 2

Determinantes del Entorno Físico en Adultos Mayores de la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015

Tipo de vivienda	n	%
Vivienda unifamiliar	150	88.2
Vivienda multifamiliar	20	11.8
Vecindad, quinta choza, cabaña	0	0.0
Local no destinado para habitación humana	0	0.0
Otros	0	0.0
Total	170	100.0
Tenencia	n	%
Alquiler	5	2.9
Cuidador / alojado	0	0.0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0.0
Alquiler / Venta	10	5.9
Propia	155	91.2
Total	170	100.0
Material del piso	n	%
Tierra	0	0.0
Entablado	0	0.0
Loseta, vinílicos o sin vinílicos	170	100.0
Láminas asfálticas	0	0.0
Parquet	0	0.0
Total	170	100.0
Material del techo	n	%
Madera, esfera	0	0.0
Adobe	0	0.0
Esfera y adobe	0	0.0
Material noble (ladrillo y cemento)	160	94.1
Eternit	10	5.9
Total	170	100.0
Material de las paredes	n	%
Madera, estera	0	0.0
Adobe	0	0.0
Estera y adobe	0	0.0
Material noble (ladrillo y cemento)	170	100.0
Total	170	100.0
N° de Personas que duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	0	0.0
2 a 3 miembros	50	29.4
Independiente	120	70.6
Total	170	100.0
Abastecimiento de agua	n	%
Acequia	0	0.0
Cisterna	0	0.0
Pozo	0	0.0

Red pública	0	0.0
Conexión domiciliaria	170	100.0
Total	170	100.0
Eliminación de Excretas		
	n	%
Aire libre	0	0.0
Acequia, canal	0	0.0
Letrina	0	0.0
Baño publico	0	0.0
Baño propio	170	100.0
Otros	0	0.0
Total	170	100.0
Combustible para cocinar		
	n	%
Gas, electricidad	170	100.0
Leña, carbón	0	0.0
Bosta	0	0.0
Tuza (coronta de maíz)	0	0.0
Total	170	100.0
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	170	100.0
Vela	0	0.0
Total	170	100.0
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	170	100.0
Total	170	100.0
Frecuencia que pasan recogiendo la basura		
	n	%
Diariamente	149	87.6
Todas las semanas, pero no diariamente	21	12.4
Al menos 2 veces por semana	0	0.0
Al menos una vez al mes, pero no todas las semanas	0	0.0
Total	170	100.0
Eliminan su basura en alguno de los siguientes lugares		
	n	%
Carro Recolector	170	100.0
Montículo o campo limpio	0	0.0
Contenedor específico de recogida	0	0.0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0.0
Total	170	100.0

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en Adultos Mayores de la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015. Elaborado por la Dra. Vilchez Reyes Adriana, directora de la presente línea de Investigación.

4.1.3. Determinantes de los Estilos de Vida

Tabla N° 3
Determinantes de los Estilos de Vida en Adulto Mayores de la Asociación
Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015

Actualmente fuma	n	%
Sí fumo, diariamente	0	0.0
Sí fumo, pero no diariamente	15	8.8
No fumo actualmente, pero he fumado antes	110	64.7
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	45	26.5
Total	170	100.0
Frecuencia al ingerir bebidas alcohólicas	n	%
Diario	0	0.0
Dos a tres veces por semana	0	0.0
Una vez a la semana	15	8.8
Una vez al mes	84	49.4
Ocasionalmente	56	32.9
No consumo	15	8.8
Total	170	100.0
Cantidad de horas de sueño	n	%
6 a 8 horas	170	100.0
8 a 10 horas	0	0.0
10 a 12 horas	0	100.0
Total	170	100.0
Frecuencia de baño	n	%
Diariamente	50	29.4
4 veces a la semana	120	70.6
No se baña	0	0.0
Total	170	100.00
Realiza algún examen médico periódico	n	%
Si	42	24.7
No	128	75.3
Total	170	100.0
En su tiempo libre realiza alguna actividad física	n	%
Camina	12	7.1
Deporte	0	0.0
Gimnasia	0	0.0
No realiza	158	92.9
Total	170	100.0
En las 2 últimas semanas que actividad física realizó durante 20 minutos	n	%
Caminar	10	5.9
Gimnasia suave	0	0.0
Juegos con poco esfuerzo	0	0.0
Correr	0	0.0
Ninguna	160	94.1
Total	170	100.0

Alimentos que consumen	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	30	18%	52	31%	79	46%	9	5%	0	0	170	100
Carne	35	21%	49	29%	28	16%	58	34%	0	0	170	100
Huevos	22	13%	33	19%	44	26%	71	42%	0	0	170	100
Pescado	5	3%	1	1%	54	32%	110	65%	0	0	170	100
Fideos	146	86%	24	14%	0	0%	0	0%	0	0	170	100
Pan, cereales	170	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0	170	100
Verduras, hortalizas	15	9%	61	36%	94	55%	0	0%	0	0	170	100
Legumbres	0	0%	50	29%	120	71%	0	0%	0	0	170	100
Embutidos	0	0%	130	76%	40	24%	0	0%	0	0	170	100
Lácteos	10	6%	60	35%	70	41%	30	18%	0	0	170	100
Dulces	0	0%	30	18%	69	41%	71	42%	0	0	170	100
Refrescos azucarados	110	65%	49	29%	11	6%	0	0%	0	0	170	100
Frituras	0	0%	150	88%	20	12%	0	0%	0	0	170	100

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en Adultos Mayores de la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015. Elaborado por la Dra. Vélchez Reyes Adriana, directora de la presente línea de Investigación.

4.1.4. Determinantes de Redes Sociales y Comunitarias

Tabla N° 4

Determinantes de Redes Sociales y Comunitarias en Adultos Mayores de la Asociación Mutua de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015

Apoyo social natural		n	%		
Familiares		10	5.9		
Amigos		0	0		
Vecinos		0	0		
Compañeros espirituales		0	0		
Compañeros de trabajo		0	0		
No recibo		160	94.1		
Total		170	100		
Apoyo social organizado		n	%		
Organizaciones de ayuda al enfermo		0	0		
Seguridad social		0	0		
Empresa para la que trabaja		0	0		
Instituciones de acogida		0	0		
Organizaciones de voluntariado		0	0		
No recibo		170	100		
Total		170	100		
Apoyo de organizaciones		Si		No	
		n	%	n	%
Pensión 65		0	-	170	100
Comedor popular		0	-	170	100
Vaso de leche		0	-	170	100
Otros		0	-	170	100
Total		0	0	170	100
Institución de Salud que se atendió los últimos 12 meses		n	%		
Hospital		110	64.7		
Centro de salud		60	35.3		
Puesto de salud		0	0		
Clínicas particulares		0	0		
Otros		0	0		
Total		170	100		
Ubicación del lugar de Salud		n	%		
Muy cerca de su casa		0	0		
Regular		132	77.6		
Lejos		38	22.4		
Muy lejos de su casa		0	0		
No sabe		0	0		
Total		170	100		
Tipo de seguro		n	%		
ESSALUD		0	0		
SIS-MINSA		0	0		

SANIDAD	170	100
Otros	0	0
Total	170	100
Tiempo de atención		
	n	%
Muy largo	0	0
Largo	50	29.4
Regular	120	70.6
Corto	0	0
Muy corto	0	0
No sabe	0	0
Total	170	100
Calidad de atención		
	n	%
Muy buena	0	0
Buena	14	8.2
Regular	156	91.8
Mala	0	0
Muy mala	0	0
No sabe	0	0
Total	170	100
Existe pandillaje / delincuencia cerca de su casa		
	n	%
Sí	130	76.5
No	40	23.5
Total	170	100

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en Adultos Mayores de la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015. Elaborado por la Dra. Vilchez Reyes Adriana, directora de la presente línea de Investigación.

4.2. Análisis de resultados

En la Tabla N° 1:

Se muestra la distribución porcentual en relación con los determinantes de la salud biosocioeconómico en los adultos mayores, se observa que el 73.5% (125) de los encuestados son de sexo masculino; el 94.1% (160) tiene un grado de instrucción secundaria completa; el 94.1% (160) tienen un nivel de ingresos comprendido en el rango de 1001 a 1400 soles; el 100% (170) son jubilados que pertenecen a la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP.

Estos resultados son similares, como lo encontrado por Soto Anabelen (40), en su investigación titulada “Determinantes de la Salud, de los Adultos Mayores en el Asentamiento Humano Belén - Nuevo Chimbote, 2013”, se pudo identificar que el 59.2% (71) de las personas encuestadas son de sexo masculino.

Por el contrario, el presente trabajo se contrapone con respecto a la investigación realizada por Soto Anabelen (40), titulada “Determinantes de la Salud, de los Adultos Mayores en el Asentamiento Humano Belén - Nuevo Chimbote, 2013”, en que el 49.2% (59) de los adultos mayores encuestados tienen mayoritariamente grado de estudio primaria; además presentan un ingreso económico entre 1 a 550 soles de 53.4% (64) y no trabajan el 38.3% (46).

Así mismo estos resultados se relacionan en el indicador de sexo a lo encontrado por Yerly Alvarado (41), en su investigación titulada “Determinantes de la salud en los adultos mayores pueblo joven La Esperanza Baja - Chimbote, 2013”, cuyo resultado obtenido fue que el 51.7% (62) son de sexo masculino.

Los resultados de este trabajo, no se relacionan con respecto a la investigación hecha por Yerly Alvarado (41), titulada “Determinantes de la salud en los adultos mayores pueblo joven La Esperanza Baja - Chimbote, 2013”, porque el 55,83%

(67) cuentan con estudios primarios, y el 57,5% (69), tienen un ingreso económico entre 751 a 1000 soles.

Igualmente podemos decir que estos resultados se aproximan con el trabajo elaborado por Carmen Cerna (42) titulada “Determinantes de la salud en adultos mayores de la asociación de jubilados. Salaverry, 2012”, donde se pudo identificar que el 49% (48) tienen educación secundaria completa.

Caso contrario, ocurre con el presente trabajo que difiere con respecto a la investigación realizada por Carmen Cerna (42), titulada “Determinantes de la salud en adultos mayores de la asociación de jubilados. Salaverry, 2012”, en que el 65.35% (66) son de sexo femenino, y el 74.49% (73) tienen ingresos económicos entre 551 a 999 soles.

Por otro lado, se sabe que, la población adulta mayor ha sido considerada tradicionalmente como una población vulnerable a caer en la pobreza debido a que tienen más dificultades de recuperarse de una pérdida inesperada de ingreso o de la necesidad de hacer altos pagos por servicios médicos. Sin embargo, en varios países del mundo, los adultos mayores han logrado contar con suficientes recursos económicos para mantener un nivel socioeconómico de vida aceptable, satisfaciendo la mayoría de sus necesidades básicas. (43)

También se conoce que, en la mayoría de países latinoamericanos, la prevalencia de la pobreza en edades avanzadas es menor al promedio nacional. Esta ventaja parece estar explicada por el hecho de que estas personas vivieron su etapa adulta durante una época de expansión económica y eran más proclives a tener costumbres frugales de ahorro y consumo. Además, ellas notan que el porcentaje de pobreza entre los adultos mayores es menor en países en etapas más avanzadas de la transición demográfica. Aun así, algunos grupos están en peor situación que otros. La pobreza es más común en zonas rurales que en zonas urbanas, entre mujeres más que en hombres, y particularmente en hogares multigeneracionales

en comparación con hogares de sólo una o dos generaciones. La cobertura del sistema de seguridad social no es tan amplia como en el mundo industrializado, y la proporción cubierta tiene una alta variabilidad entre países. (44)

Se sabe que la capacidad de las personas de disponer de bienes en general, económicos y no económicos, constituye un elemento clave de la calidad de vida en la vejez. En este sentido, la seguridad económica de las personas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida. Así, la seguridad económica es la contra cara de la pobreza en tanto permite generar las condiciones para un envejecimiento con dignidad y seguridad. Legítima aspiración de toda persona de edad avanzada que ha contribuido durante toda su vida a la seguridad social cuando su trayectoria laboral así lo ha permitido o en el caso de no haberlo hecho por circunstancias diversas, se trata de ejercer determinados derechos que todo(a) ciudadano(a) debe lograr al final de la vida. (45)

Al respecto, algunos autores, (Maddox y Campbell, 1985), plantean que la etapa más importante en la determinación de la situación económica en la vejez es aquella inmediatamente anterior a la jubilación. Las evidencias niegan esta posición ya que, por una parte, en las etapas previas igualmente se definen factores relevantes tales como, el nivel de estudios, la elección de determinada carrera y el número de hijos (Pérez, 1997); y por otra, la jubilación no es un hecho universal, menos aún para las mujeres. (46)

En la presente investigación podemos percibir que los adultos jubilados en su mayoría son varones y que el hecho de contar con seguridad económica permite al adulto mayor asegurar su subsistencia real y efectiva, le otorga capacidad creativa para sobrevivir sobre la base del trabajo, los ingresos, la seguridad social y las políticas públicas integrales con el fin de satisfacer sus necesidades objetivas con buena calidad de vida y disponer de independencia en la toma de decisiones,

además, mejora la autoestima producto del desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos.

En general, según la OPS / OMS (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud), definen que las personas que tienen mayores ingresos viven más tiempo y gozan de una mejor salud que las personas de bajos ingresos. Esta relación persiste, independientemente del sexo, la cultura o la raza, aunque las causas de la enfermedad y la muerte pueden variar. Parece ser que el ingreso económico y la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud (Canadá Health, 2000: 84-85; Canadá Health-OPS/OMS, 2000: 15). (47)

En la Tabla N° 2: Según los determinantes del entorno físico, se obtuvo como resultado que el 88.2% (150) habitan en una vivienda unifamiliar; el 91.2% (155) de adultos mayores poseen casa propia y otros a lo largo de su tiempo de servicio pudieron adquirir una vivienda o comprar un terreno. Así mismo el 100% (170) cuenta con piso de vinílico; el 94.1% (160) tiene el material del techo de ladrillo y cemento; el 100% (170) poseen como material de paredes el ladrillo y cemento; el 70.6% (120) duermen en habitaciones independientes; el 100% (170) tienen abastecimiento de agua a través de conexión domiciliaria, el 100% (170) cuentan con baño propio; el 100% (170) utilizan el gas como combustible para cocina; el 100% (170) cuentan con energía eléctrica permanente; el 100% (170) realiza el deshecho de basura a través del carro recolector que pasa por sus viviendas; el 87.6% (149) afirma que la frecuencia que pasa el carro recolector por su casa es diariamente; finalmente el 100% (170) suelen eliminan la basura por medio del carro recolector.

Estudios similares como lo encontrado por Soto Anabelen (40), en su investigación titulada “Determinantes de la Salud, de los Adultos Mayores en el Asentamiento Humano Belén - Nuevo Chimbote, 2013”, se pudo identificar que el 74.2% (89) poseen casa propia, el 70.8% (85) tiene material de piso cemento,

el 80.83% (97) el material de techo es de concreto armado, el 74.4%(89) el material de paredes es de ladrillo y cemento; el 100% (120) tienen abastecimiento de agua potable a través de conexión domiciliaria, el 100% (120) cuentan con baño propio; el 97% (80.8) utilizan el gas como combustible para cocinar; el 100% (120) disponen de energía eléctrica permanente; el 100% (120) deshecha su basura es a través del carro recolector que pasa por sus viviendas; el 100% (120) es la frecuencia que pasa el carro recolector por su casa diariamente; el 100% (120) de los adultos mayores eliminan la basura por medio del carro recolector.

Estos resultados difieren con respecto a la investigación hecha por Soto Anabelen (40), en su investigación titulada “Determinantes de la Salud, de los Adultos Mayores en el Asentamiento Humano Belén - Nuevo Chimbote, 2013”, en que el 53.4% (64) duermen en 3 dormitorios.

En cambio este estudio se aproxima en algunos indicadores encontrados por Yerly Alvarado (41), titulada “Determinantes de la salud en los adultos mayores pueblo joven La Esperanza Baja - Chimbote, 2013”, donde se pudo encontrar que el 98,33% (118) cuentan con casa propia el 99,17 % (119) el material de techo es de material noble, ladrillo y cemento, el 94,17 % (113) tiene como material de sus paredes el ladrillo y cemento; el 57,5 % duermen en habitaciones independientes, el 98,33 % (118) tienen abastecimiento de agua a través de conexión domiciliaria, el 100% (120) cuentan con baño propio; Así mismo el 100% (120) utilizan el gas como combustible para cocinar; del mismo modo, el 100% (120) utilizan energía eléctrica permanente; y los mismos tienen la disposición de basura a través del carro recolector, donde, el 55,83% (67) afirma que dicho carro recolector pasa por sus viviendas todas las semanas, pero no diariamente.

Los resultados de la presente investigación, no se relacionan en algunos indicadores en el estudio realizado por Yerly Alvarado (41), en su investigación titulada “Determinantes de la salud en los adultos mayores pueblo joven La

Esperanza Baja - Chimbote, 2013”, en que, el 96,67% (116) habita en una vivienda multifamiliar y un 52,5% (63) tienen piso de tierra.

Por otra parte, podemos observar resultados que corroboran con lo encontrado por Carmen Cerna (42) en su investigación titulada “Determinantes de la salud en adultos mayores de la asociación de jubilados. Salaverry, 2012”, en el cual se pudo identificar que el 100% (98) poseen casa propia, donde el 62% (61) tienen al concreto armado como material del techo, el 98% (96), tienen sus paredes de ladrillo y cemento, así mismo el 100% (98) cuentan con agua potable dentro de sus viviendas, del mismo modo que el desagüe. De igual manera la totalidad utiliza el gas como combustible para sus cocinas y tienen energía eléctrica permanente. También utilizan el camión recolector para eliminar la basura, donde este pasa diariamente, o al menos 5 días a la semana por sus viviendas. El 100% (98), utilizan contenedores para la eliminación de basura.

Estos resultados difieren con respecto a la investigación de Carmen Cerna (42), titulada “Determinantes de la salud en adultos mayores de la asociación de jubilados. Salaverry, 2012”, en que el 60,20% (59) tienen piso de madera.

Podemos decir que las políticas económicas y sociales deben apoyar el uso de la tierra y de los recursos para maximizar la salud física, mental y social. La campaña a favor de la salud, realizada por autoridades sanitarias y organismos con intereses relacionados con la salud debe ser integral, con decisiones de los sectores público y privado respecto a la vivienda. (48)

Ahora vemos que, según el informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, para las personas de edad, la vivienda y el entorno son particularmente importantes debido a factores como la accesibilidad y la seguridad, la carga financiera que supone mantener un hogar y la importante seguridad emocional y psicológica que brinda el hogar. Es un hecho reconocido que una vivienda satisfactoria puede ser beneficiosa para la salud y el bienestar.

Para la Organización Mundial de la Salud - OMS, “Envejecimiento Activo”, es el proceso de optimización de las oportunidades para obtener bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el fin de extender la esperanza de vida saludable, la productividad y la buena calidad de vida en la vejez. “Envejecimiento en su propio espacio”, Se refiere a una vivienda adecuada, a un entorno seguro y propicio, que incluye también la integración social del adulto mayor, como elemento fundamental y necesario. (49)

Analizando los resultados, se puede determinar que el Estado Peruano debe preocuparse por hacer realidad lo que se establece en el Artículo 25° de la Declaración Universal de Los Derechos Humanos, donde dice que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

Así mismo, en 1999 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), expresan que la vivienda es el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo y /o la familia: proteger de las inclemencias del clima; garantizar la seguridad y protección; facilitar el descanso; permitir el empleo de los sentidos para el ejercicio de las manifestaciones culturales; implementar el almacenamiento; procesamiento y consumo de los alimentos; suministrar los recursos de la higiene personal, doméstica y el saneamiento; favorecer la convalecencia de los enfermos; la atención de los ancianos y personas con discapacidad; el desenvolvimiento de la vida del niño; promover el desarrollo equilibrado de la vida familiar. (50)

En la Tabla N° 3: según los determinantes de los estilos de vida se puede observar que el 64.7% (110) de los adultos mayores no fuman actualmente, pero han fumado antes, por el ritmo de trabajo que tenían en distintos lugares del país, el

49.4% (84) ingiere bebidas alcohólicas una vez al mes porque tienen reuniones en diversas actividades de jubilados, el 100% (170) duermen un promedio de 6 a 8 horas, ya que por su edad algunos sufren de insomnios; el 70.6% (120) su frecuencia de aseo es 4 veces a la semana, porque ellos lo consideran adecuado, y otros sufren de enfermedades reumáticas, el 75.3% (128) no se realizan exámenes periódicos en un establecimiento de salud porque no cuentan con una persona que los acompañe hacer el trámite, el 92.9% (158) no realizan ninguna actividad física en su tiempo libre porque tienen dolencias musculares y sus estilos de vida son sedentarios, el 94.1% (160) no realizaron ninguna actividad física en las 2 últimas semanas porque la mayoría lleva una vida pausada o sedentaria.

El 46% (79) consumen frutas 1 o 2 veces a la semana; el 34% (58) casi no consumen carne roja en la semana; de igual modo el consumo de huevo y de pescado es muy mínimo, 42% (71) y 65% (110) respectivamente; en cambio el 86% (146) consumen fideos diariamente; al igual que el pan y cereales 100% (170); el 55% (94) consumen verduras y hortalizas 1 o 2 veces a la semana, del mismo modo que el consumo de legumbres 71% (120); pero con más frecuencia el 76% (130) consumen embutidos 3 o más veces a la semana; el 41% (70) consumen lácteos 1 o 2 veces a la semana; el 42% (71) consumen dulces muy poco a la semana; el 65% (110) consumen refrescos con azúcar diariamente; y el 88% (150) consumen frituras 3 o más veces a la semana.

Resultados similares fueron encontrados por Soto Anabelen (40), en su investigación titulada “Determinantes de la Salud, de los Adultos Mayores en el Asentamiento Humano Belén - Nuevo Chimbote, 2013”, donde se pudo identificar que el 50% (60) de los adultos mayores no fuman actualmente, pero han fumado antes, el 100% (120) duermen un promedio de 6 a 8 horas, ya que por su edad algunos sufren de insomnios; el 79.2% (95) su frecuencia de aseo es 4 veces a la semana, el 90.8% (109) consumen fideos diariamente, el 85.8% (103) consumen pan y cereales todos los días, así como refrescos con azúcar 80% (96).

En cambio, estos resultados difieren con respecto a la investigación hecha por Soto Anabelen (40), titulada “Determinantes de la Salud, de los Adultos Mayores en el Asentamiento Humano Belén - Nuevo Chimbote, 2013”, en que el 74.2% (89) ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 100% (120) sí se realizan exámenes periódicos en un establecimiento de salud, el 44.5% (53) realizaron caminata como actividad física en las 2 últimas semanas. El 61.7% (74) consumen frutas diariamente, así como la carne 70.8% (85); el 55.8% (67) consume huevo y pescado 1 o 2 veces a la semana 53.3% (67); el 62.5% (75) consumen verduras, hortalizas diariamente; el 1.7% (2) las legumbres casi nunca las consumen; el 53.3% (64) consumen embutidos diariamente, del mismo modo que productos lácteos 53.3%(64); el 45.8% (55) consumen dulces 1 o 2 veces a la semana; el 65% (110) consumen refrescos con azúcar diariamente; y el 88% (150) consumen frituras 3 o más veces a la semana.

Ahora podemos observar que estos resultados se asemejan a la investigación hecha por Yerly Alvarado (41), titulada “Determinantes de la salud en los adultos mayores pueblo joven La Esperanza Baja - Chimbote, 2013”, donde se encontró que el 92,5% (111) no fuma actualmente, pero ha fumado antes, y el mismo porcentaje duerme entre 6 a 8 horas diarias, el 75% (90) realiza su aseo corporal 4 veces a la semana, el 96,67% (116) no realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud, el 34.16% (41) consume embutidos 3 o más veces a la semana, y diariamente consumen refrescos el 90% (108), al igual que el 46.66% (56) consumen frituras.

Por el contrario, estos resultados no corroboran con respecto a la investigación que realizó Yerly Alvarado (41), titulada “Determinantes de la salud en los adultos mayores pueblo joven La Esperanza Baja - Chimbote, 2013”, en que el 60,83% (73) bebe alcohol ocasionalmente, el 96,66% (116) realiza la caminata como actividad física, también el 97,5% (117), realizó actividad física por más de 20 minutos (caminar). En cuanto a la alimentación, el 54.17% (65) consume frutas a diario, de igual manera, diariamente el 80% (96) come carne, el 47.5% (57), consume huevos 3 o más veces a la semana, el 42.5% (51) consumen pescado 1 o

2 veces a la semana, el consumo de fideos a diario lo hacen el 77.5% (93), así mismo el 57.5% (69) consume pan o cereales a diario. El consumo diario de verduras y hortalizas lo realizan el 60% (72), el 23.33% (28) consumen legumbres 3 o más veces a la semana, en cambio el 44.17% (53) consumen lácteos 3 o más veces a la semana, y el 30.84% (37) come dulces 1 o 2 veces a la semana.

Por otro lado, este estudio se relaciona con lo encontrado por Carmen Cerna (42), en su investigación titulada “Determinantes de la salud en adultos mayores de la asociación de jubilados. Salaverry, 2012”, donde se pudo identificar que el 48% (47) no fuma actualmente, pero lo ha hecho anteriormente. Con respecto a la alimentación el 40.82% casi no consumen pescado a la semana, el pan es consumido diariamente por el 88,78 % (87), del mismo modo que las verduras y hortalizas 65.31% (64).

Así mismo estos resultados no concuerdan con respecto a la investigación de Carmen Cerna (42) titulada “Determinantes de la salud en adultos mayores de la asociación de jubilados. Salaverry, 2012”, en que el 30% (30) toma bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 79.60% (78) sí realiza alguna actividad física en su tiempo libre, dicha actividad física es la caminata que lo realizan el 76,53% (75), también el 81.63% (80) sí realizó actividad física en estas dos últimas semanas por más de 20 minutos, dicha actividad física fue caminar que lo realizaron el 78.57% (77). En cuanto a la alimentación, el 58.16% (57) consume frutas 3 o más veces a la semana, diariamente consumen carne 55.10% (54) y huevos el 34.69% (34) lo consumen 3 o más veces a la semana, al igual que los fideos son consumidos por el 32.65% el mismo lapso.

Se sabe que la nutrición óptima es el mejor remedio que poseemos en la actualidad para combatir los achaques y las enfermedades que conlleva al envejecimiento. Ser parte de un modelo integrado de salud entendida como una vida libre de cargas para cuya consecución la alimentación constituye un factor esencial. Se puede afirmar que, en general, las enfermedades crónicas son debidas a un desequilibrio dietético. De ahí que consumir alimentos apropiados mantiene el cuerpo en forma,

mejora el estado de ánimo, refuerza la memoria e incrementa la capacidad intelectual. Se aspira a conseguir a través de una dieta óptima el máximo estado de bienestar posible sin enfermedad física o mental: envejecer con la mayor calidad de vida posible. Por ello se habla de la necesidad de seguir los dictados de una dieta óptima y de la urgencia "de cambiar sus hábitos alimenticios o modificarlos con la finalidad de maximizar su salud y longevidad". (43)

Es cierto que las personas mayores son el segmento de la población que tiene una mayor preocupación por unos hábitos alimentarios saludables y a elegir aquel tipo de alimentos que mejor contribuyan al incremento de su salud y aumento de la longevidad. Pero conviene resaltar que estas propuestas se extrapolan a todas las edades y se recomienda seguirlas en todas las etapas de la vida y no solamente en la vejez. Van también dirigidas a todas las personas sanas que sólo desean favorecer y mantener su salud. Se les alerta de que la mayoría de las consecuencias de una dieta repercuten después de mucho tiempo y por ello aumenta el número de consumidores que lo tienen en cuenta y eligen alimentos con nutrientes beneficiosos para su salud. (43)

También podemos observar que el concepto de la calidad de vida ha adquirido mayor protagonismo entre quienes alcanzan la tercera edad, que ya no se conforman con vivir una larga existencia: ahora también se persigue llegar a viejo en el mejor estado físico y mental. Una alimentación adecuada es el primer paso para lograrlo, pero enmarcada dentro de un estilo de vida saludable, que comprende también la práctica regular ejercicio según la condición física individual y el abandono de hábitos perjudiciales (tabaco, alcohol, auto medicación), sin olvidar la importancia de mantener la mente ocupada en actividades lúdico-recreativas. (51)

Ahora por los resultados obtenidos en esta investigación, se debería remarcar la importancia de combinar las estrategias que fomenten comportamientos saludables junto a otras que traten de modificar los comportamientos insanos,

como por ejemplo, que el Estado Peruano facilite el acceso a productos saludables (alimentos bajos en grasas) y restringir el acceso de productos insanos (tabaco, alcohol, alimentos ricos en grasas y azúcares), conseguir que los entornos físicos y sociales faciliten la actividad física, redactar leyes consistentes con la promoción de las conductas de salud. En este sentido, la buena alimentación y la práctica de actividad física son fundamentales tanto para la prevención como para el cambio de los estilos de vida no saludables. Se sabe cómo las personas físicamente activas se comprometen con más frecuencia con comportamientos saludables y con menor frecuencia con conductas de riesgo para la salud, en comparación con las personas sedentarias.

Según el MINSA, la promoción de una alimentación y nutrición saludable, debe buscar que los individuos como miembros de una familia, adopten prácticas alimentarias adecuadas que favorezcan su bienestar físico, mental y social para mejorar su calidad de vida y desarrollo humano; incidiendo en los tres componentes de la seguridad alimentaria, es decir la promoción al acceso, a la disponibilidad y a la utilización de los alimentos por parte de las familias; a través de estrategias de abogacía, de generación de espacios de concertación con los gobiernos locales, regionales y el estado; el establecimiento de alianzas estratégicas con la sociedad civil, el fomento de la participación comunitaria, la educación y comunicación para la salud. Es decir que la promoción de la alimentación y nutrición saludable pretende actuar sobre los factores que intervienen en la inseguridad alimentaria y también en el fomento de hábitos y comportamientos en alimentación y nutrición saludable que nos permitan llevar una vida sana y productiva. (52)

En la Tabla N° 4: según los determinantes de las redes sociales y comunitarias se obtuvo como resultado que, el 94.1% (160) no recibe ningún apoyo social natural porque ellos solamente disponen de su sueldo de jubilados lo cual les alcanza solamente para sobrevivir, mientras que el 5.6% (10) percibe apoyo social natural por parte de familiares, como son sus hijos o hermanos; el 100% (170) no recibe ningún apoyo social organizado; el 100% (170) no reciben apoyo de ninguna

organización social; el 64.7% (110) en la institución de salud donde de atendió en los últimos 12 meses fue en el hospital de la PNP; el 77.6% (132) la institución de salud se encuentra regularmente cerca a su casa, el 100% (170) cuentan con seguro de la Sanidad de la PNP; el 70.6% (120) el tipo de atención en el establecimiento de salud es regular porque el personal de salud del establecimiento inicia su atención fuera de la hora indicada.

Así mismo, el 91.8% (156) opina que la calidad de atención en el establecimiento de salud es regular porque solo cuentan con algunas especialidades y muchas veces los medicamentos se tienen que comprar fuera del establecimiento; el 76.5% (130) afirma que existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa y la mayoría de los sectores están expuestos a ser asaltados y extorsionados por los delincuentes.

Al comparar estos resultados con otros estudios se pueden observar similares como lo encontrado por Soto Anabelen (40), en su investigación titulada “Determinantes de la Salud, de los Adultos Mayores en el Asentamiento Humano Belén - Nuevo Chimbote, 2013”, donde se pudo identificar que el 100% (120) no recibe ningún apoyo social organizado, el 56.6% (68) la institución de salud se encuentra regularmente cerca a su casa, el 73.3% (88) cuentan con seguro del SIS-MINSA, ; el 95% (114) el tiempo de atención en el establecimiento de salud es regular .el 81.7% (98) la calidad de atención en el establecimiento de salud es regular, y 100% (120) dice que existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa.

También estos resultados son distintos comparados con los que arribó Soto Anabelen (40), en su investigación titulada “Determinantes de la Salud, de los Adultos Mayores en el Asentamiento Humano Belén - Nuevo Chimbote, 2013”, en que el 74.2% (89) reciben apoyo social natural de sus familiares, y el 74.2% (89) acudió a atenderse en los últimos 12 meses a un Puesto de Salud.

Analizando los resultados de este proyecto se encontraron similitudes con la investigación realizada por Yerly Alvarado (41), titulada “Determinantes de la

salud en los adultos mayores pueblo joven La Esperanza Baja - Chimbote, 2013”, en el cual se pudo observar que el 100% (120) no recibe ningún tipo de apoyo social natural, al igual que el 100% (120) no recibe ningún apoyo social organizado, así mismo el 63,34% (76) considera que la distancia de la institución de salud se encuentra regularmente cerca a su casa, también el 60% (72) afirma que existen grupos de pandillas cerca a sus casas.

Por el contrario estos resultados difieren con respecto a la investigación de Yerly Alvarado (41), titulada “Determinantes de la salud en los adultos mayores pueblo joven La Esperanza Baja - Chimbote, 2013”, en que el 100% (120) fue en un puesto de salud donde se atendió en estos 12 últimos meses, también el mismo porcentaje cuenta con el seguro SIS – MINSA para su atención, así como el 66.67% (80) considera el tiempo de espera para su atención fue largo, el 63.33% (76) opinó que la calidad de atención en el centro de salud fue de buena calidad.

Del mismo modo, estos resultados se diferencian de la investigación elaborada por Carmen Cerna (42), titulada “Determinantes de la salud en adultos mayores de la asociación de jubilados. Salaverry, 2012” porque el 100% (98) sí recibe un apoyo social natural por parte de sus familiares, y el mismo total, también recibe un apoyo social organizado por parte del Seguro Social, así mismo el 48.98% (48) la institución de salud donde se atendió en los 12 últimos meses fue en el hospital, también el 78.57% (77) afirma que el lugar de salud donde fue atendido queda muy lejos de sus casas, el 100% (98) solo cuenta con ESSALUD como tipo de seguro, en cuanto al tiempo de espera para la atención, el 48.98% (48) opina que fue muy larga, y el 63.27 % (21) la calidad de atención que recibió fue mala, así como el 54,08% (53) de los encuestados afirma que no existe pandillas cerca de sus casas.

Con base en esta preocupación, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó en 1991 una resolución que incluye los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad para que los países afiliados los incorporen o

adapten a sus programas nacionales de salud. “Para dar más vida a los años que se han agregado a la vida”, la ONU recomienda que es importante que las personas de edad cuenten con la suficiente independencia sobre cómo y dónde vivir; participen activamente en la sociedad; puedan recibir los cuidados y la protección de sus familias y la comunidad; tengan acceso a recursos educativos, culturales y recreativos que les permitan su autorrealización y así poder enfrentar con dignidad los últimos años de vida. (53)

Así mismo, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES) promueve a través de la Dirección de Personas Adultas Mayores la creación de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM) en las municipalidades provinciales y distritales. Los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM), reunirán a todas aquellas personas adultas mayores que voluntariamente decidan inscribirse y participar en sus programas, siendo su finalidad esencial: Desarrollar lazos de mutuo conocimiento y amistad entre los participantes, identificar problemas individuales familiares o locales en general, combatir y prevenir los problemas de salud más comunes en este grupo de edad, realizar actividades y prácticas de carácter recreativo e integrativo, participar en talleres de autoestima, mantenimiento de funciones mentales superiores y prevención de enfermedades crónicas. (53)

También es importante implementar talleres de manufactura y desarrollo de habilidades laborables, participar en eventos sociales e informativos sobre análisis de la problemática local y alternativas de solución, promover en la ciudadanía un trato diligente, respetuoso y solidario con las personas adultas mayores, proponer soluciones a la problemática que afecta al adulto mayor. Los CIAM podrán suscribir todo tipo de convenios con organizaciones e instituciones sean públicas o privadas, que puedan proporcionar en forma desinteresada y voluntaria atención profesional a los beneficiarios de sus programas. (53)

Observando esta problemática, nos damos cuenta que la falta de una cobertura social de salud real y efectiva para el efectivo policial y familiares tanto de

actividad y/o retiro, los obliga a tener que recurrir a entidades públicas y/o privadas para la recuperación de la salud, con el costo económico que esto significa y que se agrava en el personal en retiro dada la edad avanzada de éstos y la consecuencia del deterioro de los años en el aspecto físico, moral y espiritual, que si es verdad es natural, pero en este caso por la naturaleza de la función, es prematuro y progresivo, distantes de la salud de una juventud que se entregó al servicio del país a través de tan importante función a favor de la sociedad.

También deberían tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos. Permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.

En conformidad con el Reporte Mundial de la Salud y Envejecimiento de la OMS y la discusión de la Estrategia Global en Envejecimiento y Salud de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Seguro Social de Salud del Perú (Es Salud) se han asociado para desarrollar una reunión técnica denominada “Como Alinear los Sistemas de Salud y Sociales a las necesidades de las personas mayores en Latinoamérica”. El objetivo de la reunión es asegurar una cobertura universal de salud, mediante una respuesta multisectorial para un envejecimiento saludable, con base a las necesidades de las personas mayores. (54)

Los sistemas de salud deberán contar con servicios que promuevan, mantengan y mejoren las capacidades físicas, cognitivas y funcionales de sus usuarios, tomando en cuenta las consecuencias de las enfermedades, los factores de riesgo y otros trastornos. Esta prestación deberá incluir una atención de base comunitaria, familiar e institucional. Por lo tanto, será necesario la coordinación e integración entre todos los niveles de servicios, así como los diferentes programas de atención de salud, incluyendo los cuidados a largo plazo. (54)

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- ✓ Respecto a los determinantes biosocioeconómico, se puede decir que, la mayoría de adultos mayores son de sexo masculino, casi todos tienen un grado de instrucción secundaria completa, tienen un nivel de ingresos comprendido en el rango de 1,001 a 1,400 soles. La mayoría de ellos habita en una vivienda unifamiliar, poseen casa propia de material noble, duermen en habitación independiente, tienen abastecimiento de agua a través de conexión domiciliaria, cuentan con baño propio; utilizan el gas, electricidad como combustible para cocinar; el recojo y eliminación de basura es a través del carro recolector que pasa por sus viviendas diariamente.
- ✓ Con referencia a los determinantes de estilo de vida, encontramos que la gran mayoría de los adultos mayores no fuman actualmente, pero han fumado antes, ingieren bebidas alcohólicas una vez al mes, no se realizan exámenes periódicos, duermen un promedio de 6 a 8 horas, su frecuencia de aseo es 4 veces a la semana, no realizan actividad física en su tiempo libre, tienen una alimentación poco saludable.
- ✓ En cuanto a los determinantes de redes sociales y comunitarias, se pudo apreciar que no reciben ningún apoyo social natural ni apoyo de las organizaciones, la institución de salud donde de atendió en los últimos 12 meses fue en el hospital de la PNP que se encuentra regularmente cerca a su casa, el tipo y calidad de atención en el establecimiento de salud es regular, existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa y la mayoría de los sectores están expuestos a ser asaltados y extorsionados por los delincuentes.

5.2. Recomendaciones

- ✓ Dar a conocer y difundir los resultados de la presente investigación con la finalidad de mejorar los Determinantes de la salud en la persona adulta mayor, buscando la participación del sector en la formulación de estrategias que contemplan actividades preventivas promocionales que permitan mejorar los estilos de vida saludable de la persona adulta mayor.
- ✓ Los jubilados deben mejorar su alimentación consumiendo más verduras, frutas y pescado; para que ayuden a prolongar la vejez de manera saludable, el objetivo es conseguir que los adultos mayores permanezcan activos y puedan vivir a pleno rendimiento mientras vivan. También fomentar la actividad física y en contra del sedentarismo, durante la edad evolutiva de la persona.
- ✓ Atravez de las municipalidades y en general el Estado Peruano, deben de preocuparse por el bienestar de los adultos mayores o jubilados dándoles los cuidados, ayuda y atenciones que se merecen, desarrollando programas de educación dirigidos a capacitar a las personas adultas mayores en actividades laborales y culturales a efecto de que las mismas puedan obtener empleos y formar microempresas domésticas, que los beneficien económicamente y les procuren satisfacción personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. [Serie Internet] [Citado el 2013 abril 26]. Disponible desde el URL: http://www.who.int/social_determinants/es/
2. Maya L. “Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida”. Colombia: 2006. [Serie Internet] [Citado el 2011 setiembre 18]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf
3. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista. Cubana. Salud Pública. 2004; p. 13-16.
4. Tardy M. Psico-web.com: Argentina Lic. en Sociología. [Online].; 2011. Available from: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm.
5. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2nd ed. Chile: OPS; 2006.
6. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health: Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health; 2005.
7. Tarlov A. Social determinants of Health: the sociobiological transition. In Blane D, Brunner E, Wilkinson D. Health and Social Organization. London: Routledge p. 71-93.
8. LipLicham C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Universidad Norbert Wiener, Organización Panamericana de la Salud; 2005.
9. Valdivia Cabrera G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. In P. Universidad Católica de Chile. Boletín Esc. de Medicina.; 1994. p. 18-22.
10. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. In Public Health.; 2002. p. 302.

11. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. In The Stationary Office. Great Britain; 1998.
12. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. In Subsanan las desigualdades de una generación.; 2008.
13. Ministerio de Salud - Chile. Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas. 2010.
14. Ministerio de Salud - Perú. Plan Nacional concertado de salud. 2007 Julio.
15. Asociación Mutua de sub oficiales retirados de la PNP. Estatuto. AMSOR PNP LL- Trujillo. 2015.
16. Goncalves M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. 2006 octubre - Diciembre;(22).
17. Tovar L, García G. La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003. 2006 agosto;(27).
18. Rodríguez M. Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo-Amazonas. 2011.
19. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. In Universidad Nacional del Santa. Artículo científico. Chimbote; 2008.
20. Dalhigren G, Whitehead M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. In University of Liverpool: Denmark, editor. Studies on social and economic determinants of population health No. 3.; 2006.
21. Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú. 2002.
22. Selig J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. In OPS. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud. Washington; 2009.

23. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6. In Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. p. 161-189.
24. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4th ed. Graw-Hill, editor. México: Interamericano – Mc; 2000.
25. Hernández R. Metabase.net: Metodología de la Investigación. [Online].; 2003 [cited 2015 Agosto 15. Available from: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
26. Schoenbach V. EpÍdemiolog.net: Diseños de estudio analítico. [Online].; 2004 [cited 2010 Agosto 18. Available from: <http://www.epÍdemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
27. Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20th ed. México: Ed. Limusa; 2004.
28. OPS, OMS y Asociación Mundial de Sexología. Amssac.org: Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Online].; 2000. Available from: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>.
29. Eusko Jaurlaritz. Eustat.es: Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. [Online].; 2004. Available from: http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID.
30. Ballares M. Unifemweb.org.mx: Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. [Online].; 2010. Available from: <http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>.
31. Definición.de: Base de datos on line - Definición de ocupación. [Online].; 2008 [cited 2010 Septiembre 09. Available from: <http://definicion.de/ocupacion.htm>.
32. Inegi.org.mx: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. [Online].; 2011. Available from: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf.

33. Dávila E. Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. In. Guatemala; 2001.
34. Martínez Morán R. Torrepacheco.es: Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. [Online].; 1997. Available from: http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf.
35. Martos Carrión E. Riunet.upv.es: Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. [Online].; 2010. Available from: <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>.
36. Sánchez Isla L. Uaeh.edu.mx: satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos. [Online].; 2005. Available from: <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>.
37. González M. Diseños experimentales de investigación. [Online].; 2010 [cited 2010 Septiembre 12. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>.
38. Hernández. Eumed.net: Validez y confiabilidad del instrumento. [Online].; S/F [cited 2010 Septiembre 12. Available from: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
39. Martínez N, Cabrero J, Martínez M. Perso.wanadoo.es: Diseño de la investigación. [Online].; 2008 [cited 2010 Septiembre 13. Available from: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm.
40. Soto Guevara. Uladech.edu.pe: Determinantes de la salud, de los adultos mayores en el Asentamiento Humano belén - Nuevo Chimbote, 2013. [Online].; 2014. Available from: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000038845>
41. Alvarado. Uladech.edu.pe: Determinantes de la salud en los adultos mayores pueblo joven La Esperanza Baja - Chimbote, 2013. [Online].; 2014. Available from: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000036951>.

42. Cerna Asencio C. Uladech.edu.pe: Determinantes de la salud en adultos mayores de la asociación de jubilados. Salaverry, 2012. [Online].; 2013. Available from: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000039161>.
43. Álvarez Munárriz L, Álvarez De Luis A. Ugr.es: Estilos de vida y alimentación. [Online].; 2009. Available from: http://www.ugr.es/~pwlac/G25_27Luis_Alvarez-Amaia_Alvarez.html.
44. Brenes Camacho. US National Library of Medicine: Factores socioeconómicos asociados a la percepción de situación socioeconómica entre adultos mayores de dos países latinoamericanos. [Online].; 2014. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4210949/>.
45. Huenchuan S, Guzmán JM. Cepal.org: Seguridad Económica y Pobreza en la Vejez: Tensiones, Expresiones y Desafíos para Políticas. [Online].; 2006. Available from: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/27255/huenchuan_guzman.pdf.
46. Maddox G.L, Campbell R. Scope, concepts and methods in the study of aging Nueva York: Handbook on aging and the social sciences; 1985.
47. Ministerio de Salud - Perú. Minsa.gob.pe: Determinantes sociales de la salud en Perú. [Online].; 2005. Available from: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/12_Determinantes_Sociales_Salud.pdf.
48. Bvsde.paho.org: Vivienda saludable. Calidad de las condiciones de la vivienda y calidad de vida. [Online].; S/F. Available from: <http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/e/iniciativa/posicion/siete.pdf>.
49. Nivardo F. Sld.cu: La Vivienda para Adultos Mayores. Accesibilidad y Entorno Seguro. [Online].; S/F. Available from: http://www.sld.cu/galerias/ppt/sitios/gericuba/la_vivienda_para_adultos_mayores.ppt.
50. Flores Villavicencio ME, Troyo Sanromán R, Vega López MG. Uv.mx: Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara Jalisco México. [Online].; 2010. Available from: <http://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-De-Vida-Y-Salud.pdf>.
51. SERNAC - Servicio Nacional del Consumidor - Chile. Ffiapam.org: Nutrición y Cuidados del Adulto Mayor, Recomendaciones para una Alimentación

Saludable. [Online].; 2004. Available from: <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Nutricion-y-Cuidados-del-Adulto-Mayor.pdf>.

52. Flores Ramirez ME, Torres Lao R, Magallanes Corimanya M. Minsa.gob.pe: Orientaciones Técnicas para la Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable. [Online].; 2005. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgps/ORIENTACIONES%20TECNICAS%20ALIMENTACION%20SALUDABLE.doc>.
53. Congreso de la República - Perú. Mimp.gob.pe: Ley N° 28803 - Ley de las Personas Adultas Mayores. [Online].; 2006. Available from: http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/Ley_28803_Ley_del_Adulto_Mayor.pdf.
54. Essalud - Perú. Essalud.gob.pe: Encuentro Latinoamericano: “Lineamientos y Desafíos en la Atención Socio Sanitaria de las Personas Mayores en Essalud, Lima - Perú”. [Online].; 2016. Available from: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/observatorio_de_poblaciones_vulnerables/cam.html.

ANEXOS

ANEXO N° 01



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL
ADULTO

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONÓMICO

1. Sexo: Masculino () Femenino ()

2. Grado de instrucción:

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

3. Ingreso económico familiar en soles

- Menor de 750 soles ()
- De 751 a 1000 soles ()
- De 1001 a 1400 soles ()

- De 1401 a 1800 soles ()
- De 1801 a más ()

4. Ocupación del jefe de familia

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

5. Vivienda

5.1.Tipo:

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

5.2.Tenencia:

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

5.3.Material del piso:

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

5.4. Material del techo:

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

5.5. Material de las paredes:

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

5.6. Cuantas personas duermen en una habitación

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

6. Abastecimiento de agua:

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

7. Eliminación de excretas:

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

- Baño propio ()
- Otros ()

8. Combustible para cocinar:

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

9. Energía eléctrica:

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

10. Disposición de basura:

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

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

13. ¿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 ()

14. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

15. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

16. ¿Con que frecuencia se baña?

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

17. ¿Se realiza Ud. ¿Algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud?

Si () No ()

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

Camina () Deporte () Gimnasia () No realizo ()

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

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

DIETA:

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

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

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

21. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

22. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

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

23. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

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

24. ¿En qué institución de salud se atendió en estos 12 últimos meses?

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

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

- Muy cerca de su casa ()

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

26. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

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

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

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

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

29. ¿Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si () No ()

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 del Adulto Mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015 desarrollado 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 el adulto.

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 con el 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 DEL ADULTO MAYOR. ASOCIACIÓN MUTUAL DE SUB OFICIALES RETIRADOS DE LA PNP - TRUJILLO, 2015”
3. Cada experto para cada ítem 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 N° 01

V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre Determinantes de la Salud del Adulto Mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de da PNP - Trujillo, 2015

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		
Coficiente 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 el adulto.



ANEXO N° 03

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD

Confiabilidad Inter evaluador

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 Inter evaluador.

TABLA N° 02
REGISTRO DE LAS CALIFICACIONES DE CADA UNO DE LOS EXPERTOS A LAS PREGUNTAS DEL
CUESTIONARIO

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

16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
21	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
35	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
38	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
Coefficiente de validez del instrumento															0,998



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
 DETERMINANTES DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR. ASOCIACIÓN
 MUTUAL DE SUB OFICIALES RETIRADOS DE LA PNP - TRUJILLO, 2015**

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

Comentario:									
P24									
Comentario									
P25									
Comentario									
P26									
Comentario									
P27									
Comentario									
P28									
Comentario									
6 DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIA									
P29									
Comentario									
P30									
Comentario									
P31									
Comentario									
P32									
Comentario									
P33									
Comentario									
P34									
Comentario									
P35									
Comentario									
P36									
Comentario									
P37									
Comentario									
P38									
Comentario									

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

Gracias por su colaboración.



ANEXO N° 04

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR. ASOCIACIÓN
MUTUAL DE SUB OFICIALES RETIRADOS DE LA PNP - TRUJILLO, 2015**

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.

El investigador se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los
datos, los resultados se informarán 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



**ASOCIACIÓN MUTUAL DE SUB OFICIALES RETIRADOS PNP. LL.
AMSOR**

Fundada el 30 de Agosto de 1,961, reconocida oficialmente por R.M. No. 1442 del 10 de Julio de 1,964, sito en Av. América Sur No. 396 Urb. Palermo - Trujillo - RUC 20275867242 - Tel.: 217171
RPC 976395534 Correo Electrónico: amsor_pnp@hotmail.com

“AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN”

Trujillo, 12 de Mayo del 2015

Señora:
LIC. ENF. ROSA QUIÑONES SÁNCHEZ
DOCENTE DEL CURSO DE TESIS I DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE
SEDE TRUJILLO.
Presente.-

Por la presente me es grato saludarla, a la vez hacer de su conocimiento que en mi representada la Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP. La Libertad, está integrada por 607 socios adultos mayores (hombres y mujeres).

Sin otro particular.

Atentamente,

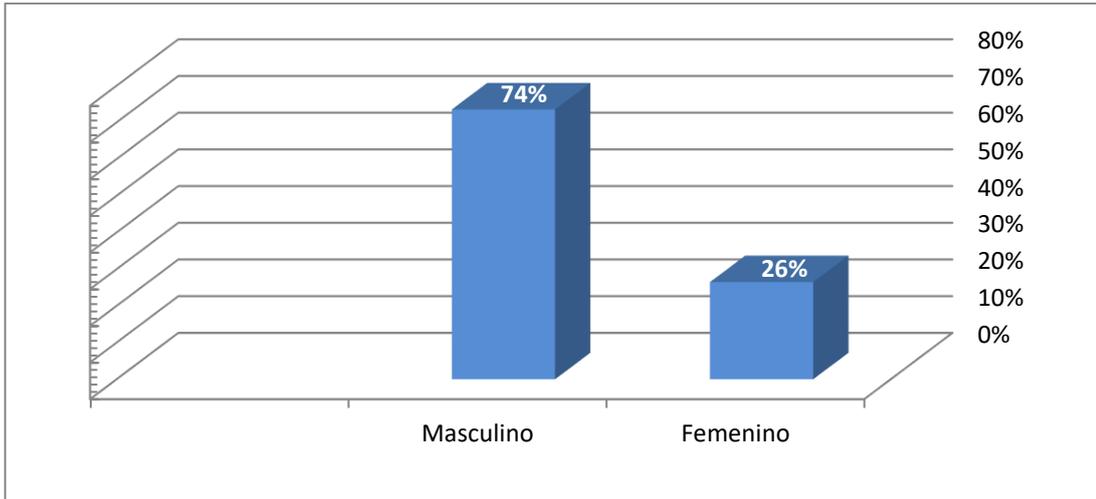


Wilfredo P. Casanova Perez
PRESIDENTE
AMSOR PNP LL

ANEXO N° 06

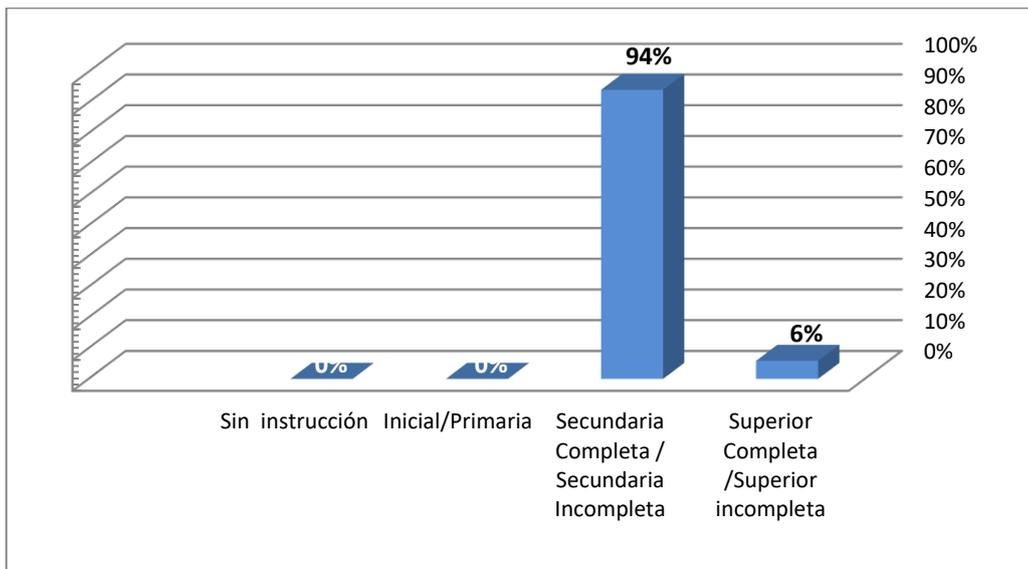
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONOMICOS

Gráfico N° 1
Sexo del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 1

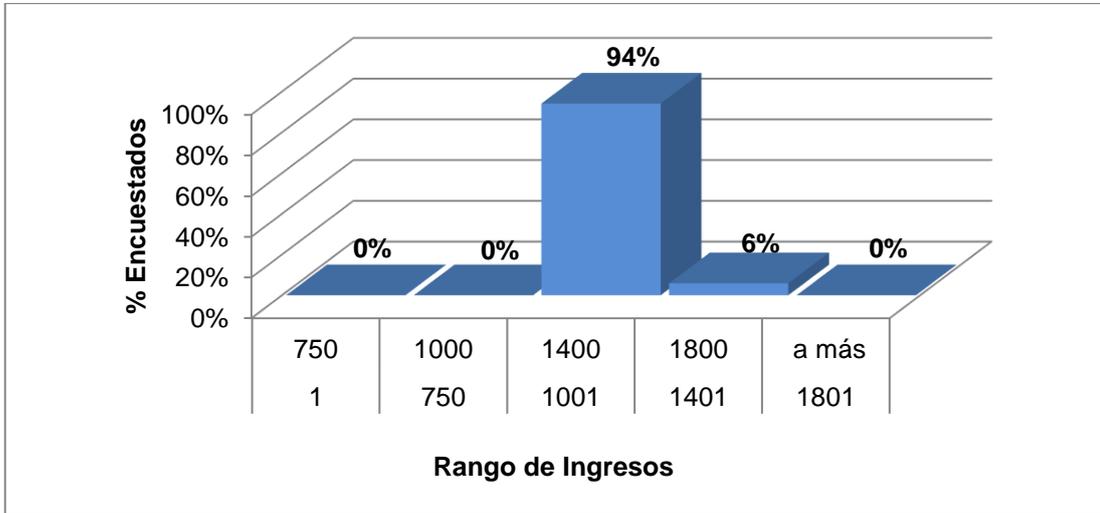
Gráfico N° 2
Grado de instrucción del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 1

Gráfico N° 3

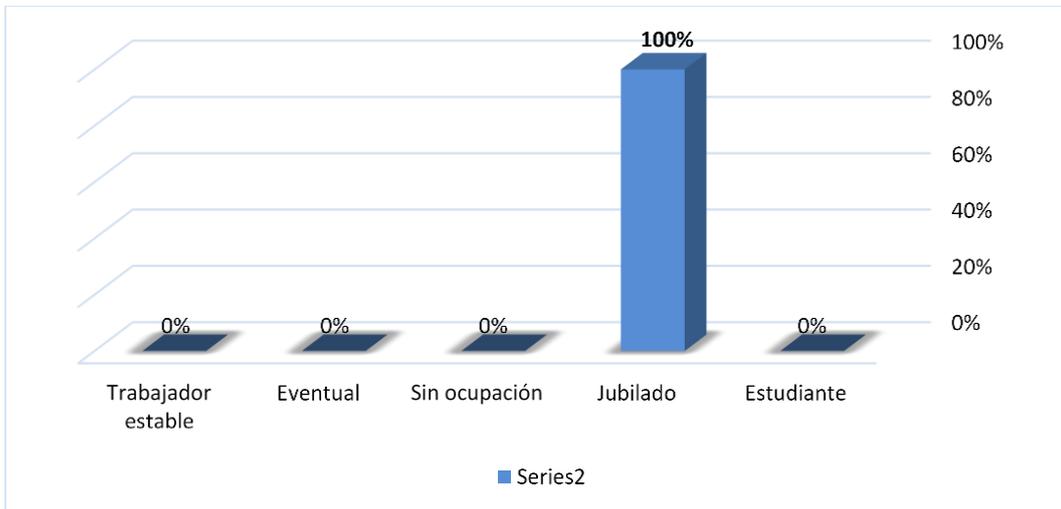
Ingreso Económico Familiar del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 1

Gráfico N° 4

Ocupación del jefe de familia del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales retirados de la PNP-Trujillo, 2015

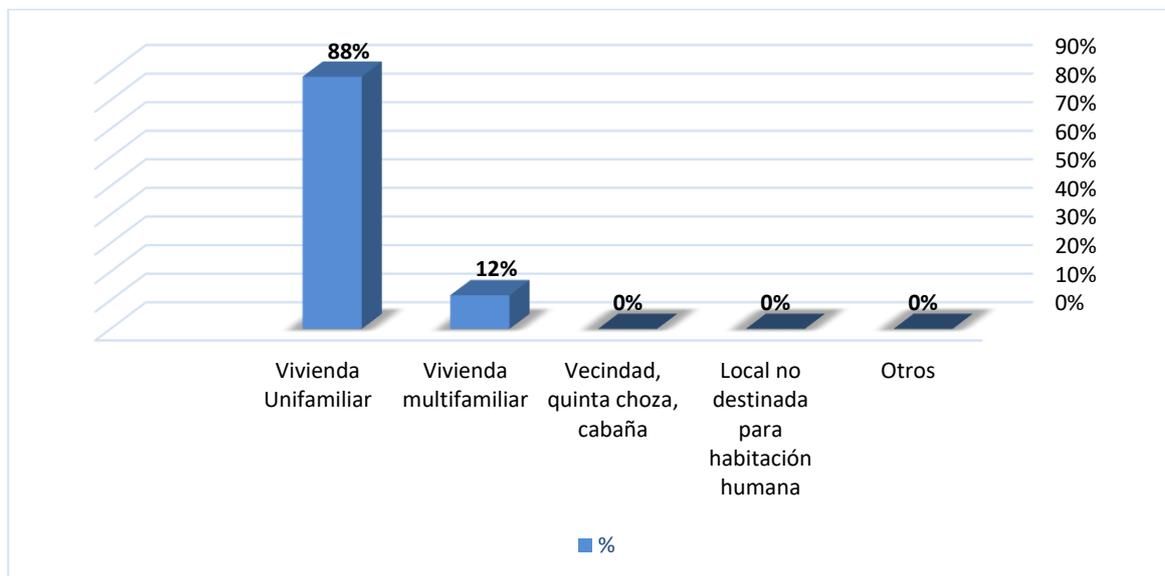


Fuente: Ídem Tabla N° 1

DETERMINANTES DEL ENTORNO FÍSICO

Gráfico N° 5.1

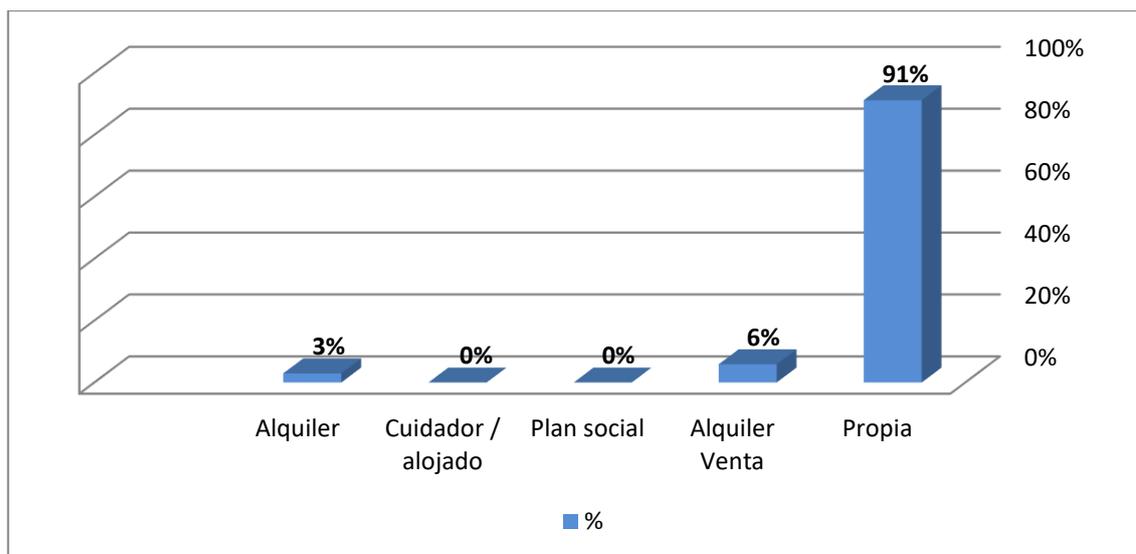
Tipo de Vivienda del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 5.2

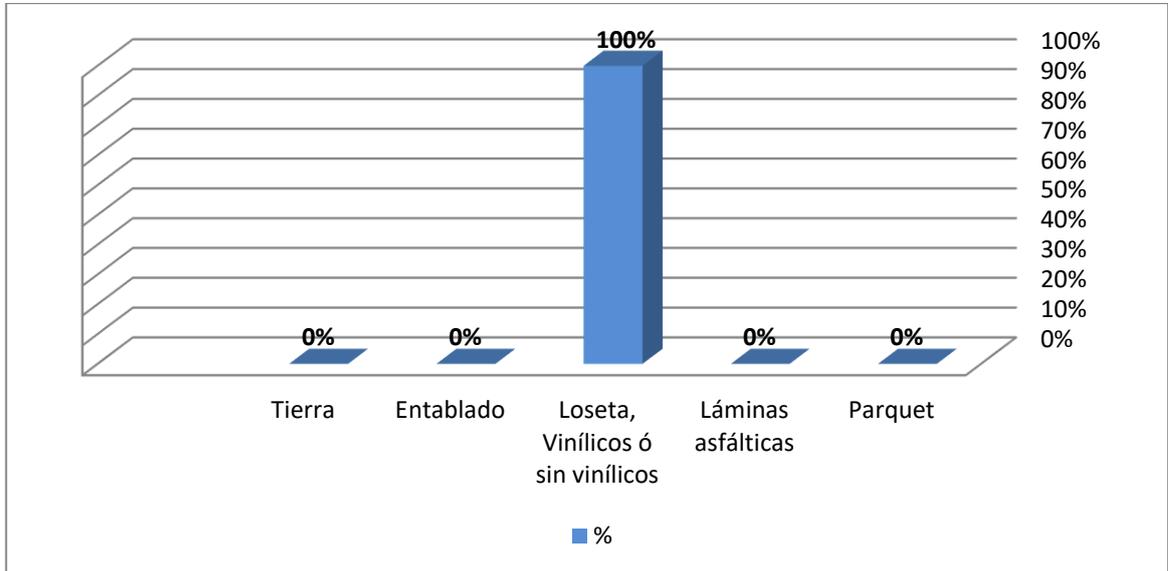
Tenencia del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 5.3

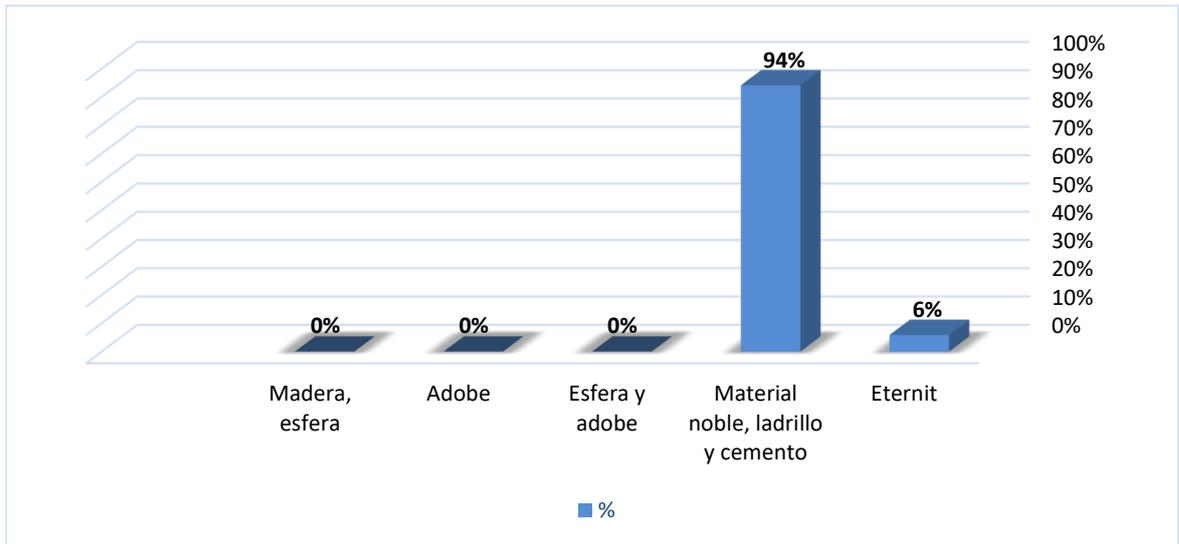
Material del piso del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 5.4

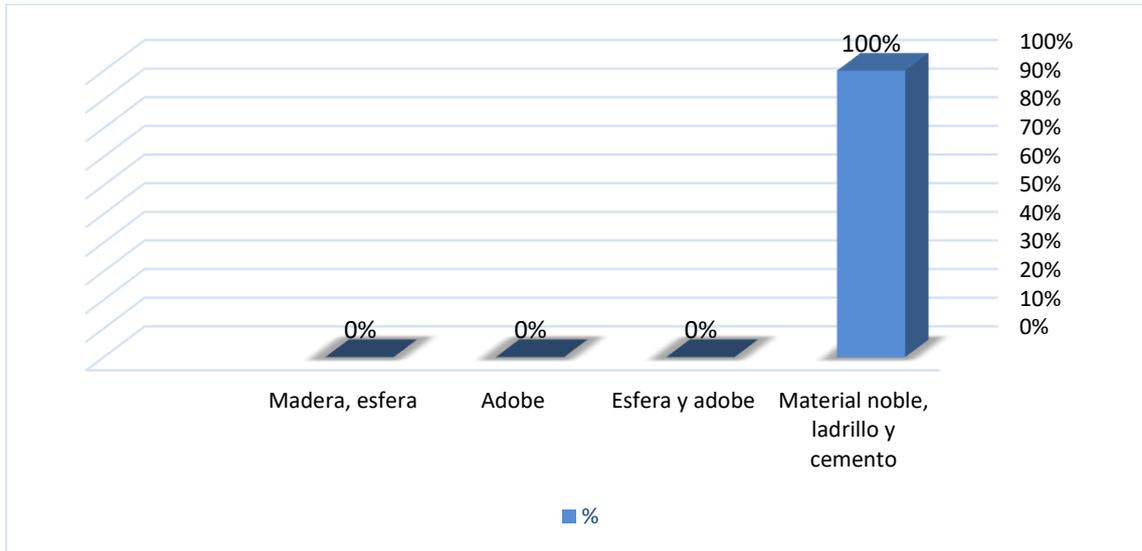
Material del techo del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 5.5

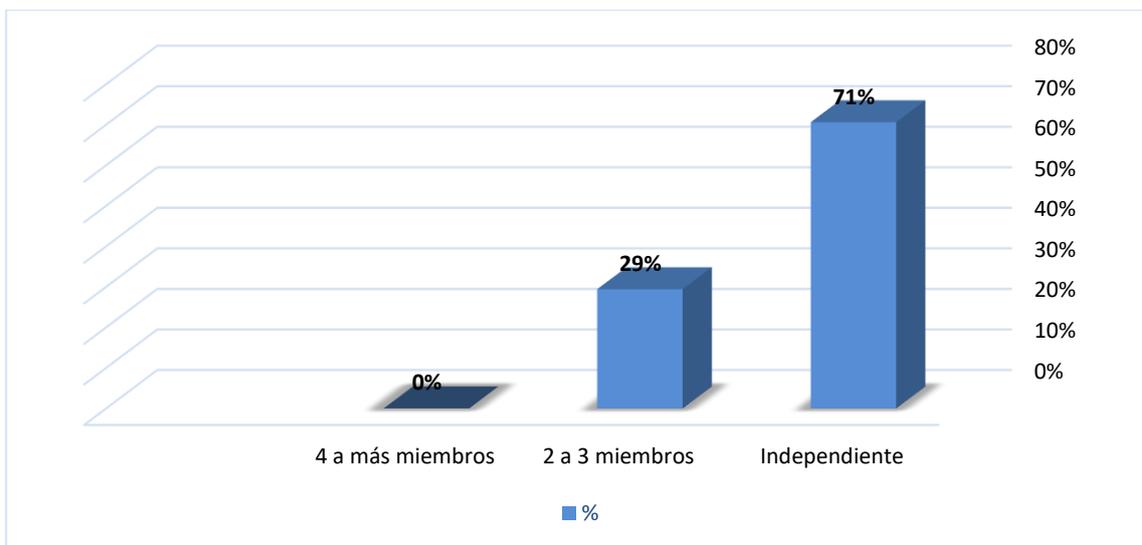
Material de las paredes del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 5.6

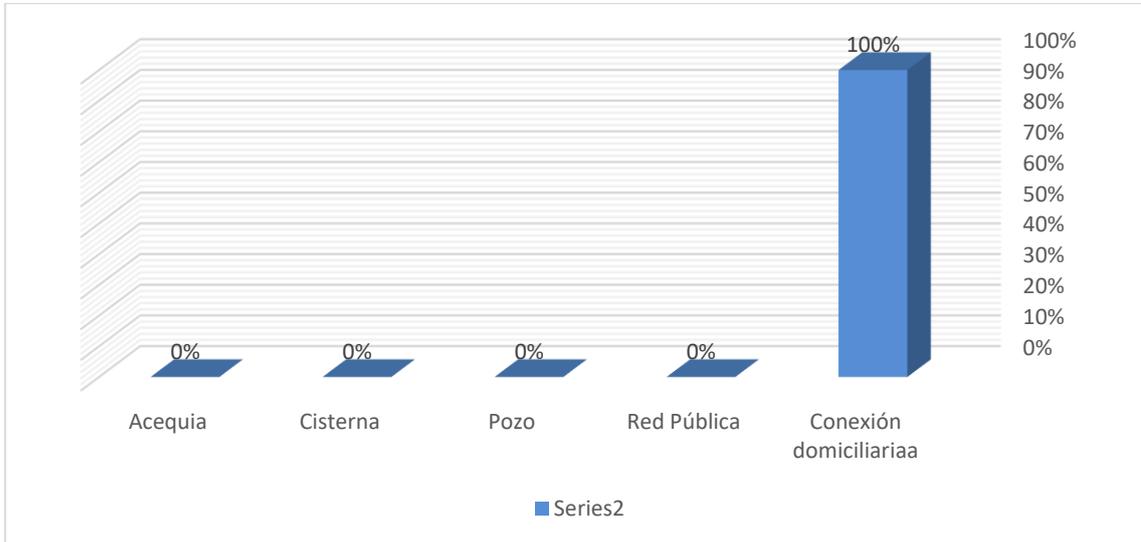
Cantidad de personas que duermen en una habitación del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 6

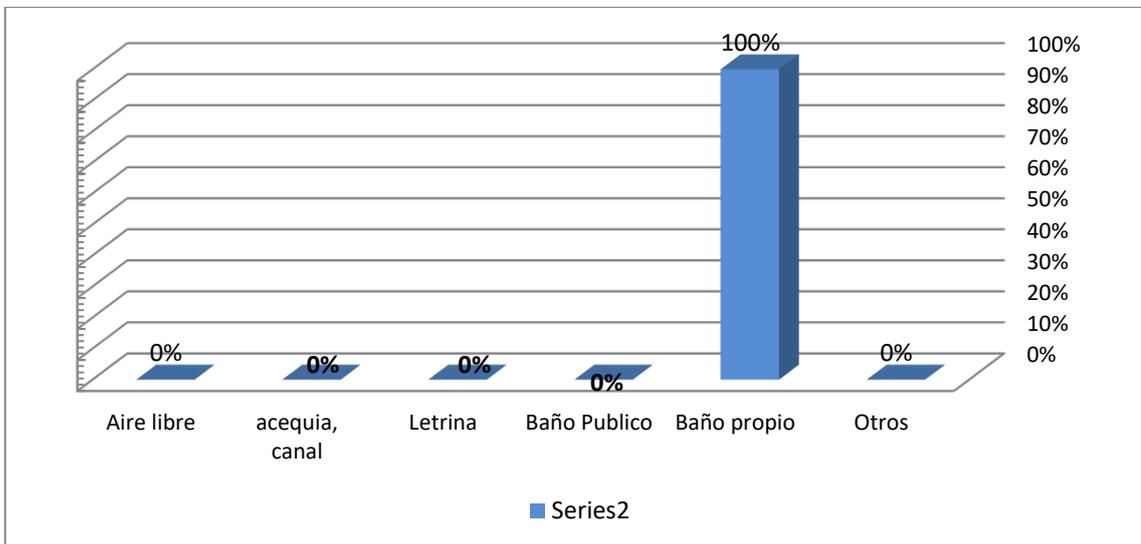
Formas de abastecimiento de agua potable del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 7

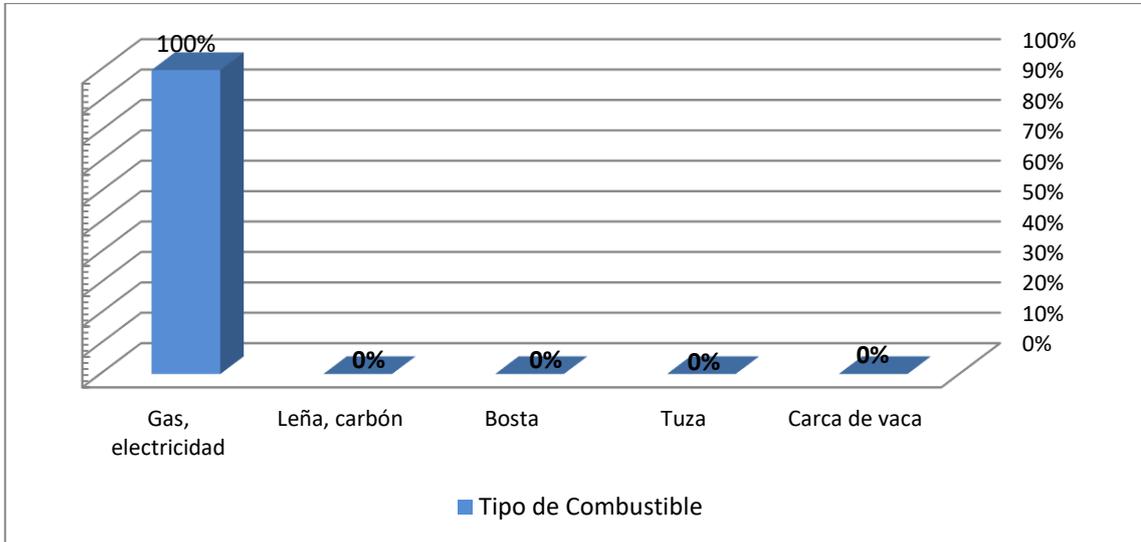
Eliminación de excretas del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 8

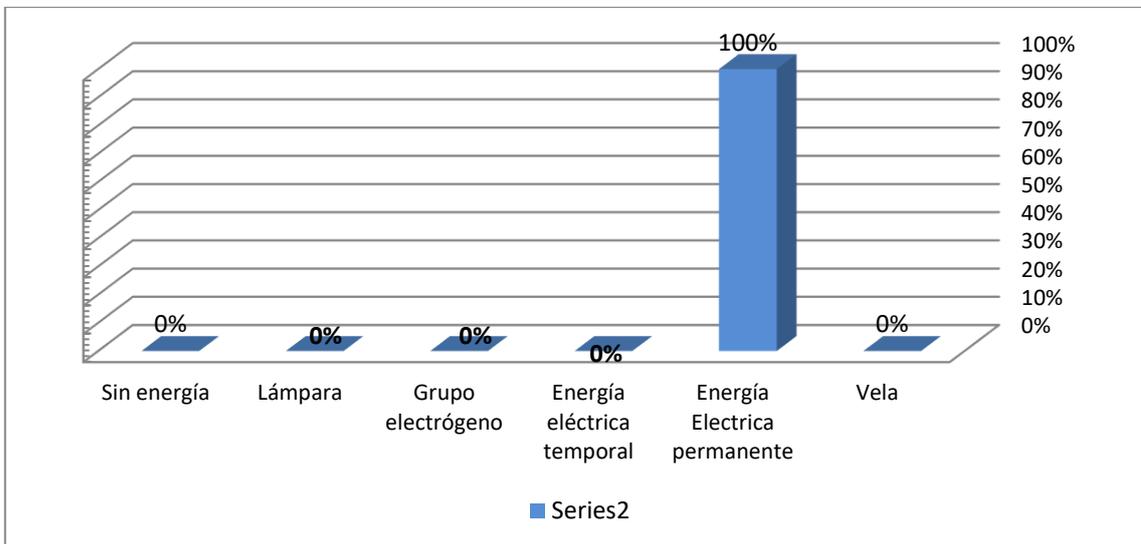
Combustible para cocinar del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 9

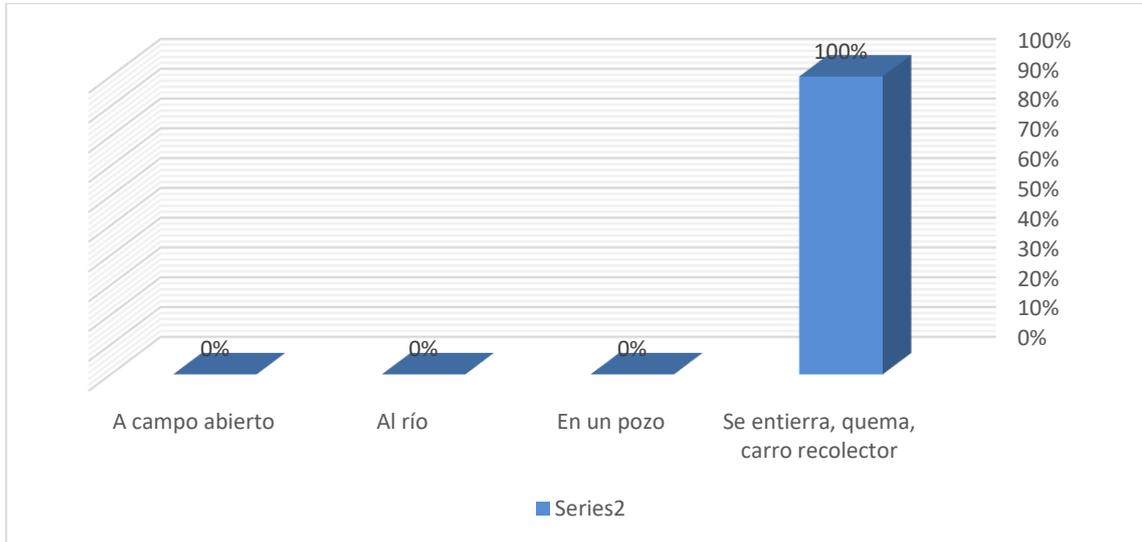
Energía eléctrica del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 10

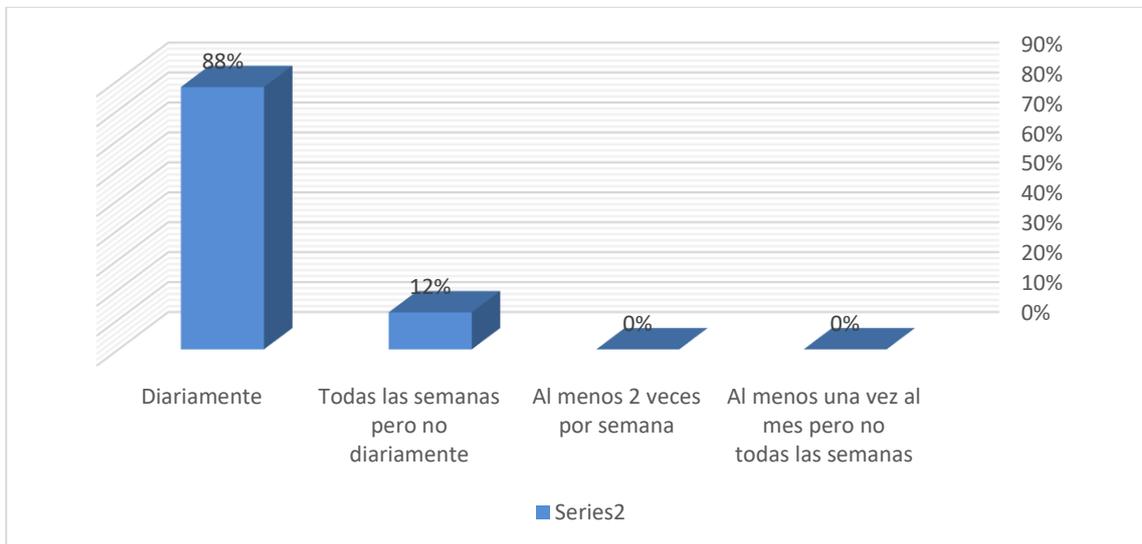
Disposición de basura del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 11

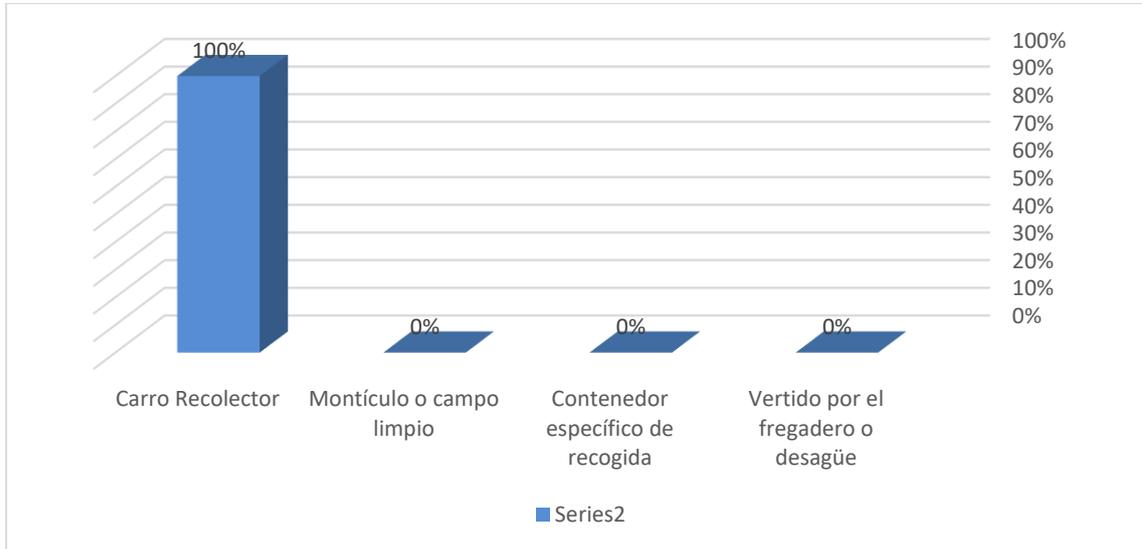
Frecuencia de recojo de basura del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 2

Gráfico N° 12

Lugares de eliminación de basura del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015

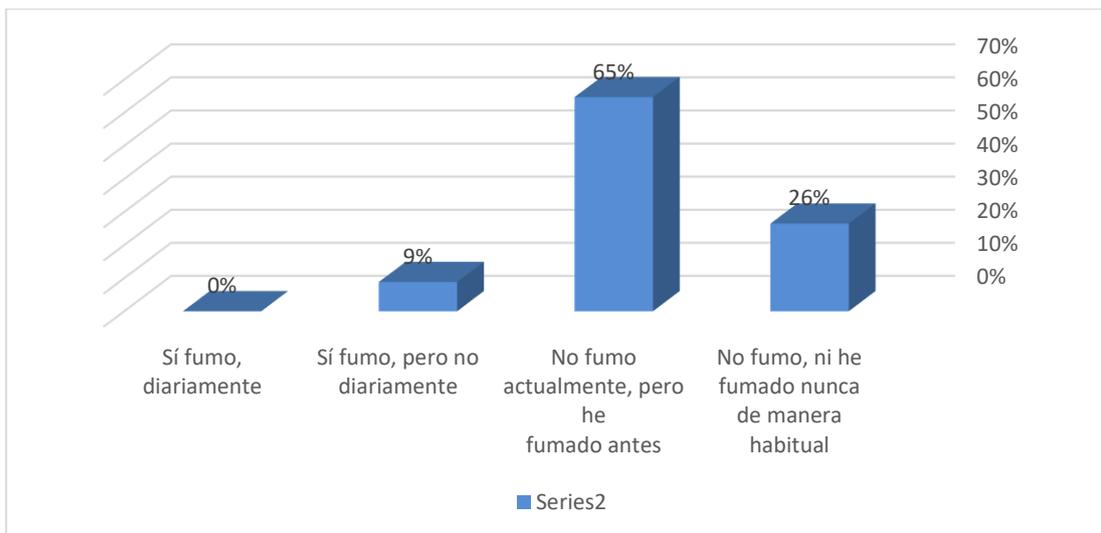


Fuente: Ídem Tabla N° 2

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Gráfico N° 13

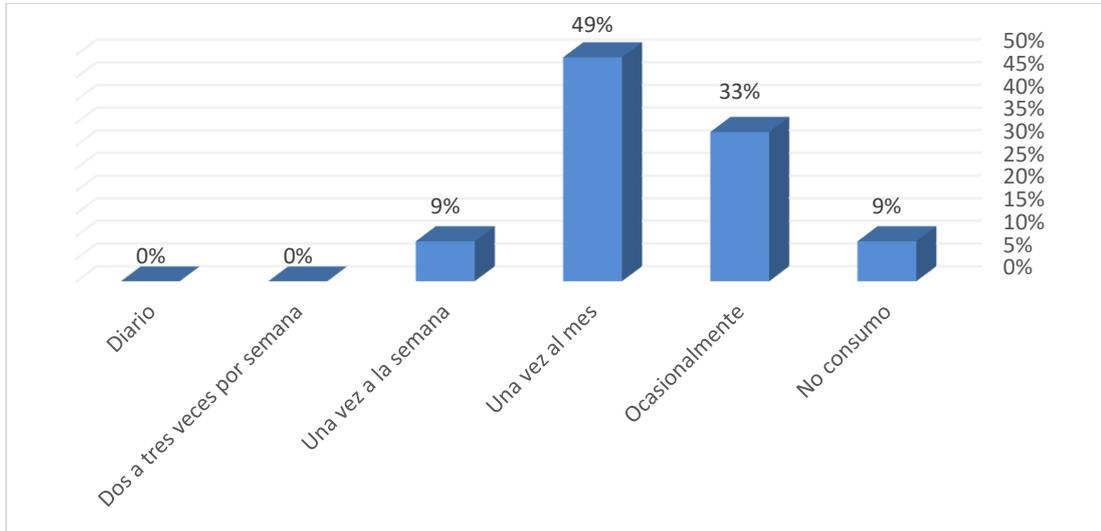
Consumo actual de cigarrillos del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 3

Gráfico N° 14

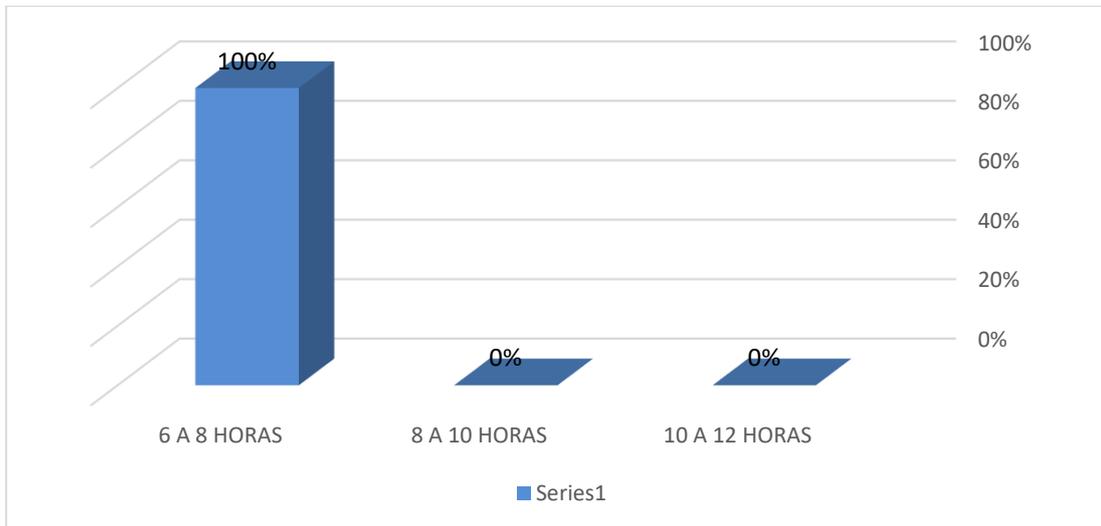
Frecuencia de ingerir bebidas alcohólicas del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 3

Gráfico N° 15

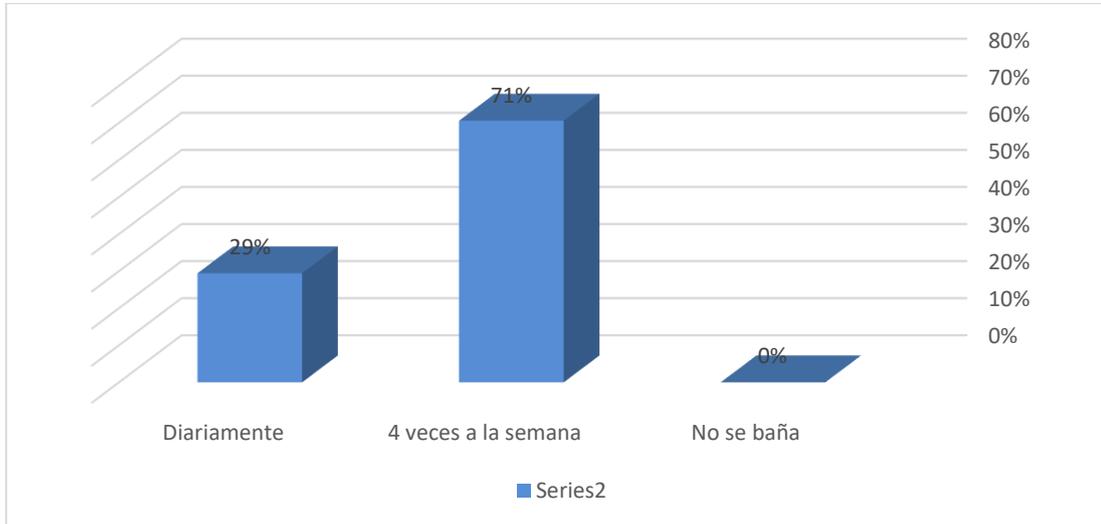
Cantidad de horas de sueño del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 3

Gráfico N° 16

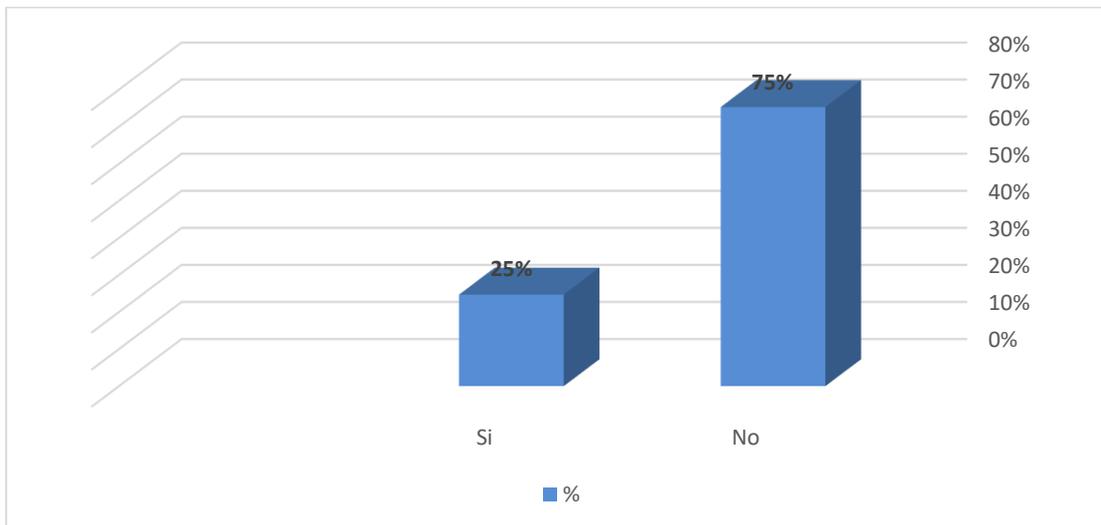
Frecuencia de aseo del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 3

Gráfico N° 17

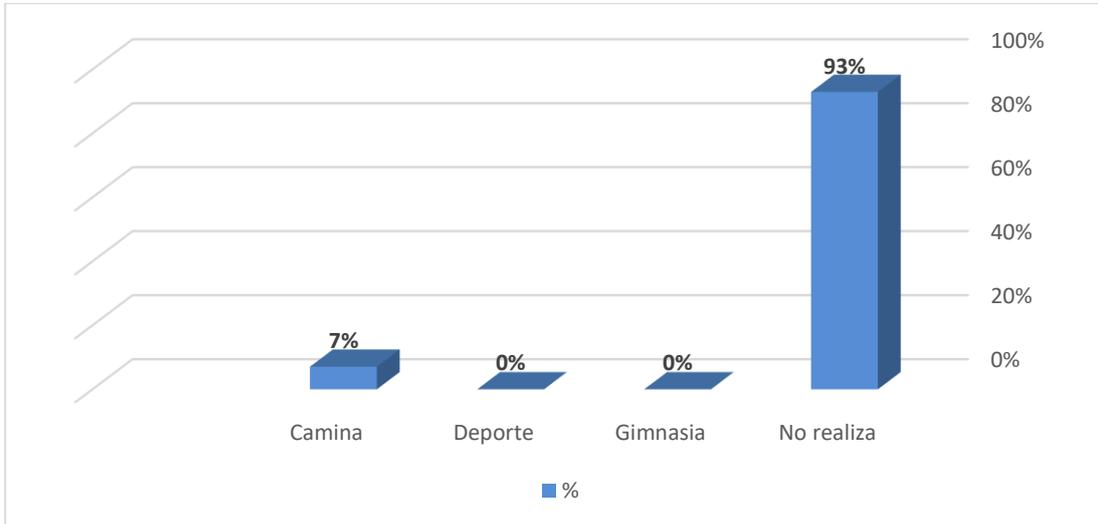
Examen médico periódico del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 3

Gráfico N° 18

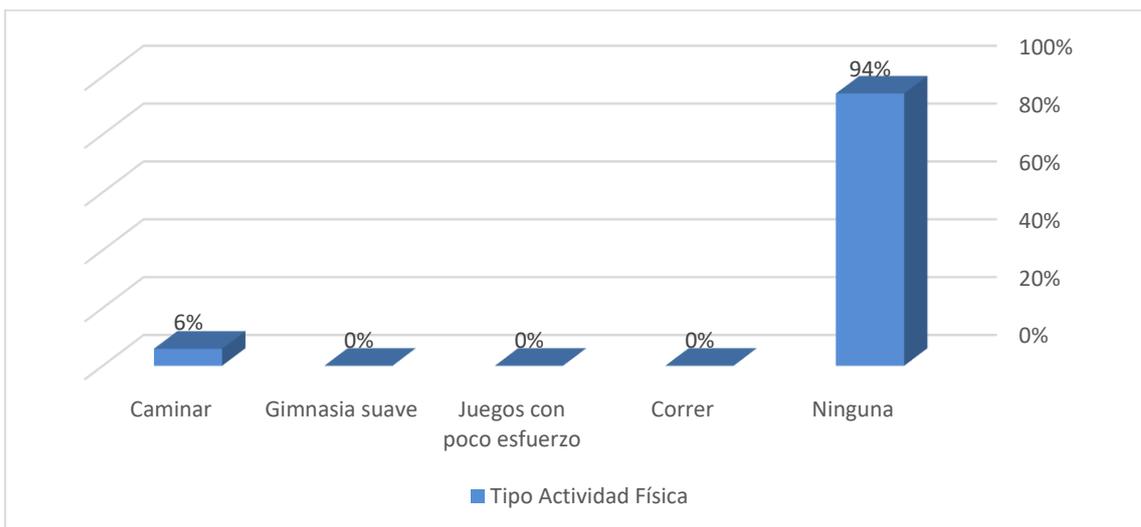
Actividad física en tiempo libre del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 3

Gráfico N° 19

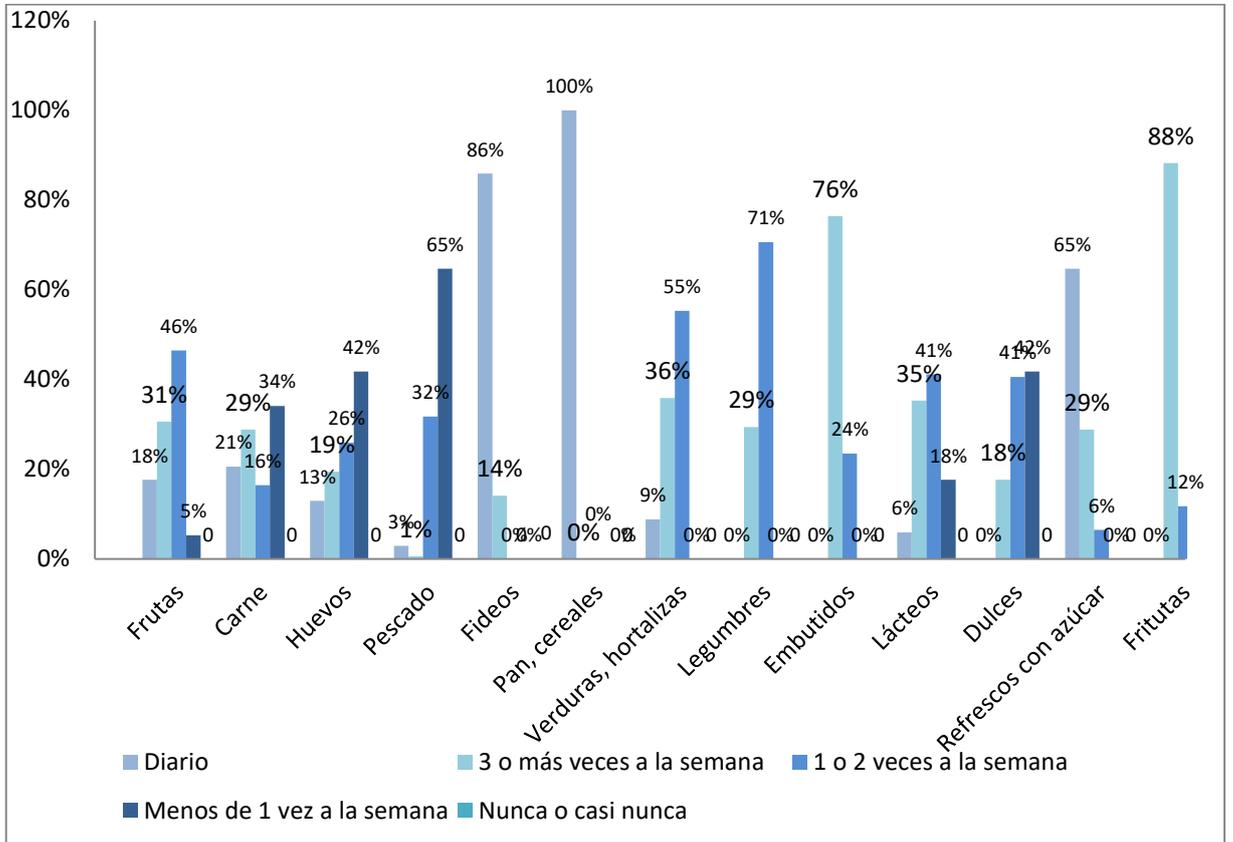
Actividad física realizada hace 2 semanas del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 3

Gráfico N° 20

Frecuencia del consumo de alimentos del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015

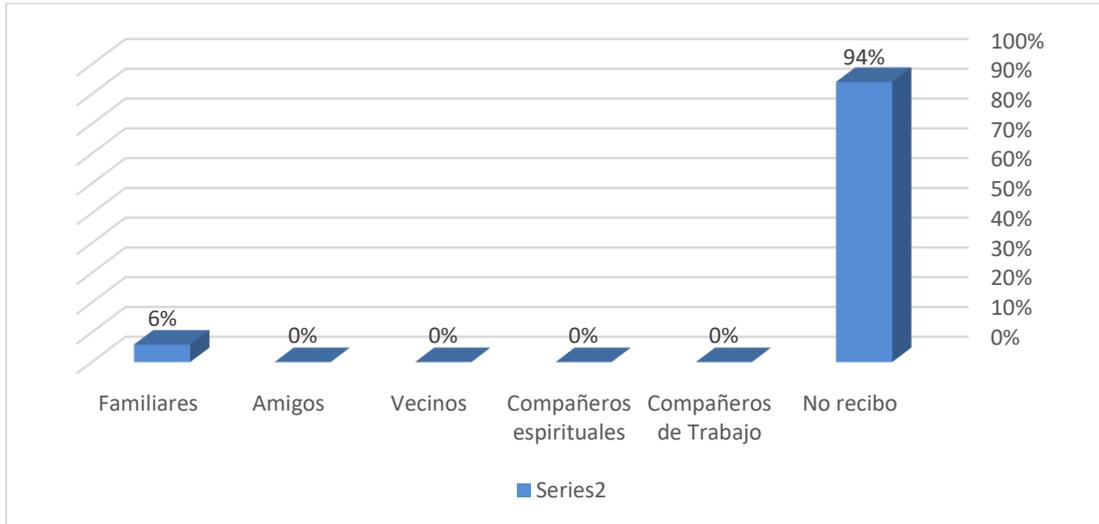


Fuente: Ídem Tabla N° 3

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Gráfico N° 21

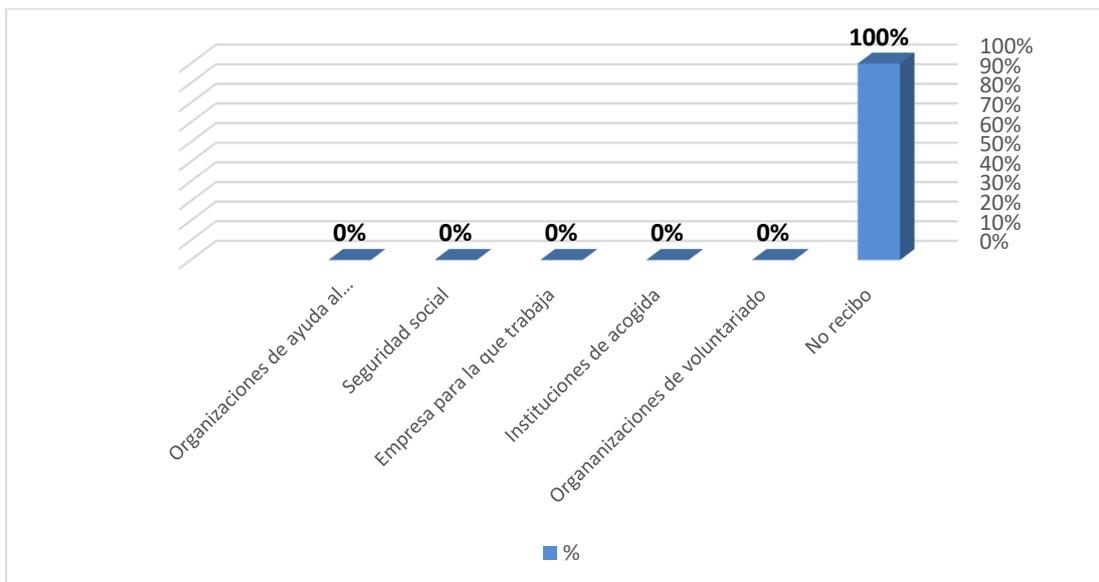
Apoyo social natural del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 4

Gráfico N° 22

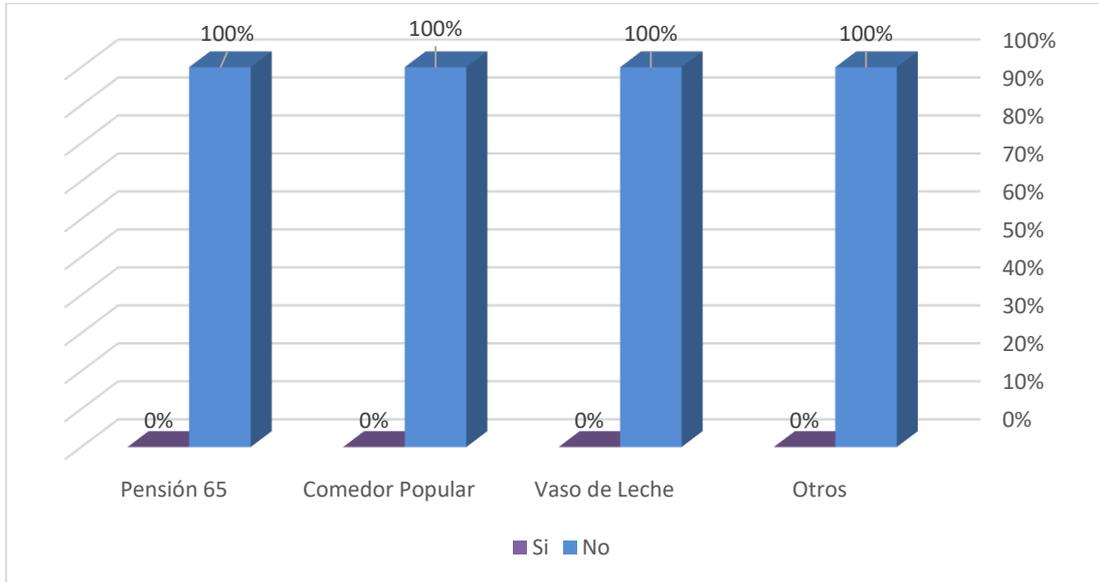
Apoyo social organizado del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 4

Gráfico N° 23

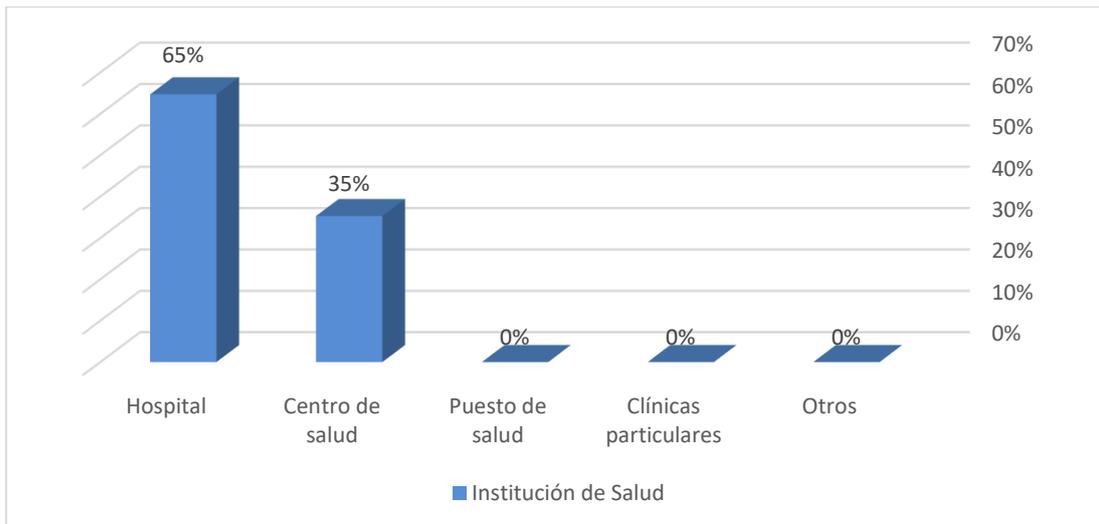
Apoyo de organizaciones del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 4

Gráfico N° 24

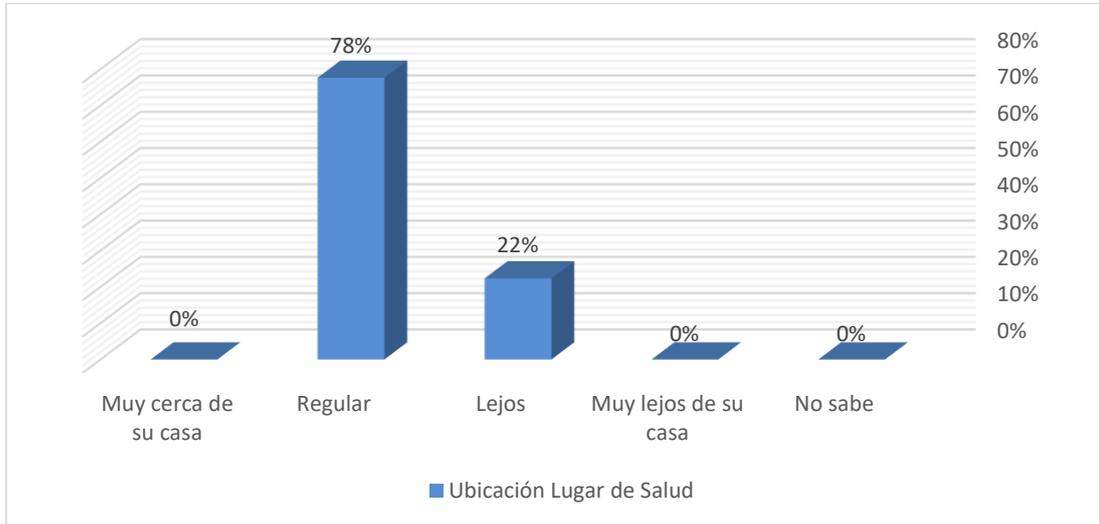
Institución de salud de atención en los últimos 12 meses del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 4

Gráfico N° 25

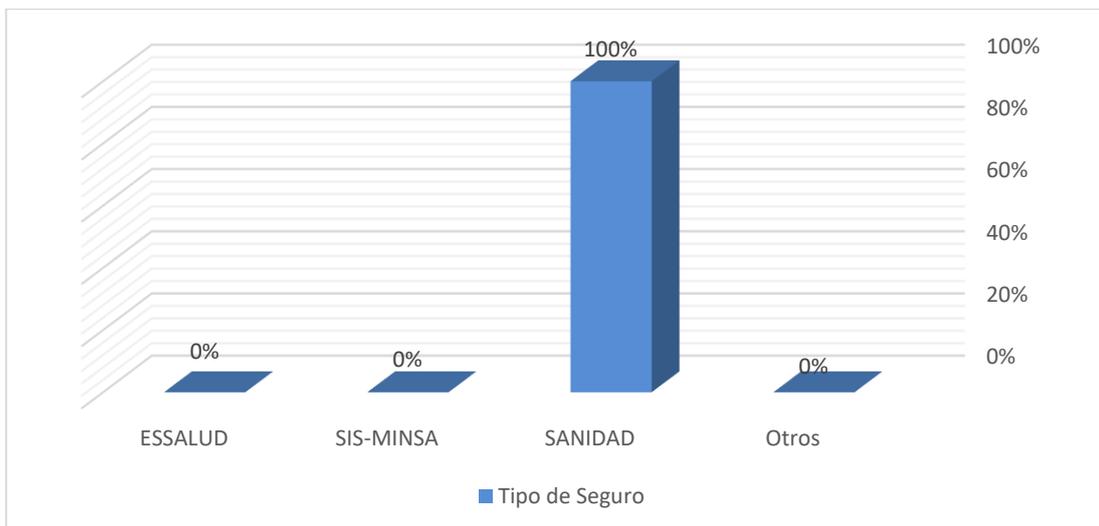
**Ubicación del lugar de salud en relación con la casa del adulto mayor.
Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015**



Fuente: Ídem Tabla N° 4

Gráfico N° 26

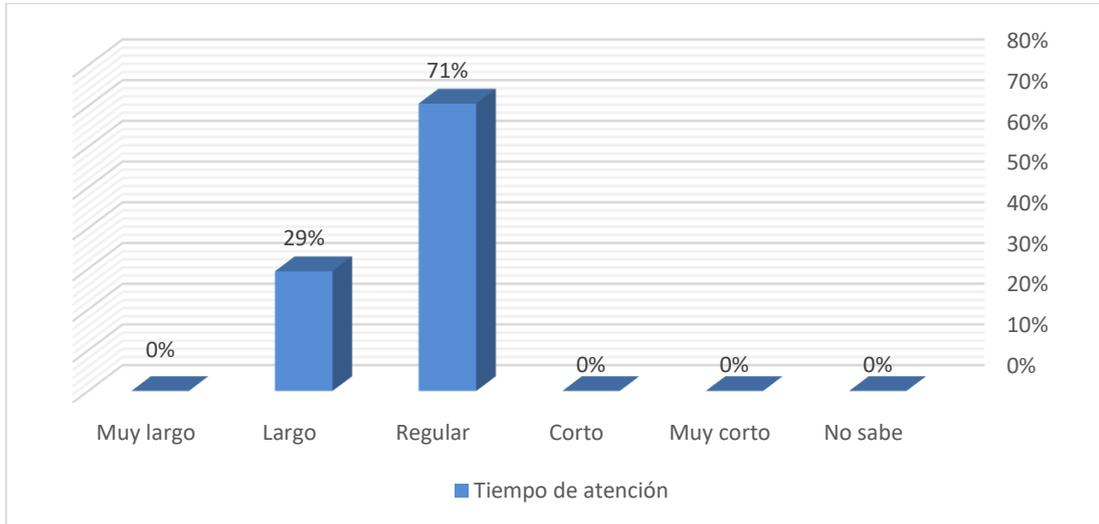
Tipo de seguro del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 4

Gráfico N° 27

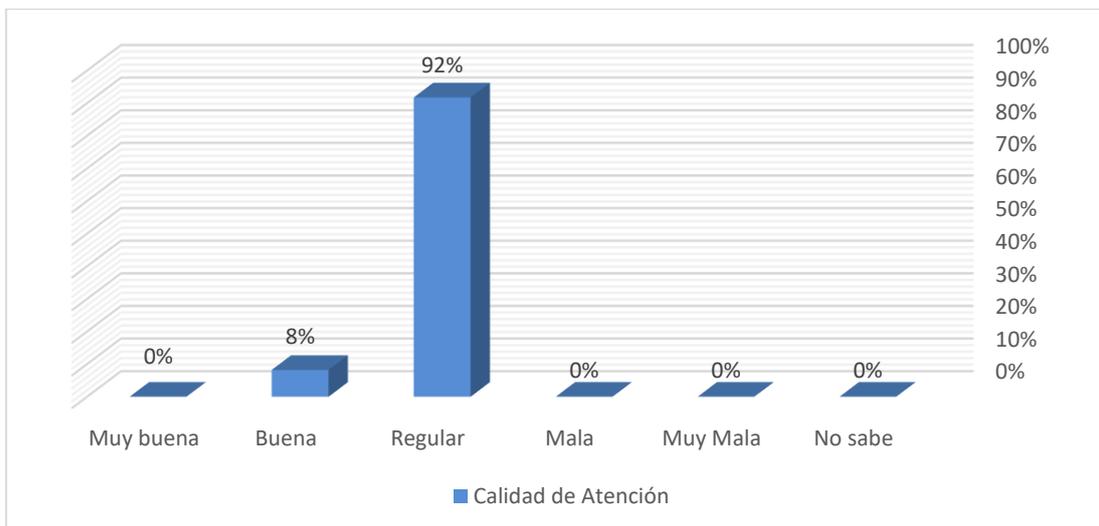
Tiempo de atención establecimiento de salud del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 4

Gráfico N° 28

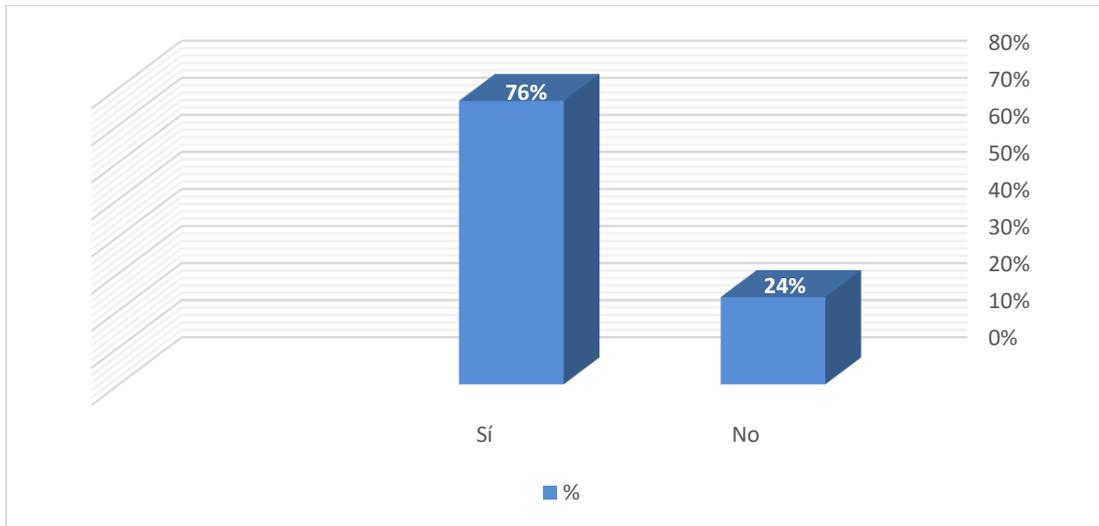
Calidad de atención establecimiento de salud del adulto mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015



Fuente: Ídem Tabla N° 04

Gráfico N° 29

**Existencia de pandillaje o delincuencia cerca de la casa del adulto mayor.
Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP - Trujillo, 2015**



Fuente: Ídem Tabla N° 4