



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS
MADUROS. ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION-
CHIMBOTE, 2015**

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

AUTORA:

ESTHER MILAGRITOS MORENO DE LA CRUZ

ASESOR:

Dra. MARÍA ADRIANA VILCHEZ REYES

CHIMBOTE - PERÚ

2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS

**Mgtr. JULIA CANTALICIA AVELINO QUIROZ.
PRESIDENTA**

**Mgtr. LEDA MARIA GUILLEN SALAZAR.
SECRETARIA**

**Dra. SONIA AVELINA GIRÓN LUCIANO.
MIEMBRO**

DEDICATORIA

Dedico la presente investigación a mis padres María De La Cruz Roldan Y Félix Moreno Castillo, por haberme dado la vida y guiado a través del camino de la vida, con valores y fe cristiana.

Al padre de mi hija que desde el cielo siempre está a mi lado acompañándome y deseando que logre mis sueños planteados para seguir recordándome la importancia de ser una profesional de calidad.

A la Dra. Adriana Vílchez, por brindarme los conocimientos necesarios para poder culminar la tesis.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios por darme la vida y por concederme el grandioso regalo que es mi hija y por darme mis días productivos, donde siempre hay algo que aprender adquiriendo fortaleza de espíritu y ganas de seguir sobresaliendo.

En segundo lugar, agradezco a mis padres, que siempre han estado a mi lado y por haberme levantado cuando caía, dándome la mano, guiándome, brindándome su apoyo incondicional para lograr hacer de mí una persona con metas, dispuesta a enfrentar los retos que se presenten a lo largo de la vida.

Finalmente agradecer a la docente del curso la Dra. Adriana Vílchez, porque en cada clase aprendí algo nuevo y valioso para mi vida profesional.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud en los adultos maduros, asentamiento humano la Unión - Chimbote, 2015. La muestra estuvo constituida por 120 adultos maduros, a quienes se le aplicó un instrumento: cuestionario sobre los determinantes de la salud utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software PASW Statistics versión 18.0, para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos. Obteniéndose los siguientes resultados: En los determinantes biosocioeconomicos la mayoría tiene secundaria incompleta, completa, el ingreso económico es menor de 750.00, más de la mitad son de sexo femenino y el trabajo es eventual. En los determinantes de estilos de vida casi la totalidad duermen de 6 a 8 horas, diariamente consumen fideos y casi la mayoría no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual. En los determinantes de redes sociales y comunitarias, la totalidad de los adultos maduros no reciben apoyo social organizado, no reciben apoyo social de organizaciones, la mayoría en los 12 últimos meses se atendieron en un puesto de salud, consideran el lugar donde se atendieron regular, el tipo de seguro que tienen es SIS-Minsa, tiempo de espera para que les atiendan es regular.

Palabras clave: Adulto, determinantes, maduro.

ABSTRACT

This quantitative research, descriptive design with one box. It aimed to describe the determinants of health in mature adults, human settlement Union - Chimbote, 2015. The sample consisted of 120 mature adults, whom it was applied an instrument: questionnaire on health determinants using the technique interview and observation. Data were processed in a database of Microsoft Excel and then be exported to a database in SPSS version 18.0 for their respective processing software. For analysis of data distribution tables absolute and relative percentage frequencies were constructed. And their respective statistical graphics. With the following results: In determining biosocioeconomicos most have incomplete secondary, complete, income is under 750.00, more than half are female and work is possible. On the determinants of lifestyle almost all sleep 6 to 8 hours, almost daily consume noodles and most do not smoke or have never smoked regularly. On the determinants of social and community networks, all mature adults receive no organized social support, receive social support organizations, mostly in the last 12 months were treated at a health post, as the place where they were met regularly the type of insurance they have is SIS-MoH, waiting time to be waited for is regular.

Keywords: Adult, determinants, matured.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	<i>Pág.</i>
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.2 Antecedentes.....	11
2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación.....	13
III. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	21
3.2. Universo muestral.....	21
3.3. Definición y Operacionalización de variables.....	22
3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	32
3.5. Plan de análisis.....	35
3.6. Principios éticos.....	36
RESULTADOS	
4.1. Resultados.....	38
4.2. Análisis de los resultados.....	49
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones.....	75
5.2. Recomendaciones.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
ANEXOS.....	93

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1	38
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS MADUROS .ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN, CHIMBOTE- 2015	
TABLA 2	39
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS MADUROS.ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN, CHIMBOTE- 2015.	
TABLA 3	42
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MADUROS .ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN, CHIMBOTE,-2015.	
TABLA 4,5,6	45,47,48
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIA EN ADULTOS MADUROS ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN, CHIMBOTE-2015.	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<i>Pág.</i>
GRÁFICOS 1.....	115
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS MADUROS .ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN, CHIMBOTE-2015.	
GRÁFICO 2.....	117
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS MADUROS. ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN, CHIMBOTE- 2015.	
GRÁFICOS 3.....	124
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN AUDLTOS MADUROS .ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN, CHIMBOTE-2015.	
GRÁFICOS 4,5,6.....	129
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIA EN ADULTOS MADUROS. ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN, CHIMBOTE- 2015.	

I.-INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo como propósito identificar los determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano La Unión – Chimbote, 2015.y con ello contribuir en la mejora de los estilos y calidad de vida.

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 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 (1).

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

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen

referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico (2).

Cuando hablamos de nivel de salud de una población, en realidad se está hablando de distintos factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones y la mitad de los factores que influyen sobre cuán saludable es una población tienen que ver con factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los factores ambientales un 10% y los asociados a atención de salud en un 25%. Por lo tanto, la mitad de los efectos en salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud (3).

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

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

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

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

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

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

La salud en adultos maduros 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 del adulto (7).

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

Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres, no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles (8).

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

desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (9).

Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud (10).

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

En nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Por un lado, existen inequidades de acceso a los servicios. Por otro, hay inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales,

diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (11).

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

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

No es ajena el asentamiento humano la Unión que se ubica dentro de la jurisdicción del puesto de salud La Unión, distrito de Chimbote, Provincia del Santa. Este sector limita por el Norte con La Av. Jorge Chávez, por el Sur

con san José, por el Este Jr. a Abancay y por el Oeste Buenos Aires ,en el asentamiento humano “La Unión” habitan aproximadamente 3828 adultos maduros que se dedican a la agricultura, al cultivo, y a la venta de arroz, maíz y caña de azúcar, también hay mujeres que son amas de casa, personas adultas maduras son estudiantes de nivel superior , así mismo la comunidad y su población no goza de una buena situación económica. Actualmente los adultos maduros del asentamiento humano La Unión están propensos a contraer enfermedades crónicas, dermatológicas, respiratorias, etc. Esto se da por la falta de cobertura y la calidad de los servicios socio sanitario, la garantía de una buena asistencia alimentaria y nutricional, y la generación de oportunidades para una vida saludable armónica dentro de su familia y su comunidad. (13).

Esta comunidad fue fundada hace 60 años, cuenta con los tres servicios básicos, el carro recolector de basura pasa tres veces por semana, además cuenta con un parque y un puesto de salud. El puesto de salud La Unión; brinda atención integral de salud a las personas de su jurisdicción . Asimismo algunas personas se encuentran afiliadas por el Seguro Integral de Salud (SIS) y otros aun no gozan de ningún tipo de seguro. (13).

Por lo anteriormente expuesto, se consideró pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema:

¿Cuáles son los determinantes de la salud en adultos maduros. Asentamiento Humano La Unión, Chimbote-2015?

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

Describir los determinantes de salud en adultos maduros del asentamiento humano la Unión-Chimbote,2015.

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

Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico (sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) en los adultos maduros asentamiento humano La Unión – Chimbote, 2015.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), en adultos maduros asentamiento humano La Unión – Chimbote, 2015.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud y su impacto en la salud, autopercepción del estado de salud en los adultos maduros. Asentamiento humano La Unión-Chimbote , 2015.

Finalmente, la investigación se justificó en el campo de la salud de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote ya que permitió generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de los adultos maduro en el asentamiento humano La Unión- Chimbote, 2015 y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación que se realizó es una función que todo sistema de salud requiere cumplir puesto

que ello contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios. Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de la población y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

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

Esta investigación es necesaria para el puesto de salud La Unión porque las conclusiones y recomendaciones contribuyeron a elevar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud del adulto 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 y municipios en el campo de la salud, así como para la población a nivel nacional; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar

cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismos.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1 Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

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

Tovar L y García G (15), En su investigación titulada “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”, concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el

ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.

A nivel Nacional:

Rodríguez Q (16), en su investigación titulada “Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo-Amazonas. Se encontró que los determinantes sociales: analfabetismo en madres (22,5%), en padres (10%), la agricultura como actividad económica predominante de los padres (72,5%), comercio en las madres (20%), limitado acceso al mercado, tecnología y financiamiento económico (45.5%); determinantes del derecho humano: limitado acceso a vida larga y saludable en niños con bajo peso al nacer (20%), limitado acceso al control de gestante (77,5%) e inmunizaciones (60%); en lo determinantes interculturales: usan leña para cocinar (80%) y plantas medicinales para cuidar su salud (65%). Concluyendo que la quinta parte de la población tiene limitado acceso a vida larga y saludable, ya que tuvieron bajo peso al nacer, padres prefieren que hijos trabajen en las vaquerías, repitiendo el año escolar, limitando sus competencias para acceder a un trabajo bien remunerado y a servicios de salud.

A nivel local:

Melgarejo E y col (17), 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 (sexo, grado instrucción, responsabilidad, antecedente de enfermedad y estado de salud) no tienen relación estadística significativa con el contexto de la participación comunitaria. Existe relación estadística significativa entre lugar de nacimiento y sobrecarga laboral.

2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación

El presente informe de investigación se fundamentó en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud.

Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (18).

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 (19).



Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (19).

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los

comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales.

Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida.

De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (19).



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

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad (20).

Los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar a través de su acción sobre los intermediarios. Es

decir, estos últimos pueden ser afectados por los estructurales y su vez afectar a la salud y el bienestar.

a) Determinantes estructurales

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

b) Determinantes intermediarios

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

c) Determinantes proximales

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más

relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones (20).

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

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (20).

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, la participación activa y responsable en las políticas públicas, así como el fortalecimiento de sus capacidades y competencias para otorgarle mayor eficacia a dicha participación.

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

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

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

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

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

personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (21)

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y nivel de investigación

Cuantitativo, descriptivo (22,23).

Diseño de una sola casilla (24,25).

3.2. Universo Muestral.

El universo muestral estuvo constituido por 120 adultos maduros del Asentamiento humano La Unión, Chimbote-2015.

3.2.1. Unidad de análisis.

Adultos maduros del asentamiento humano La Unión, Chimbote-2015., que formaron parte de la muestra y respondieron los Criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adultos maduros que viven más de 3 años en el asentamiento humano La Unión.
- Adultos maduros del asentamiento humano La Unión que aceptaron participar en el estudio.
- Adultos maduros del asentamiento humano La Unión que tuvieron la disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Adultos maduros del asentamiento humana La Unión que tuvieron algún trastorno mental.

3.3. Definición y Operacionalización de variables.

I.DETERMINANTES DEL ENTORNO BOI SOCIOECONOMICO.

Sexo

Definición Conceptual.

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

Definición Operacional

Se utilizó escala nominal:

- Sexo masculino
- Sexo femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

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

Definición Operacional

Escala Ordinal

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

Ingreso Económico

Definición Conceptual

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

Definición Operacional

Escala de intervalo

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

Ocupación:

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (29)

Definición Operacional

Escala Nominal

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

II. DETERMINANTES DEL ENTORNO FISICO.

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 (30)

Definición operacional

Escala nominal

Tipo.

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

Tenencia:

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

Material del piso:

- Tierra
- Entablado
- Loseta, vinílicos o sin vinílicos

- Láminas asfálticas
- Parquet

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones:

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

Abastecimiento de agua:

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

Eliminación de excretas:

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

Combustible para cocinar:

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

Energía Eléctrica

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otros

Disposición de basura:

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

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

Eliminación de basura

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (31).

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

- Si () No ()

Tipo de actividad física que realiza:

Caminar () Deporte () Gimnasia () otros ()

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

Escala nominal

- Si () No ()

Tipo de actividad:

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

Alimentación

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (32).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

IV. 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. (33).

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala ordinal

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

Apoyo social organizado

Escala ordinal

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

Apoyo de organizaciones del estado

- 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) (34).

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

Escala nominal

Institución de salud atendida:

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

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

Si () No ()

3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

En el presente informe de investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación del instrumentos.

Instrumento

En el presente informe de investigación se utilizó un instrumento para la Recolección de datos que se detallan a continuación.

Instrumento No 01

El instrumento fue elaborado en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos maduros. Elaborado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 29 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (anexo 01)

- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno Biosocioeconómico sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, Vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de los 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 madura en el Perú** desarrollada por Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación. Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de

operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta madura del Perú.(Anexo 02)

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador. (36). (Anexo3)

3. Plan de análisis

3.5.1. Procedimientos y recolección de datos:

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

- Se informó y se pidió el consentimiento de los adultos maduros del asentamiento humano la Unión-Chimbote.2015, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con los adultos maduros sobre su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada adulto maduro.
- Se realizó la lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.
- El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

3.5.2 .Análisis y procedimiento de los datos

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

3.7. Principios éticos

En toda investigación que se llevó a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (37)

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos maduros que la investigación es anónima y que la información obtenida es solo para fines de la investigación.

Privacidad

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

Honestidad

Se informó a los adultos maduros los fines de la investigación, cuyos resultados encontrados se plasmaron en el presente estudio.

Consentimiento

Se trabajó con los adultos maduros que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 04).

IV. RESULTADOS

4.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICO

TABLA N°1

*DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN
ADULTOS MADUROS ASENTAMIENTO HUMANO. LA UNIÓN –
CHIMBOTE, 2015.*

Sexo	n	%
Masculino	51	42,5
Femenino	69	57,5
Total	120	100,0
Grado de instrucción del adulto	N	%
Sin nivel instrucción	1	0,8
Inicial/Primaria	26	21,7
Secundaria: Incompleta/ Completa	78	65,0
Superior: Incompleta/ Completa	15	12,5
Total	120	100,0
Ingreso económico familiar	N	%
Menor de S/. 750.00	73	60,8
De S/. 751.00 a S/. 1000.00	32	26,7
De S/. 1001.00 a S/. 1400.00	4	3,3
De S/. 1401.00 a S/. 1800.00	9	7,5
De S/. 1801.00 a más	2	1,7
Total	120	100,0
Ocupación del jefe de familia	N	%
Trabajador estable	43	35,8
Eventual	69	57,5
Sin ocupación	5	4,2
Jubilado	2	1,7
Estudiante	1	0,8
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vilchez Reyes.

TABLA 02

*DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN
ADULTOS MADUROS ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN – CHIMBOTE,
2015.*

Tipo	N	%
Vivienda unifamiliar	51	42,5
Vivienda multifamiliar	69	57,5
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	120	100,0
Tenencia		
	n	%
Alquiler	13	10,8
Cuidador/alojado	0	0,0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0
Alquiler venta	0	0,0
Propia	107	89,2
Total	120	100,0
Material del piso		
	n	%
Tierra	23	19,2
Entablado	0	0,0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	48	40,0
Láminas asfálticas	49	40,8
Parquet	0	0,0
Total	120	100,0
Material del techo		
	n	%
Madera, estera	19	15,8
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	4	3,3
Material noble, ladrillo y cemento	53	44,2
Eternit	44	36,7
Total	120	100,0
Material de las paredes		
	n	%
Madera, estera	0	0,0
Adobe	28	23,3
Estera y adobe	0	0,0
Material noble ladrillo y cemento	92	76,7
Total	120	100,0

Continúa...

TABLA 02
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN
ADULTOS MADUROS. ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN – CHIMBOTE,
2015.

N° de personas que duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	3	2,5
2 a 3 miembros	50	41,7
Independiente	67	55,8
Total	120	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	120	100
Total	120	100,0
Eliminación de excretas		
	n	%
Aire libre	0	0,0
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	0	0,0
Baño público	0	0,0
Baño propio	120	100
Otros	0	0,0
Total	120	100,0
Combustible para cocinar		
	n	%
Gas, Electricidad	105	87,5
Leña, carbón	15	12,5
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	120	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	120	100
Vela	0	0,0
Total	120	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	120	100
Total	120	100,0

Continúa...

TABLA 02
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN
ADULTOS MADUROS. ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN – CHIMBOTE,
2015.

Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	N	%
Diariamente	2	1,7
Todas las semana pero no diariamente	7	5,8
Al menos 2 veces por semana	102	85,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	9	7,5
Total	120	100,0
Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	n	%
Carro recolector	118	98,4
Montículo o campo limpio	1	0,8
Contenedor específico de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	1	0,8
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano La

Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 03

*DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MADUROS
ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN – CHIMBOTE, 2015.*

Fuma actualmente:	n	%
Si fumo, diariamente	1	0,8
Si fumo, pero no diariamente	14	11,7
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	16	13,3
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	89	74,2
Total	120	100,0
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n	%
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	0	0,0
Una vez a la semana	4	3,3
Una vez al mes	4	3,3
Ocasionalmente	46	38,4
No consumo	66	55
Total	120	100,0
Nº de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	115	95,8
[08 a 10)	5	4,2
[10 a 12)	0	0,0
Total	120	100,0
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	59	49,2
4 veces a la semana	61	50,8
No se baña	0	0,0
Total	120	100,0
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	n	%
Si	80	66,7
No	40	33,3
Total	120	100,0

Continúa...

TABLA 03.

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MADUROS.

ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN – CHIMBOTE, 2015

Actividad física que realiza en su tiempo libre	N	%
Caminar	56	46,7
Deporte	25	20,8
Gimnasia	3	2,5
No realizo	36	30,0
Total	120	100,0

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	N	%
Caminar	55	45,9
Gimnasia suave	4	3,3
Juegos con poco esfuerzo	0	0,0
Correr	0	0,0
Deporte	25	20,8
Ninguna	36	30
Total	120	100,0

Continúa

TABLA 03

*DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MADUROS
ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN – CHIMBOTE, 2015.*

Conclusión

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca	
	n	%	N	%	n	%	N	%	N	%
Frutas	45	37,5	36	30,0	37	30,8	0	0,0	2	1,7
Carne	71	59,2	43	35,8	5	4,2	0	0,0	1	0,8
Huevos	16	13,3	17	14,3	79	65,8	4	3,3	4	3,3
Pescado	6	5,0	8	6,7	103	85,8	3	2,5	0	0,0
Fideos	115	95,9	4	3,3	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Pan, cereales	111	92,5	3	2,5	4	3,3	1	0,8	1	0,9
Verduras, hortalizas	111	92,5	3	2,5	5	4,2	1	0,8	0	0,0
Legumbres	9	7,5	2	1,7	64	53,3	43	35,8	2	1,7
Embutidos	3	2,5	1	0,8	40	33,4	73	60,8	3	2,5
Lácteos	3	2,5	3	2,5	39	32,5	68	56,7	7	5,8
Dulces	2	1,7	2	1,7	50	41,6	57	47,5	9	7,5
Refrescos con azúcar	11	9,2	12	10,0	49	40,8	41	34,2	7	5,8
Frituras	1	0,8	4	3,3	36	30,0	60	50	19	15,9
Otras	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vélchez Reyes.

4.1.1. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 04

*DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS MADUROS.
ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN – CHIMBOTE, 2015.*

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N	%
Hospital	25	20,8
Centro de salud	6	5,0
Puesto de salud	73	60,8
Clínicas particulares	15	12,6
Otras	1	0,8
Total	120	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	N	%
Muy cerca de su casa	20	16,7
Regular	87	72,5
Lejos	11	9,2
Muy lejos de su casa	1	0,8
No sabe	1	0,8
Total	120	100,0
Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	23	19,2
SIS – MINSA	73	60,8
SANIDAD	1	0,8
Otros	23	19,2
Total	120	100,0
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	N	%
Muy largo	2	1,7
Largo	8	6,6
Regular	95	79,2
Corto	11	9,2
Muy corto	3	2,5
No sabe	1	0,8
Total	120	100,0

Continúa...

TABLA 04
DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS MADUROS
ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN – CHIMBOTE, 2015.

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	n	%
Muy buena	3	2,5
Buena	88	73,4
Regular	28	23,3
Mala	0	0,0
Muy mala	0	0,0
No sabe	1	0,8
Total	120	100,0
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	n	%
Si	79	65,8
No	41	34,2
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vélchez Reyes.

TABLA 05

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN ADULTOS MADUROS ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN – CHIMBOTE, 2015.

Recibe algún apoyo social natural:	n	%
Familiares	11	9,2
Amigos	0	0,0
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	0	0,0
Compañeros de trabajo	0	0,0
No recibo	109	90,8
Total	120	100,0

Recibe algún apoyo social organizado:	n	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	0	0,0
Empresa para la que trabaja	0	0,0
Instituciones de acogida	0	0,0
Organizaciones de voluntariado	0	0,0
No recibo	120	100
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vilchez Reyes.

TABLA 06

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN ADULTOS MADUROS. ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN – CHIMBOTE, 2015.

Apoyo social de las organizaciones	Si		No	
	n	%	n	%
Pensión 65			120	100,0
Comedor popular	3	2,5	117	97,5
Vaso de leche			120	100,0
Otros	0	0,0	0	0,0
Total			120	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

4.2. Análisis de los resultados

TABLA 1. Del 100% (120) de los adultos maduros del asentamiento humano la Unión el 57,5% (69) son de sexo femenino; en el grado de instrucción 65% (78) tienen secundaria Incompleta y completa; En el ingreso familiar el 60,8 (73) tiene un ingreso menos de 750 nuevos soles; en la ocupación del jefe de familia el 57,5% (69) tiene trabajo eventual.

Estudios encontrados por Ortiz G (38), en su investigación titulada, crecimiento y reducción de la pobreza en América Latina. Concluye que la distribución de ingreso en el país es una de las más desiguales en el ámbito mundial (13 de 111 países). aproximadamente 48.6% de los mexicanos enfrenta pobreza de patrimonio, la cual se refiere a los hogares cuyo ingreso por persona es insuficiente para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación, vestido y calzado, vivienda, salud, transporte público, educación y otros bienes. La pobreza se manifiesta con mayor intensidad en la población rural de México, en donde se observa una carencia generalizada de recursos económicos, personales, sociales y de oportunidades.

Se asemeja también la investigación de Blanco J (39), en su investigación titulada «Los efectos del seguro de desempleo sobre la actividad laboral y las horas trabajadas, 1992, Concluye que la mayoría de la población en edad de trabajar carece de una condición estable de ocupación y de remuneraciones dignas, el rápido incremento del número de personas adultas y su presencia en los hogares, tiene efectos contradictorios y complejos en la pobreza

Se asimila también la investigación de Jara V. (40), en su investigación titulada: Ministerios de la mujer y poblaciones vulnerables; "Matriz del Plan Nacional para los adultos maduros, 2013. Concluye que las encuestas e investigaciones certifican las evidencias sobre diferentes universos, facilitando el desarrollo de diferentes objetivos, como la reducción de las tasas de analfabetismo e incremento de las tasas de asistencia escolar. La reducción de la pobreza y El incremento de las tasas de empleo como consecuencia del crecimiento económico. El mayor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva como la atención prenatal, atención del parto en establecimientos de salud y planificación familiar, que contribuyen a la reducción de la mortalidad infantil.

En la investigación de Ramos .M y col (41), en su investigación titulada: La educación como determinante social de la salud en el Perú ,2001. Concluye que el mayor peso que tiene la fuerza determinante de la educación se percibe cuando ésta interactúa con otros determinantes sociales de la salud. Así, la influencia de la educación es crucial en el acceso diferenciado al empleo y, por ende, a los ingresos y a la capacidad adquisitiva, lo cual, a su vez, permite un acceso segregado al habitante y a la conformación de entornos saludables.

El término que se refiere a diferencias socialmente construidas entre los sexos y a las relaciones sociales entre mujeres y hombres. Hoy en día, las mujeres son reconocidas no sólo como dependientes, o parte del proceso de

reunificación familiar, sino también como agentes independientes y jefas de familia o estrategas (42).

La educación es un derecho del ser humano para desarrollar diversas habilidades, en diferentes áreas del conocimiento y creatividad, en el ámbito nacional, regional e internacional, el individuo es un elemento importante en la sociedad y la organización; a mayor preparación mayor contribución. Por lo que consideramos la educación como un elemento importante en el desarrollo social y económico en la persona adulta madura (43).

En la investigación realizada la mayoría tiene grado de instrucción secundaria incompleta, completa y un porcentaje menor tiene un grado de instrucción inicial, primara siendo un problema para el desarrollo social de la persona adulta madura así mismo la educación de los adultos maduros es una herramienta clave para reducir los niveles de pobreza en todo el mundo ya que tiene la capacidad de influir positivamente en muchas dimensiones de la pobreza (44).

El ingreso económico 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, contar con una seguridad económica es fundamental para disfrutar un envejecimiento en condiciones de dignidad e independencia; satisfaciendo las necesidades de los adultos (45).

En la investigación realizada la mayoría tiene un ingreso menor de 750,00 y solo un porcentaje menor tiene mayor de 751,00 por lo que la falta de ingreso económico hace que la persona adulta madura sufra problemas nutricionales, desintegración familiar, insatisfacción de las necesidades básicas alimentarias, el analfabetismo, la deserción escolar, las precariedades en las condiciones de vivienda y sanitaria, la OMS considera que el escaso ingreso económico en las personas y grupos sociales las lleva a la falta de recursos para superar los factores que afectan su salud y producen enfermedad, cual nos hace pensar que al tener menos ingreso económico serían más vulnerables. Según lo observado puedo decir que cada uno de los adultos maduros no tiene una salud adecuada ya que el recurso económico influye mucho en su modo de vida (46).

El trabajo es la fuente esencial de la calidad de vida de la persona adulta madura ya que a la vez es un elemento intrínsecamente relevante dentro de esta. No hay calidad de vida sin trabajo: ya que no cubrirá las necesidades esenciales que requieren la familia (47)

En la investigación realizada más de la mitad tiene trabajo eventual y solo porcentaje menor no tiene trabajo por lo que este indicador hace que las personas adultas maduras del asentamiento humano la unión tenga disminución de los ingresos económicos por tanto esta problemática produce cambios en el estilo de vida. Produciéndose cambios radicales en la forma de vivir, pues se vive con la incertidumbre de no saber cuánto tiempo durara esa situación (48).

TABLA 2: Del 100% (120) de los adultos maduros del asentamiento humano la Unión el 57,5% (69) son de vivienda multifamiliar; en la tenencia de vivienda 89,2% (49) vivienda propia; en material de piso el 40,8% (73) tiene laminas asfálticas; en material de techo el 44,2% (53) son de material noble, ladrillo y cemento; en el material de las paredes el 76,7% (92) de material noble, ladrillo y cemento; en el n° de personas que duermen en una habitación el 55,8% (67) tiene habitación independiente; en el abastecimiento de agua el 100% (120) tienen conexión domiciliaria, en la eliminación de excretas el 100% (120) baño propio; en combustible para cocinar el 87,5% (105) cocinan a gas ,electricidad; en la energía eléctrica el 100% (120) tienen energía eléctrica permanente; la disposición de basura el 100% (120)se entierra, quema, carro recolector; la frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa el 85% (102) al menos 2 veces por semana; suele eliminar su basura el 98,4 (118) eliminan en el carro recolector.

En la investigación encontrada de Valdez W. (49), en su investigación titulada análisis de situación de Salud del Perú; nos dice que el saneamiento básico, en los últimos años, determinando que el acceso en los hogares como el agua a través de la red pública llegue al 78,9% y la eliminación de excretas a través de red pública (59,3%) o letrina (28,9%) alcance el 88,5%. Estos porcentajes todavía son menores en los ámbitos rurales y en la mitad de las regiones del país. La contaminación del aire es un problema importante muy relacionado a las enfermedades respiratorias.

Se asimila también la investigación de Quintero S, y colab. (50), el censo de población y vivienda 2000, el 75,4% de la población habitaba en viviendas con 4 y más personas, y el 56,4% en viviendas con 5 y más personas, casi una cuarta parte de la población (24,0%) vivía en hogares de 5 y más personas y Los primeros (24%) podrían ser considerados pobres aun cuando vivieran en áreas rurales, y del segundo grupo, una parte de ellos también lo podrían ser ya que, para las áreas urbanas una familia de 4 personas requeriría ingresos mensuales de \$.381,00 para no ser pobres, y para el área rural, una familia de 5 personas requeriría ingresos de \$. 322,00 mensuales. Considerando otras informaciones relativas a la calidad de vida de la población, la severidad de la pobreza se continúa manifestando.

Así mismo en la investigación Barceló C. (51), en su investigación titulada: Vivienda saludable: estrategia regional. organización panamericana de la salud, simposio regional: metas de desarrollo del milenio: estrategias en saneamiento básico y la búsqueda de equidad y desarrollo sostenible 2004, concluye que las características sociales y físicas del entorno alrededor de la vivienda o vecindario son importantes para proteger la salud y el bienestar de sus moradores. Los entornos urbanos se enfrentan con problemas de hacinamiento, ruido, contaminación del aire, congestión y peligros del tránsito, delincuencia y aislamiento social. Los entornos rurales se enfrentan con problemas de falta de servicios sanitarios y de apoyo social y aislamiento social.

Se asemeja también la investigación de Marcelo E ;(52), en su investigación titulada Vivienda saludable: reto del milenio en los asentamientos precarios de américa latina y el caribe concluye que la situación de precariedad de la vivienda afecta la salud de millones de personas en los países de ALC. En particular, afecta a las poblaciones más pobres y a los más vulnerables como a los niños menores de 5 años, a las personas que padecen enfermedades como el VIH/SIDA, a los discapacitados y a los adultos porque pasan la mayor parte del tiempo en la vivienda.

La vivienda es el espacio físico donde los seres humanos transcurren gran parte de su vida; reponen sus fuerzas y donde se dan actividades y momentos importantes que estrechan relaciones afectivas, y fortalecen el núcleo familiar. Por su influencia en la salud de las personas, la vivienda debe brindar seguridad, ofrecer intimidad, descanso y bienestar, en función de las condiciones del medio ambiente y de la conducta que asumen sus ocupantes (53).

En la investigación realizada un poco menos de la mitad tiene vivienda unifamiliar ,un poco más de la mitad tiene vivienda multifamiliar lo cual estas viviendas no están aptas para el estado funcional físico y psicológico de los adultos maduros ya que progresivamente se irá agravando a través del tiempo, y cada vez más se les dificultara las condiciones de infraestructura de la vivienda, con los espacios reducidos, el acceso con escaleras, baños en malas condiciones, dormitorios reducidos y cocinas,

ambos espacios carentes de ventilación y luz que son más factibles a provocar riesgos de accidentes, como son caídas, quemaduras, intoxicaciones, enfermedades respiratorias y padecimientos de ansiedad, estrés y depresión en la persona(54).

Contar con una vivienda propia y adecuada es uno de los aspectos más importantes en la vida de una persona. La vivienda es esencial para cubrir las necesidades básicas, como la necesidad de abrigo. La vivienda debe ser un sitio para dormir y descansar en el que las personas se sientan protegidas y gocen de privacidad y un espacio personal (55).

En la investigación realizada la mayoría tiene vivienda propia y un porcentaje menor alquila la vivienda, al no tener una vivienda propia y al tener que alquilar lo único que se hace es que las personas adultas maduras entren en crisis económica donde a raíz de ello no podrán tener privacidad así mismo no habrá una buena ventilación. El lugar en donde habitan las personas es muy importante para su calidad de vida. Los materiales con los que está construida afectan la salud tanto física y mental de sus habitantes. Es importante considerar el material de pisos, techos y muros, y también el grado de hacinamiento (56).

En la investigación realizada un poco menos de la mitad de las viviendas el material de piso es de lámina asfálticas, un porcentaje menor es de tierra y las paredes son de adobe así mismo la vivienda mal construida, deteriorada o abandonada favorece la difusión de enfermedades y la presencia y proliferación de insectos y roedores, que aumentarán los

problemas. Mientras que la construcción con paredes y techos agrietados, materiales inadecuados, falta de blanqueo y limpieza, facilitará la presencia de insectos peligrosos para la salud humana, como la araña muchos casos provocando la muerte ya que tienen un veneno fulminante que atentan la salud del ser humano por ello puedo decir que los adultos maduros en cuanto a la protección que deberían brindarle la vivienda no es el adecuado (57).

Los techos deben proporcionar protección y seguridad para evitar el ingreso del agua de lluvia y de animales tales como ratas o murciélagos que generan enfermedades como la leptospirosis y la rabia (58).

En la investigación realizada menos de la mitad tienen el material de techo de material noble, eternit, asimismo esto es una problemática que afecta la salud de los adultos maduros ya que están propensas a contraer cáncer de asbestosis que es una enfermedad pulmonar crónica producida por la inhalación de fibras de amianto. Las fibras penetran en los pulmones e irritan el tejido pulmonar, lo inflaman y provocan, al cabo de unos años, una fibrosis pulmonar (engrosamiento y cicatrización del tejido pulmonar). Produciendo así la muerte (59).

En la investigación realizada un poco más de la mitad tiene habitación independiente y menos de la mitad duermen de 2 a 3 miembros por habitación, la falta de espacios influye negativamente en las relaciones familiares, los padres deben dormir en un espacio diferente al de los hijos. Los hijos pueden dormir juntos si son del mismo sexo, niños con niños y

niñas con niñas. Algunos problemas como el incesto, la violación y el abuso sexual infantil están asociados al hacinamiento. Además, para evitar el contagio de una persona enferma por enfermedades respiratorias, de la piel y otras, ésta debe dormir en espacios separados para no contagiar a los demás miembros de la familia (60).

El agua potable es esencial para la vida. Es el líquido más importante de la naturaleza sin el cual no podríamos vivir. El agua potable nos ayuda a estar sanos, a hacer la digestión, mantiene la musculatura en buen estado, actúa refrigerando o calentando el cuerpo y ayuda a transportar el oxígeno entre las células de nuestro cuerpo (61).

En la investigación realizada la totalidad tiene conexión domiciliaria de agua en contar con agua potable hace que los adultos maduros gocen de un buen estado ya que al consumir agua potabilizada y hervida hace que los adultos estén libres de adquirir microbios, porque está purificada y satisface las necesidades de la población sin afectar su salud (62).

En la investigación realizada la mayoría en combustible para cocinar usa gas, electricidad y un porcentaje menor utiliza leña, carbón siendo un problema para la salud de la persona adulta madura ya que si una vivienda con una sola habitación donde duermen más 2 a 3 personas, donde se cocina, duerme la familia, además de insalubre el humo de la cocina, se constituye en riesgo para contraer infecciones respiratorias agudas (IRAS) sobre todo en los niños y las personas adultas, además de producir

molestias para dormir. La falta de ventilación e iluminación es otro de los factores de riesgo (62).

El manejo inadecuado de los desperdicios sólidos ha sido identificado como uno de los principales problemas del medio ambiente y la salud en Lima, focalizándose en las áreas periurbanas de la Capital y de las ciudades intermedias del interior del país. Los desperdicios sólidos son elementos que contaminan cuando son arrojados en ríos, cuencas y rellenos sanitarios sin ningún tipo de control de sanidad (63).

TABLA 3. Del 100%(120) de los adultos maduros del asentamiento humano la Unión el 74,2% (89) no fuman, la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas el 55% (66) no consumen; el 95,8% (115) duermen de 06 a 08 horas; el 50,8% (61) se bañan 4 veces a la semana; se realizan examen médico periódicamente el 66,7% (80) si se realizan examen médico; actividad física que realizan en su tiempo libre el 46,7% (56) realizan caminatas; en las dos últimas semanas la actividad física que realizaron por más de 20 minutos el 45,9% (55) realizaron caminatas; el 95,9% (115) consumen fideo diariamente; el 35,8% (43) consumen carne, pollo de tres a más veces por semana; el 85,8% (103) consumen pescado 1 a 2 veces a la semana; el 60,8% (73) consumen embutidos menos de una vez a la semana; el 15,9% (19) casi nunca consumen frituras.

En la investigación realizada por Vidal G; y col. (64), titulada determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de concepción 2014, concluye que asociaciones significativas entre el estilo de

vida promotor de salud en su medición global, con cada una de las variables psicosociales indagadas: percepción de problemas del entorno; satisfacción respecto de distintos aspectos de la vida; apoyo afectivo; apoyo y confianza; autoestima y auto-eficacia. Estos dos últimos elementos han sido encontrados fuertemente relacionados y como predictores de estilos de vida.

Así mismo en la investigación Salleras S, (65), en su investigación titulada Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones 2008, concluyo obteniendo cinco comportamientos de salud estaban significativamente asociados con el incremento de riesgo de muerte en los individuos de 30 a 69 años. Los cinco hábitos en cuestión fueron los siguientes: 1.Consumo de cigarrillos; 2.Actividad física; 3.Consumo de alcohol; 4.Obesidad, y 5.Número de horas de sueño. Aunque la asociación con la mortalidad incrementada estuvo presente para los cinco factores considerados, fue especialmente intensa en los tres primeros, los cuales demostraron ser importantes predictores de la mortalidad.

Se asimila también la investigación de Zagaceta L y Col (66), en su investigación titulada estilo de vida y factores socioculturales del adulto concluye que el 95% de confiabilidad y significancia de $p < 0.05$. Se llegó a las siguientes conclusiones: La mayoría de los adultos presenta un estilo de vida no saludable y un porcentaje significativo, saludable respecto a los factores socioculturales de los adultos por lo que el estilo de vida está determinado, no por comportamientos aislados, sino por el conjunto de pautas y hábitos comportamentales que se asume cotidianamente, y la

interacción entre ellos es lo que hace que los estilos puedan ser definidos como saludables o no.

Se asemeja también la investigación de Quirantes M (67), en su investigación titulada: Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad 2009, concluyó que el estilo de vida y el progreso científico-técnico en el desarrollo de obesidad y su repercusión en la salud y la sociedad. Los estilos de vida no saludables que son modificables por la conducta como el sedentarismo y los malos hábitos nutricionales, contribuyen a la aparición de sobrepeso corporal y obesidad, que constituye un factor de riesgo para el inicio de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica y el cáncer.

Así mismo en la investigación de Bellido G (68), en su investigación Titulada Alimentación saludable: una herramienta para disminuir el riesgo de enfermedad concluye que: La alimentación saludable favorece el buen estado de salud disminuye el riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con ella. La investigación epidemiológica ha demostrado una estrecha relación entre alimentación y el riesgo para desarrollar estas enfermedades crónicas caracterizadas por una elevada morbimortalidad. El patrón alimentario mediterráneo es una tradición centenaria que contribuye a un excelente estado nutricional, proporciona una sensación placentera y forma parte de la cultura mundial. Se revisan algunos de los estudios más sólidos y recientes que sugieren esta relación tan estrecha entre estilo de vida no saludable y riesgo de enfermedad.

En la investigación de Faulkner G (69), con su investigación titulada: los instrumentos económicos para la prevención de la obesidad 2011, quien concluyó que lo económico, para promover la actividad física directa y recomendaciones de políticas claras. Y que la mayor parte de la actividad física se lleva a cabo en ambientes naturales, no los gimnasios, y no tiene por qué ser una sesión de ejercicio con propósito. Caminar por placer es el pueblo de actividad más común involucra en el transporte a pie y también es responsable de una parte sustancial de la actividad física. La actividad física es por lo tanto más probable que se encuentre en el entorno construido.

Se asimila también en la investigación de Márquez S (70), en su investigación titulada Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física 2006, concluyó, que numerosos estudios epidemiológicos y experimentales han confirmado que la inactividad es causa de enfermedad y que existe una relación dosis/respuesta entre actividad física y/o forma física y mortalidad global. Las personas que mantienen unos niveles razonables de actividad, especialmente en la edad adulta y en la vejez, tienen una menor probabilidad de padecer enfermedades crónicas o una muerte prematura.

German L. (71), en su investigación titulada Determinantes de la actividad física en adultos España, concluye que la práctica de actividad físico-deportiva durante el tiempo libre, tiene carácter recreativo, además de estar dirigida al cuidado de la salud y a la adquisición de un buen aspecto físico. Asimismo, el tabaquismo y la práctica de actividad física son

conductas relacionadas, registrándose mayores tasas de sedentarismo durante el tiempo libre entre las personas fumadoras. Por otra parte, los resultados muestran que cuatro de cada cinco adultos residentes en la Región de Madrid cumplen con las recomendaciones mínimas de actividad física.

Así también los resultados de la investigación de Cárdenas Q y col.(72), en su investigación titulada: Evaluación nutricional de un grupo de adultos mayores residentes en Perú concluye: que el adulto tiene una situación nutricional desfavorable; el consumo energético no fue satisfactorio en la mayoría de los ancianos (94 %), y estaba en situación muy crítica el 36 % de ellos. El consumo de proteínas es deficitario en el 76% de ancianos, el mayor aporte de proteína proviene de animales, lo cual excede las recomendaciones dietarias. La ingesta más baja de micronutrientes corresponden con zinc, ácido fólico, hierro y calcio. Según el IMC se reporta 77 % de ancianos malnutridos (63 % por exceso y 14 % por déficit).

Así mismo se asemeja también la investigación de Silva G,(73), con su investigación titulada: El consumo de tabaco y el nivel de la educación en Brasil 2006. El estrés psicosocial y la violencia también pueden ser mayores entre los pobres, aumentando aún más su susceptibilidad a enfermedades. Además, el tabaquismo tiende a ser más frecuente entre las personas de bajos ingresos.

En la investigación Del Águila R. (74), en su investigación titulada Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades

crónicas en el adulto indica que la actividad física es la clave para un envejecimiento saludable donde los adultos que son activos físicamente tienen una menor probabilidad de desarrollar problemas como obesidad, presión arterial elevada, osteoporosis, diabetes, depresión, cáncer de colon. Hay pruebas científicas que demuestran que una buena alimentación saludable ayuda a mantener un peso corporal saludable evitando el sobrepeso o la obesidad que están asociados con un mayor riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares y puede empeorar las condiciones existentes como artritis. Del mismo modo, tener un bajo peso también constituye un factor de riesgo de muerte y pérdida funcional.

En la investigación de Pérez L (75), en su investigación titulada Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores / Perú indica que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez están directamente relacionadas con las bases genéticas de la persona, los estilos de vida, la calidad del medio ambiente, el acceso y calidad de la oferta de servicios de salud y a las enfermedades sufridas durante la adultez. Es reconocido el derecho de todas las personas a desarrollar el máximo potencial de sus capacidades; por ello es importante e impostergable que los sectores encargados de atender las necesidades de este grupo poblacional unan esfuerzos para concertar, planificar y fortalecer las inversiones e intervenciones en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación integral de su salud.

Se sabe que fumar cigarrillos es el factor principal de riesgo para contraer el cáncer de pulmón, en los EE.UU. el tabaquismo causa alrededor del 90% de los casos de cáncer de pulmón. El tabaco es una mezcla mortal de las de 7 000 sustancias químicas, muchas de ellas tóxicas, se sabe que al menos 70 de ellas causa cáncer. Incluso fumar unos cuantos cigarrillos al día o de manera ocasional aumenta el riesgo de contraer cáncer de pulmón, el riesgo se incrementa con el número de años que tiene una persona de fumar y con la cantidad de cigarrillos que fuma por día (76).

En la investigación realizada se encontró que la mayoría no a fumando, ni he fumado nunca de manera habitual y un porcentaje menor fuma ocasionalmente. El consumo de tabaco es un factor que causa la muerte en los adultos maduros. Así mismo el tabaquismo hace que las familias enteras caigan en la pobreza. Además el consumo de tabaco tiende a ser mayor entre las personas con menos educación y menos ingresos (77) .

Referente al consumo de bebidas alcohólicas más de la mitad no consume y solo un porcentaje menor consume ocasionalmente siendo esto una problemática para mis adultos maduros la cual según la OMS tiene como finalidad de reducir la carga de morbilidad causada por el consumo nocivo de alcohol y en consecuencia, salvar vidas, prevenir traumatismos y enfermedades y mejorar el bienestar de las personas adultas maduras (78).

En la actualidad un 35% de las muertes por cáncer se atribuyen a los hábitos alimenticios; de ahí la importancia que adquiere el conocer qué componentes de los alimentos son los que influyen en el surgimiento del

cáncer, con el fin de que los individuos en riesgo identifiquen las alternativas y así reduzcan el peligro de padecer la enfermedad, aunque esto no es tarea sencilla (79).

En la investigación realizada nos dice que el N° horas que duermen casi la totalidad duermen de (06 a 08) horas, diariamente consumen fideos, un porcentaje menor no se realizan examen médico periódico y no realiza actividad física, ni deportes durante 20 minutos, consumen carnes 3 veces a la semana y casi nunca consumen frituras. Por lo que se considera que la alimentación es una de las acciones que afecta la salud de las personas adultas maduras, una dieta balanceada puede ayudar a mejorar la salud e incluso el estilo de vida. Según las acciones como el régimen alimentario, actividad física y salud pone las medidas necesarias para apoyar una alimentación saludable y una actividad física periódica en los adultos (80).

El pescado puede ser disfrutado de miles de maneras diferentes, es nutritivo, delicioso, saludable y preferible antes que la carne roja o de aves. Es rico en proteínas, nos aporta todos los aminoácidos que el cuerpo necesita, mantiene los tejidos, órganos y sistema de defensa en perfectas condiciones y además, nos proporcionan una alta dosis de grasas “cardiosaludables”, las llamadas Omega 3, que reducen el colesterol malo y los triglicéridos, disminuyen la presión arterial y mejoran el desarrollo neurológico (81).

En la investigación realizada un poco más de la mitad de los adultos maduros consumen pescado 1 a 2 veces por semana, según algunos

científicos los pescados son una fuente de energía y proteínas de alto valor biológico, y contribuyen a la ingesta de nutrientes esenciales como el yodo, el selenio, el calcio y las vitaminas A y D, que tienen beneficios para la salud bien establecidos. También proporcionan ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga omega-3, el cual es un componente de los patrones dietéticos asociados con la buena salud. La mayoría de las Directrices Dietéticas Europeas recomiendan (un mínimo de) dos porciones de pescado por semana para niños mayores, adolescentes y adultos con el objetivo de garantizar el aporte de nutrientes esenciales, especialmente los omega-3, pero también la vitamina D, el yodo y el selenio (82).

TABLA 4,5,6. Del 100% (120) de los adultos maduros del asentamiento humano la Unión el 60,8% (73) se atendieron en puesto de salud; en el lugar donde lo atendieron el 72,5% (87) consideran que esta regular; en tipo de seguro el 60,8% (73) tiene SIS; El tiempo que esperó para que lo(la) atendieran 79,2% (95) fue regular, en la Calidad de atención que recibió el 73,4% (88) fue buena; en Pandillaje o delincuencia cerca de su casa el 65,8% (79) refieren que si existe, Del 100% (120) de las personas adultas maduras del asentamiento humano la Unión el 90,8% (109) no reciben algún apoyo social natural; en apoyo social organizado 100% (120) no reciben apoyo. Del 100% (120) adultos maduros del asentamiento humano la Unión el 100% (120) no recibe pensión 65; en apoyo social de las organizaciones el 97,5% (117) no recibe apoyo del comedor popular; en apoyo social de las organizaciones el 100% (120) no recibe apoyo del vaso de leche.

En la investigación de Huarachi Q (83) en su investigación titulado Evaluación del efecto del seguro integral de salud en los indicadores de salud pública y gasto de bolsillo periodo 2002-2009 ,concluye que de las afiliaciones de los seguros públicos y privados desde el año 2003 hasta el 2009 a nivel nacional, siendo evidente el incremento progresivo de los afiliados al Seguro Integral de Salud durante el periodo de análisis, no existiendo mucha variación en las demás aseguradoras. La ley N^a 29344, ley marco de aseguramiento en salud, promoverá aún más el aumento de afiliados a nivel de todas las IAFAS debido a la implementación del proceso de aseguramiento universal en nuestro país.

Así también en la investigación Iñiguez R, (84), en su investigación titulada: Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. Brasil: 2004. Concluye que hay enormes desigualdades e inequidades en salud, se despliegan en el contexto Latinoamericano, son constatadas como promediación de la frecuencia de uno u otro evento nosológico en una unidad que contiene poblaciones con condiciones ambientales y de vida radicalmente desiguales. No deja de ser paradójico, además de contradictorio con el marco teórico del proceso salud-enfermedad, que se acepte la profunda división de la Sociedad en clases, o la concentración de población en ciudades y regiones metropolitanas y no se cuente con información de salud para estas u otras agregaciones humanas reales de forma sistemática.

Se asimila también en la investigación de Maguiña, C; y col, (85), Situación de la salud en el Perú: la agenda pendiente 2014. Concluyo que el sistema de salud es segmentado y fragmentado. Cerca del 20 % de la población Adulta no tiene ningún tipo de cobertura sanitaria. El seguro social cubre solo al 25 % de la población, especialmente la empleocracia pública y privada; el 5 % tiene seguros privados de salud y el 50 % tiene asistencia sanitaria estatal. El sistema de salud posee un insuficiente y limitado aseguramiento en salud. Las diferentes medidas políticas implementadas (Seguro Integral de Salud-SIS y recientemente el aseguramiento Universal en Salud- AUS) son soluciones parciales e incompletas que no van al fondo del problema.

En la investigación de Kuri P , (86) en su investigación titulada impacto de los Determinantes Sociales sobre la atención médica del adulto :refiere que el impacto de estos determinantes sociales en la salud de adultos está relacionada con la atención médica ya que la accesibilidad de los servicios de salud no solo se refiere a la cercanía o a satisfacer la necesidad de salud, si no también se debe considerar si ese adulto está apto para acudir por su propio pie a los servicios o si cuenta con alguna red de apoyo para que lo lleven. Ante la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles el énfasis ideal sería en la detección oportuna.

En la investigación de Guerra M (87), en su investigación titulada: Calidad de la atención en salud al adulto mayor nos dice que La calidad de la atención que se brinda es de vital importancia en la calidad de vida de los

adultos ya que según estudios realizados nos dice que envejecimiento y sus características se ha convertido en objeto de atención prioritaria de justificado interés actual, por el aumento de la proporción del adulto mayor en la población.

Se asimila también la investigación Salgado N (88), en su investigación titulada, Género y pobreza: determinantes de la salud del adulto concluye que la problemática del adulto en México está caracterizada por la intersección entre las problemáticas de la vejez, el género y la pobreza. Esto se da dentro de un contexto de escasa protección institucional y profundas desigualdades sociales y por áreas urbanas y rurales. En esta contribución se ha planteado que las divergentes trayectorias de vida de los hombres y las mujeres los colocan en riesgos particulares y en situaciones diferentes de vulnerabilidad, por lo que las políticas y programas de salud deben de adoptar una visión de problemas que son comunes a ambos sexos.

Así también en la investigación de Jara V; (89), en su investigación titulada: Ministerios de la mujer y poblaciones vulnerables; matriz del plan Nacional para los adultos maduros (2013- 2014). Concluye que la persona adulta ocupada alcanzó el 55.4%. La inactividad laboral ascendió a 44.6% al año 2011. A nivel urbano esta cifra decreció al 46.6% y en el ámbito rural, la tasa creció a 19.6%. Para el año 2011. El mayor número de pensionistas se encontró bajo la cobertura del D.L.19990 (723,543 personas), que incrementó significativamente su cobertura entre el año 2010 y 2011. A nivel del sistema de pensiones privado se contó con 4, 928,273 afiliados, de

los cuales solo el 3,38% fueron personas mayores de 61 años. Este segmento de población vinculada al sistema privado de pensiones, alcanzó los 166,437 afiliados.

En la investigación de Nue G,(90),en su investigación titulada; Percepciones y autopercepciones de ancianos en Santa Cruz de Andamarca refiere que la pobreza, donde la mayoría de la población en edad de trabajar carece de una condición estable de ocupación y de remuneraciones dignas, el rápido incremento del número de personas adultas mayores y su presencia en los hogares, tiene efectos contradictorios y complejos. Por una parte, al tratarse de una población que al llegar a la edad legal de jubilación no recibe, en su gran mayoría, una pensión de jubilación, pues, ha estado inserta en el mercado laboral de manera informal por sus bajos niveles educativos, o si la recibe es muy reducida y tampoco tiene la posibilidad de acceder al seguro social en una etapa de la vida con grandes necesidades de atención de salud, trasladando la responsabilidad de cubrir estas carencias a los demás miembros del hogar. Esto impacta desfavorablemente en las condiciones de pobreza.

El estudio realizado según Quintero S (91), en su estudio titulado: avances en el derecho a la alimentación en Panamá. Italia 2008. Concluye que el consumo total de los hogares (método del consumo) para establecer la línea de pobreza extrema o indigencia correspondiente al valor del consumo de los requerimientos mínimos de alimentos por persona al año. Las personas con un consumo total anual menor se consideran en situación de

pobreza extrema. la línea de Pobreza General corresponde a \$.953.00 de consumo total por persona al año, que incluye el costo de los alimentos mínimos requeridos más un monto adicional para cubrir necesidades esenciales no alimenticias (vivienda, salud, educación, vestuario, transporte, entre otras), es decir, \$. 79,42 mensuales por persona. Aquella población con un consumo anual por debajo del valor señalado, se clasifica en situación de pobreza total.

El SIS es una cobertura universal para todas las personas así mismo para que los sistemas sean equitativos y eficientes, todas las personas deben tener acceso a la atención de salud de acuerdo con sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago. Si carecen de dicho acceso, las desigualdades en materia de salud producen décadas de diferencias en la esperanza de vida, no sólo entre países, sino dentro de los países. Estas desigualdades plantean riesgos, en particular brotes de enfermedades, para todos. Ofrecer una cobertura para todos constituye un desafío económico (92).

En la presente investigación la mayoría se atendió en un puesto de salud, el lugar donde se atienden es regular y no tiene SIS, siendo un dato muy importante de conocer ya que si bien es cierto las personas adultas maduras tienen derecho a la afiliación del SIS y tener una atención de calidad, ya que el Seguro gratuito no existe límite de edad para afiliarse y recibir la atención. Previamente, la posta o centro de salud a realizar la

evaluación socioeconómica. Por el Seguro Semisub subsidiado pueden afiliarse y recibir atención aquellas personas menores de 65 años de edad (93).

En la investigación realizada el casi la totalidad no recibe apoyo social natural y la totalidad no recibe apoyo social organizado siendo un indicador negativo para el estado emocional de la persona adulta madura por lo que investigaciones similares nos dicen que el apoyo social de diferentes redes sociales es un derecho para todas las personas y debe estar presente a lo largo del ciclo vital humano, incluida la etapa de la vejez. Por lo que es importante que las personas adultas maduras (sean autovalentes o dependientes) cuenten con redes sociales de calidad, las cuales faciliten el apoyo social necesario para contribuir a mejorar la calidad de vida de este grupo etario; teniendo en cuenta dos aspectos, por un lado, que la gerontología percibe al sujeto de forma integral, es decir, le considera desde los aspectos bio, psico, social y espiritual; y por otro, que el apoyo social es un derecho de los adultos maduros (94).

En la investigación realizada casi la totalidad no recibe apoyo social organizado y un porcentaje menor si recibe apoyo social organizado, si bien es cierto los programas alimentarios canalizan los fondos destinados por el Estado a apoyar la alimentación de la población en situación de pobreza y de pobreza extrema, se caracterizan por utilizar “redes sociales”, es decir, organizaciones sociales que intermedian entre el Estado y los beneficiarios finales; que son los comedores populares, los clubes de madres o los comités de vaso de leche (95).

Así mismo durante la entrevista se pudo evidenciar la presencia de pandillaje siendo una problemática para la salud de los adultos maduros ya que va afectar psicológico, emocional, física. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la violencia es un creciente problema de salud pública a nivel planetario que asume formas de lo más variadas. De acuerdo a los datos de esa organización, cada año más de dos +millones de personas mueren violentamente y muchas más quedan incapacitadas para el resto de sus vidas. La violencia interpersonal es la tercera causa de muerte entre las personas de 15 a 44 año (96).

V.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- En los determinantes biosocioeconómico la totalidad de los adultos maduros tienen conexión domiciliaria de agua ,tienen baño propio, energía eléctrica permanente se entierra quema la basura ;casi la totalidad suele votar su basura en el carro recolector ; la mayoría tiene grado de instrucción secundaria incompleta ,completa, tienen un ingreso económico menor de s/750.00,tienen vivienda propia ,el material de las paredes es de es de ladrillo y cemento ,en combustible para cocinar utilizan gas y electricidad ,la frecuencia con que pasan recogiendo la basura es de al menos dos veces por semana; un poco menos de la mitad tienen vivienda multifamiliar ,el número de personas que duermen en una habitación es independiente; menos de la mitad son de sexo femenino, la ocupación del jefe de familia es eventual, el material de piso son de láminas asfálticas y el material de techo es de es de material noble, ladrillo y cemento.
- En los determinantes de estilos de vida casi la totalidad de los adultos maduros duermen de 6 a 8 horas,diariamente consumen fideos; la mayoría no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual ,se realizan examen médico periódicamente en un establecimiento de salud ,consumen pescado de 1 a 2 veces por semana ,menos de una vez a la semana consumen embutidos ;más de la mitad no consumen bebidas alcohólicas ,se bañan cuatro veces a la semana; un poco más de la mitad realizan actividad física ,en las dos últimas semanas realizaron actividad

física durante 20 minutos ;menos de la mitad consumen carne de 3 a 5 veces a la semana y nunca o casi nunca consumen frituras.

- En los determinantes de redes sociales la totalidad de los adultos maduros no reciben apoyo social organizado, no reciben apoyo social de organizaciones ;la mayoría en estos 12 últimos meses se atendieron en un puesto de salud , consideran el lugar donde se atendieron regular el tipo de seguro es el SIS-MINSA, el tiempo que esperaron para que les atiendan es regular, la calidad de atención es buena y manifiestan que si existe pandillaje por su casa; casi la mayoría no recibe apoyo social natural.

5.2. Recomendaciones.

- Sensibilizar y concientizar a las autoridades, para que por medio de los resultados encontrados coordinen, elaboren y ejecuten acciones a favor de un adecuado estilo de vida y demás acudan al establecimiento de salud a un chequeo anual y que sean atendidos favorablemente, de manera que se invierta los recursos necesarios y el presupuesto en salud que tienen a su cargo a fin de disminuir algunas enfermedades que atentan contra la salud de los adultos maduros del asentamiento humano la Unión y por otro lado dar una mejor calidad de vida a las personas a través de acciones que determinen recuperar o tener una vida saludable.
- Informar a la Municipalidad de Chimbote a cerca de los resultados obtenidos sobre los determinante de la salud de los adultos maduros para que por medio de esta investigación prioricen los problemas que aqueja a los Adultos Maduros del asentamiento humano La Unión para que a través de ello se promuevan estilos de vida saludables; del mismo modo servirá para que fortalezcan la estrategia sanitaria nacional de enfermedades no transmisibles, a través de una atención con calidad.
- Así mismo mediante este estudio realizado en el asentamiento humano la Unión debemos de realizar nuevas investigaciones en diferentes campos ya sea en A.H, pueblos jóvenes, donde se pueda visualizar mejor la magnitud del problema que los aqueja y de esta manera promover la investigación en el campo de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

8. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302
9. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.
10. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar , editorial; 2008
11. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
12. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
13. Gálvez E, secretaria general del asentamiento humano La Unión; 2015.
14. Gonçalves M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre.. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006
15. Tovar L, García G. “La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”. Colombia. Agosto 2006. Nro. 027. 2004.
16. Rodríguez M: Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.
17. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. 2008. Universidad Nacional del Santa. Chimbote, Artículo científico.

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

26. OPS, OMS Y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>
27. Eusko Jaurlaritz. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID
28. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).: México; 2010. Disponible en: <http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>
29. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
30. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf
31. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001.

- 32.** Martínez R. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf
- 33.** Martos E. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
- 34.** Sánchez I, “Satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Título para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
- 35.** González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
- 36.** Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
- 37.** Martínez N y Col, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm

38. Ortiz G. Círculos virtuosos y círculos viciosos: crecimiento y reducción de la pobreza en América Latina. Banco de México, 2006 [consultado 2015 abril 14]. Disponible en: www.banxico.org.mx/gPublicaciones/Seminarios/RelacionesExternas/banxicoFHT.pdf
39. Blanco J; (1992): «Los efectos del seguro de desempleo sobre la actividad laboral y las horas trabajadas», Moneda y Crédito, pp. 195, 283-328.
40. Jara V; Ministerios de la mujer y poblaciones vulnerables; matriz del plan Nacional para las personas adultas mayores el planpam 2013-2017.
41. Ramos .M y Col; La Educación Como Determinante Social De La Salud En El Perú / Lima: Ministerio De Salud. Dirección General De Promoción De La Salud. Dirección Ejecutiva De Educación Para La Salud; Organización Panamericana de la Salud, 2007. N.º 2007-01698 ISBN 978-9972-222-10-
42. OIM, migración y género. Conferencia regional, vol .2 publi.2013 3 de mayo disponible en: http://www.crmsv.org/documentos/iom_emm_es/v2/v2s10_cm.pdf.
43. Gutiérrez A, La Educación y el Crecimiento Económico, Publi.2011 8 de diciembre ID MD2048BEC8723; Disponible en: <http://www.aiu.edu/publications/student/spanish/La%20Educaci%C3%B3n%20y%20el%20Crecimiento%20Econ%C3%B3mico.html>
44. Motschilnig R. Revista ead educación de adultos y desarrollo publi,2010 12 de octubre; disponible en: <http://www.dvv-international.de/es/educacion-de-adultos-y-desarrollo/ediciones/ead-782012/beneficios-del-aprendizaje-de->

adultos-e-inclusion-social/la-educacion-de-adultos-reporta-mayores-beneficios-inventario-de-los-estudios-e-investigaciones-disponibles/

45. Mariana M .Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses. *Pap. poblac* [online]. 2010, vol.16, n.63, pp. 117-153. ISSN 1405-7425. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000100005
46. Morales M. Factores que determinan el bajo ingreso económico en las familias del caserío Nueva América, aldea jolomtaj período Guatemala, marzo de 2012;2007-2009, disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/03/03_4059.pdf
47. Vázquez S; Correlación del estado emocional con la estabilidad laboral, publi.2013 disponible en: <http://www.eumed.net/ce/2013/satisfaccion-laboral.html>
48. Pérez T; efectos de desempleo, sábado 07 de noviembre de 2015 disponible en: http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID=13164&TIPO_CONTENIDO=Articulo&ID_CATEGORIA=70&ABRIR_SECCION=3&RUTA=1-3-70
49. Valdez. W y Col; análisis de situación de salud del Perú; Dirección general de epidemiología calle Daniel Olaechea N° 199, Jesús María Lima 11: Hecho el depósito legal en la biblioteca nacional del Perú N° 2013-13347. disponible en: www.dge.gob.pe Email: postmaster@dge.gob.pe
50. Quintero S y Col. Informe sobre avances en el derecho a la alimentación en Panamá. Italia: D - FAO, 2008. ProQuest ebrary. Web. 25 May 2015. Copyright © 2008. D - FAO. All rights reserved.

51. Barceló C. Vivienda Saludable: Estrategia Regional. Organización Panamericana de la Salud, Simposio Regional: Metas de desarrollo del Milenio: Estrategias en saneamiento básico y la búsqueda de equidad y desarrollo sostenible. San Juan, Puerto Rico. Agosto, 2004.
52. Marcelo E. Organización Panamericana de la Salud, oficina regional de la organización mundial de la salud (OPS/OMS).
53. OPS,Hacia Una Vivienda Saludable disponible en:
http://www.paho.org/per/index.php?gid=68&option=com_docman&task=doc_view
54. Flores V. Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara Jalisco México, procesos psicológicos y sociales Vol. 6 Año 2010 No. 1 Y 2, Issn 1870 - 5618
<Http://Www.Uv.Mx/Psicologia/Files/2013/06/Calidad-De-Vida-Y-Salud.Pdf>
55. Gazmuri P; Familia y habitabilidad en la vivienda: Aproximaciones metodológicas para su estudio desde una perspectiva sociológica. *Arquitectura y Urbanismo*[online]. 2013, vol.34, n.1, pp. 32-47. ISSN 1815-5898.disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1815-58982013000100004&script=sci_arttext
56. Medición de la pobreza Calidad de la vivienda,Publicación informativa de la Subsecretaría de Prospectiva, Planeación y Evaluación , 8 de julio de 2011 disponible en :http://www.2006-2012.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/2004/1/images/boletin_vivienda.pdf

57. M.S.P. Importancia sanitaria y social de la vivienda, 23 de enero 2012, disponible en http://www.chaco.gov.ar/MinisterioSalud/salud_ambiental/vivienda.php
58. OPS, Hacia Una Vivienda Saludable, publi. 15 de agosto del 2014 disponible en: <http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/4440/1/BVCI0004547.pdf>
59. Acevedo M, ASAREA investiga a la multinacional Eternit por presuntos daños a la salud de los operarios de su planta en San Justo Publi; 14 de marzo del 2014 Disponible en: <http://www.asarea.org.ar/?p=235>
60. OPS, Hacia Una Vivienda Saludable disponible en: <http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/4440/1/BVCI0004547.pdf>
61. Ducci J; Acceso Al Agua Potable, saneamiento y pobreza presentación al centro global para el desarrollo y la democracia Brasilia, Publi. marzo 200 disponible en: www.cgdd.org/files/cba3-jducci_spa.doc.
62. Guía Para el capacitador/A en educación sanitaria y ahorro del agua publi. 12 de Julio de 2010 disponible en <http://www1.paho.org/per/images/stories/PyP/PER37/22.pdf>
63. Huertas R; Diagnóstico sobre salud en la vivienda en el Perú; Red peruana de vivienda, ambiente y salud - 19/04/2010, disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsasv/e/diagnostico/peru.pdf>

- 64.** Vidal G y Col, Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de concepción, Chile. *cienc. enferm.* [revista en la internet]. 2014 abr [citado 2015 mayo 25] ; 20(1): 61-74. disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-95532014000100006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532014000100006>.
- 65.** Salleras S. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. España: ediciones Díaz de Santos, 2008. ProQuest ebrary. Web. 25 May 2015. Copyright © 2008. Ediciones Díaz de Santos. All rights reserved.
- 66.** Zagaceta L ; Estilo de vida relacionado con la salud. [Documento en internet]. Colombia; 2009. [Citado 2012 Jun. 15]. [9 páginas]. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6616/1/estilo%20de%20vida%20y%20salud.pdf>
- 67.** Quirantes M y Col. Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2015 Mayo 25] ; 35(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000300014&lng
- 68.** Bellido G; Alimentación saludable: una herramienta para disminuir el riesgo de enfermedad; (Fesnad). *rev med univ navarra/vol 50, Nº 4, 2006, 7-14* Disponible en: www.unav.es/revistamedicina/50_4/1-BASES.

69. Faulkner G y Col. Los instrumentos económicos para la prevención de la obesidad: resultados de una revisión de alcance y encuesta Delphi modificado. *Int J Nutr Behav Phys Ley.* 2011;8 : 109: Web de Science® veces citado: 13<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21237/full>
70. Márquez S, Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad. *EDU FÍS Y DEP* 1.er trimestre 2006 (12-24) física; http://www.upc.edu.pe/sites/default/files/page/file/fuente_1_pdn_lenguaje_20_febrero_2013.
71. German L. Determinantes de la actividad física en adultos de España. [Tesis Doctoral]. España – Madrid: Revista científica de actividad física y deporte; 2013
72. Cárdenas Q y Col. Evaluación nutricional de un grupo de adultos mayores residentes en Perú. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2004 Sep [citado 2015 Mayo 15]; 30(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300003&lng
73. Silva G y Col. El consumo de tabaco y el nivel de la educación en Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43: 48-56. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100119#B3
74. Del Águila R, Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor, publi.5 de abril del 2012;disponible en : <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>

75. Pérez L; Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores / Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. -- Lima: Ministerio de Salud, 2006. disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/lineamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf
76. Huertas R; Diagnóstico Sobre Salud En La Vivienda En El Perú; Red Peruana de Vivienda, Ambiente y Salud - 19/04/2010, disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsasv/e/diagnostico/peru.pdf>
77. Harry A; El tabaco es un problema que afecta la salud de los adultos en el mundo entero, Boletín de la Organización Mundial de la Salud; Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/09-069583/es/>
78. OMS Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud, Publi, 15 de enero del 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
79. Ames B; "carcinógenos dietéticos y anticancerígenos (radicales de oxígeno y enfermedades degenerativas)". Science 221 (1983): 1256-1264.
80. Fátima V. alimentación balanceada en el adulto; 16 DE MAYO DE 2009 disponible en: <http://alimentacioneneladulto.blogspot.pe/>
81. Berrazueta, J y Col. Consumo de pescado, omega- 3 y factores de riesgo Cardiovascular. *rev.fac.med*[online]. 2007, vol.15, n.2, pp. 218-224. ISSN 0121-5256. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562007000200009

- 82.** Moreno R. Jornadas De Referencia 2015 Análisis De Alimentos; 9, 10 y 11 de junio las Jornadas de Referencia 2014 Disponible en http://aesan.msssi.gob.es/AESAN/docs/docs/notas_prensa/Programa_Jornadas_Cna_2015.Pdf
- 83.** Huarachi Q; Evaluación Del Efecto Del Seguro Integral De Salud En Los Indicadores De Salud Pública Y Gasto De Bolsillo Periodo 2002-2009. Disponible en www.sis.gob.pe/.../Consolidado_Informe_2002-2009_07_02_2011.
- 84.** Iñiguez R y col. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. Brasil: Cadernos de Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004. ProQuest ebrary. Web. 25 May 2015. Copyright © 2004. Cadernos de Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. All rights reserved.
- 85.** Maguiña C y Col, Situación de la salud en el Perú: la agenda pendiente. Rev. perú. med. exp. salud public, Lima, v. 28, n. 3, jul. 2011 . Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000300029&lng=es&nrm=iso>. accedido en 15 mayo 2015.
- 86.** Kuri P: impacto de los Determinantes Sociales sobre la atención médica del adulto, Mexico, Abril 09, 2013 .
- 87.** Guerra M, y Col, Calidad de la atención en salud al adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2009, vol.25, n.3, pp. 0-0. ISSN 1561-3038.disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000300003&script=sci_arttext

88. Salgado .N. Género y Pobreza: Determinantes de la salud en adultos, Salud Pública de México;[visitado el 12 de abril del 2015]; Méx suppl.4 Cuernavaca Jan. 2007;vol.49 ;Disponible en:<http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342007001000011>.
89. Jara V; Ministerios de la mujer y poblaciones vulnerables; "Matriz del plan nacional para las personas adultas mayores el Planpam 2013-2017.
90. Nué G y Col. "Percepciones y autopercepciones de ancianos en Santa Cruz de Andamarca. Asociaciones con actividad y productividad, y salud y muerte en una Comunidad de la sierra de Lima". Ponencia presentada en el Simposio: Antropología de la vejez, del cuarto congreso Chileno de antropología 19 al 23 de noviembre 2001.
91. Quintero S y Col, Informe sobre avances en el derecho a la alimentación en Panamá. Italia: D - FAO, 2008. ProQuest ebrary. Web. 25 May 2015. Copyright © 2008. D - FAO. All rights reserved.
92. OMS.La atención primaria de salud, más necesaria que nunca, Publi.14 de enero del 2015 disponible en : <http://who.int/whr/2008/summary/es/>
93. MINSA. Publicado el 8 de octubre del 2014 disponible <http://www.sis.gob.pe/Portal/paginas/preguntas.html>
94. Wendy C; El apoyo social para y con las personas adultas, marzo 2012 disponible en: <http://www.ageco.org/sites/default/files/3.%20El%20apoyo%20social%20para%20y%20con%20las%20personas%20adultas%20mayores.pdf>

- 95.** Guzmán J, Redes de apoyo social de personas mayores, Santiago de Chile, 14
18 de julio de 2003 disponible en:
http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_jmgshnvmo.pdf.
- 96.** Marcelo C, Violencia, delincuencia juvenil y pandillas, publi. Septiembre
2006, disponible en: <http://www.rebelion.org/noticia.php?id=37642>

ANEXO 1



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA
CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS
ADULTOS MADUROS DE 30 A MÁS AÑOS EN EL PERU**

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

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

Dirección.....

I.DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

1. Edad:

- Adulto Joven (20 a 35> años) ()
- Adulto Maduro (35 a 60> año) ()
- Adulto Mayor (60 a más años) ()

2. Grado de instrucción:

- Sin nivel instrucción ()
- Inicial/Primaria ()
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()

- Superior Universitaria ()
- Superior no universitaria ()

4. Ingreso económico familiar en nuevos soles

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

5. Ocupación del jefe de familia:

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

6. Vivienda:

6.1. Tipo:

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

- Otros ()

6.2 Tenencia:

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

6.3. Material del piso:

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

6.4. Material del techo:

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

6.5. Material de las paredes:

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

6.6. Cuantos personas duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua:

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

8. Eliminación de excretas:

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

- Otros ()

9. Combustible para cocinar:

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

10. Energía eléctrica:

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

11. Disposición de basura:

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

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

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

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

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

II.DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

- Diario ()
- Dos a tres veces por semana ()

- Una vez a la semana ()
- Una vez al mes ()
- Ocasionalmente ()
- No consumo ()

16.¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

17. Con que frecuencia se baña?

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

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

Si () NO ()

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

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

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

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

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

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

III.DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22.¿Recibe algún apoyo social natural?

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

23; Recibe algún apoyo social organizado?

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

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

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

25; En qué institución de salud se atendió en estos 12 últimos meses:

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

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

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

27. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

28.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 ()

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

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

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si () No ()

Muchas gracias, por su colaboración

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

Validez de contenido: Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, nueve en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación al constructo evaluado por dimensiones.

Para efectos de este análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 9 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada una de las expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA EN LAS REGIONES DEL PERÚ”. (Ver anexo--).
3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
 - esencial?
 - útil pero no esencial?
 - no necesaria?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas (Ver anexo)
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 9 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla -- 2)

Tabla 1

V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta en las Regiones del Perú

Nº	V de Aiken	Nº	V de Aiken
1	1,000	14	1,000
2	1,000	15	1,000
3	1,000	16	1,000
4	1,000	17	1,000
5	0,944	18	1,000
6.1	1,000	19	1,000
6.2	1,000	20	1,000
6.3	1,000	21	1,000
6.4	1,000	22	1,000
6.5	1,000	23	1,000
6.6	1,000	24	1,000
7	1,000	25	1,000
8	1,000	26	1,000
9	1,000	27	1,000
10	1,000	28	1,000
11	1,000	29	1,000
12	1,000	30	1,000
13	1,000		
Coeficiente 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 de la persona adulta en las regiones del Perú.

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

ANEXO 2
REGISTRO DE LAS CALIFICACIONES DE CADA UNO DE LOS
EXPERTOS A LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO

Pregunta	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
Coefficiente de validez del instrumento														0,998

**REGISTRO DE LAS CALIFICACIONES DE CADA UNO DE LOS
EXPERTOS A LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS ADULTOS MADUROS DEL
PERÚ**

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA			ADECUACIÓN (*)				
	¿La habilidad o conocimiento medido por este reactivo es....?			¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
4 DETERMINANTES BIOSOCIOE								
5								
6								
7								
8								
9								
10 CONOMICO								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P4								

Comentario:									
P5									
Comentario:									
P6									
Comentario:									
P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
Comentario:									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									

P11								
Comentario:								
P12								
Comentario:								
P13								
Comentario:								
11 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA								
P14								
Comentario:								
P15								
Comentario:								
P16								
Comentario:								
P17								
Comentarios								
P18								
Comentario								
P19								
Comentario								
P20								
Comentario								
P21								
Comentario								

12 DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS								
P22								
Comentario:								
P23								
Comentario:								
P24								
Comentario:								
P25								
Comentario:								
P26								
Comentario:								
P27								
Comentario:								
P28								
Comentario								
P29								
Comentario								
P30								
Comentario								

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

Gracias por su colaboración.

**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE
CHIMBOTE**

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:
TÍTULO**

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS
MADUROS. ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION,
CHIMBOTE-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.

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

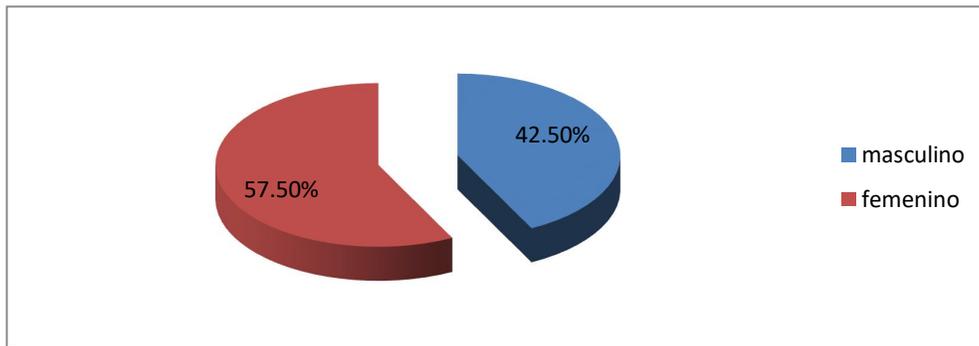
FIRMA

.....

**DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS Y
AMBIENTALES**

GRÁFICO N°1

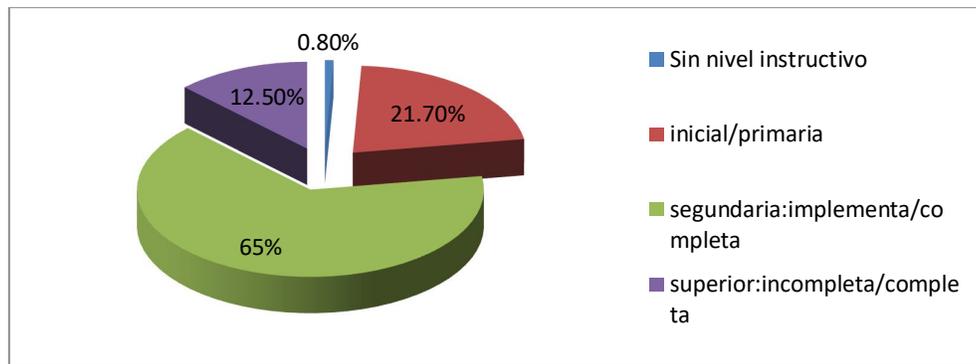
GRAFICO SEGÚN SEXO EN LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRÁFICO 2

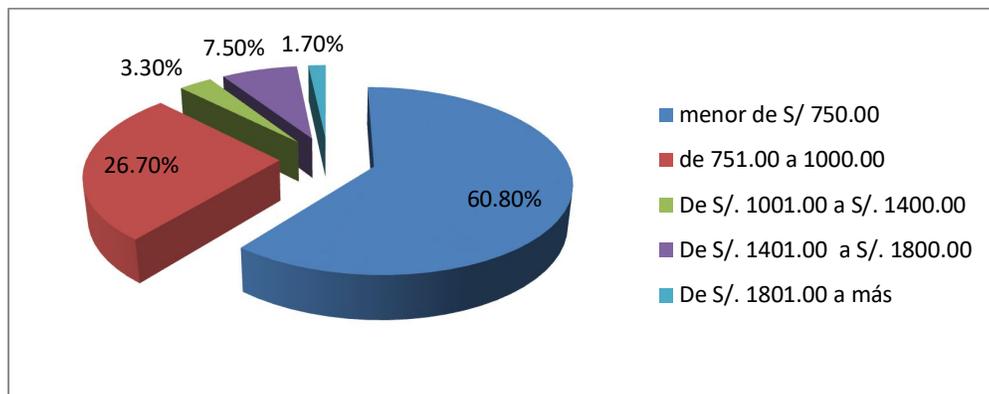
GRAFICO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION EN LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

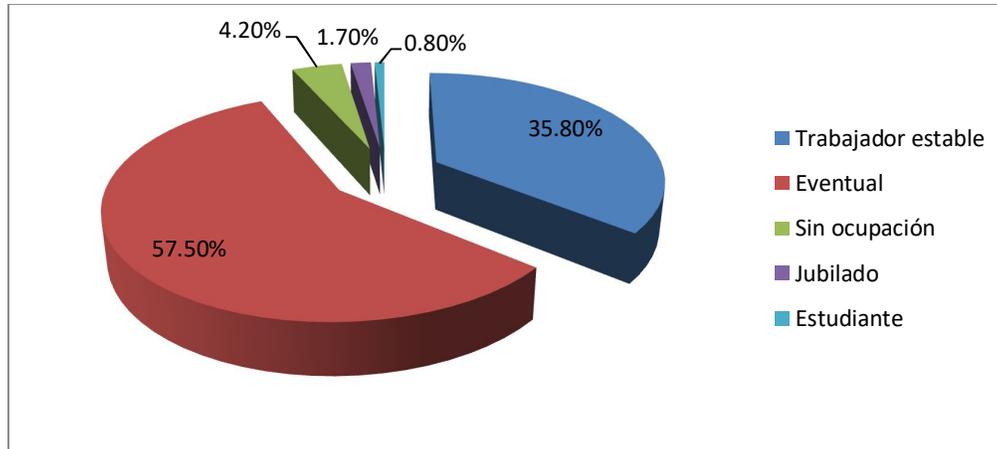
GRAFICO N°3

GRAFICO SEGÚN INGRESOS ECONÓMICOS EN LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

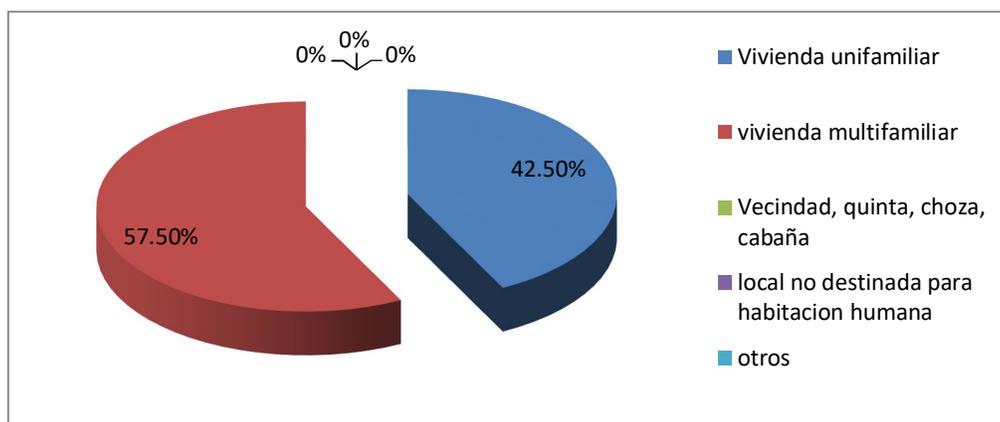
GRAFICO N°4
GRÁFICO SEGÚN OCUPACIÓN DE LOS ADULTOS MADUROS DEL
ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

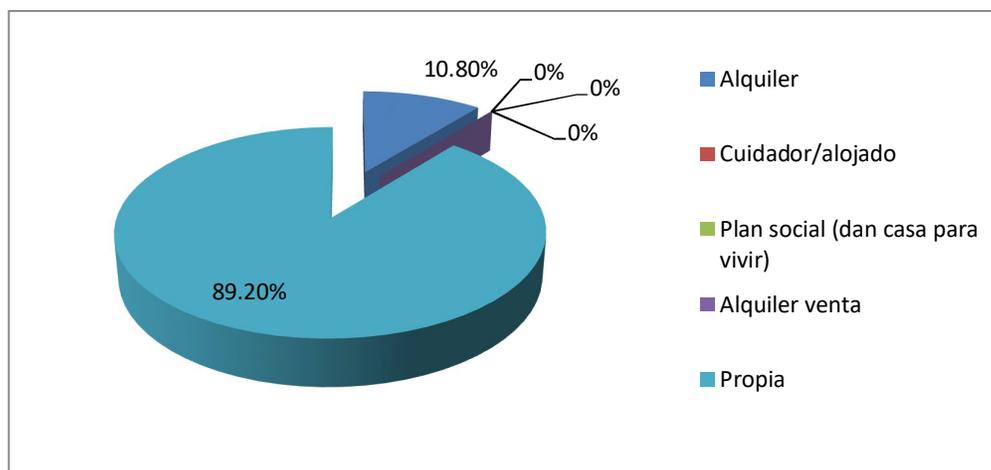
GRAFICO N°5
GRÁFICO SEGÚN EL TIPO DE VIVIENDA EN LOS ADULTOS
MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE,
2015.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO N°6

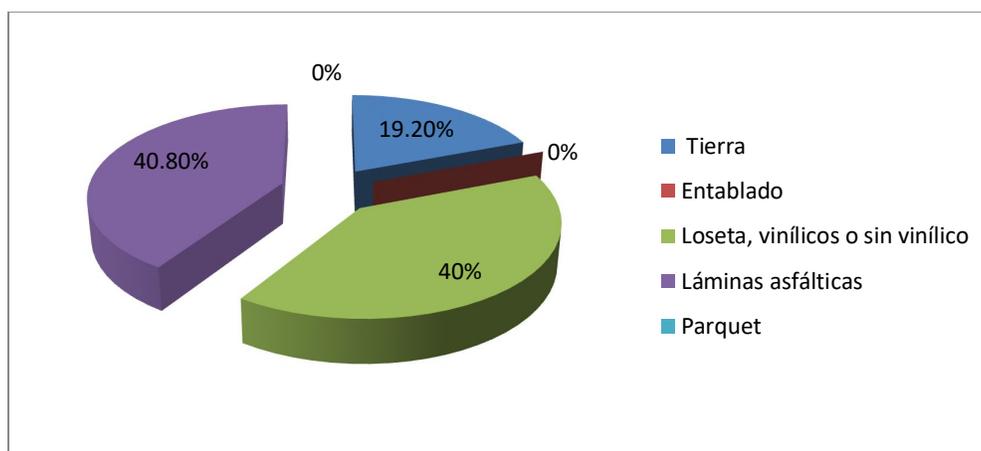
GRÁFICO SEGÚN TENENCIA DE LA VIVIENDAS EN LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vilchez Reyes.

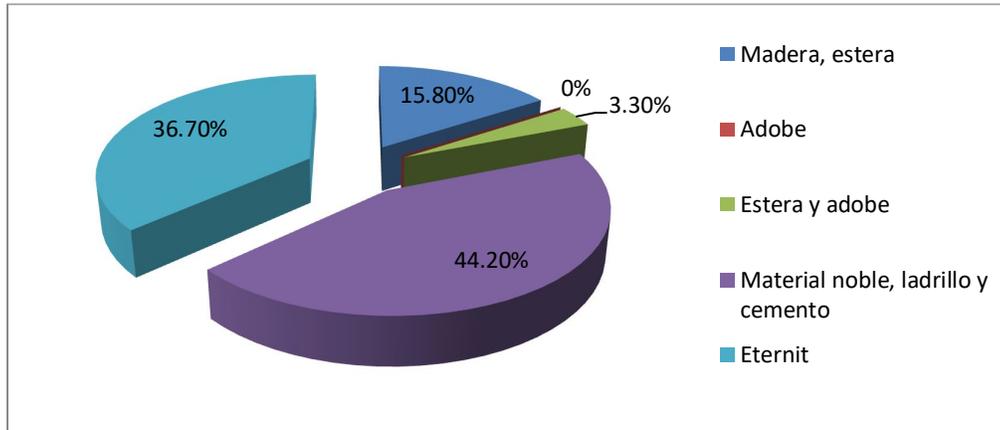
GRAFICO N°7

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DEL PISO EN LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015.



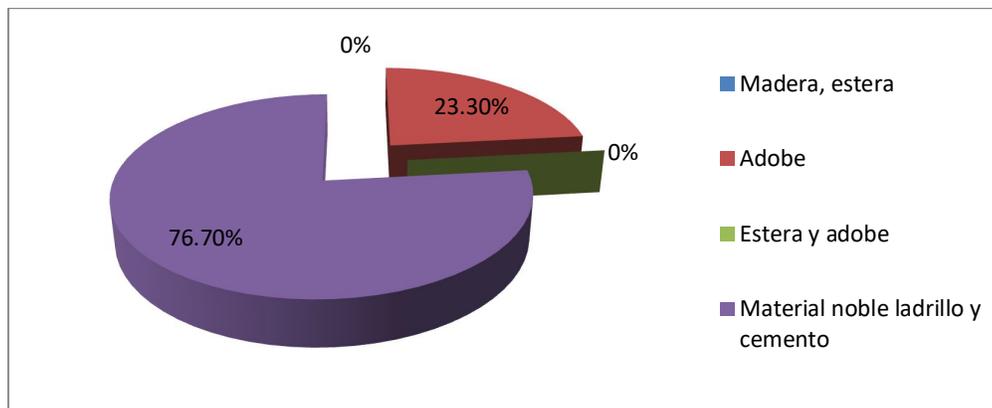
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vilchez Reyes.

GRAFICO N°8
GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DEL TECHO EN LOS ADULTOS
MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE,
2015.



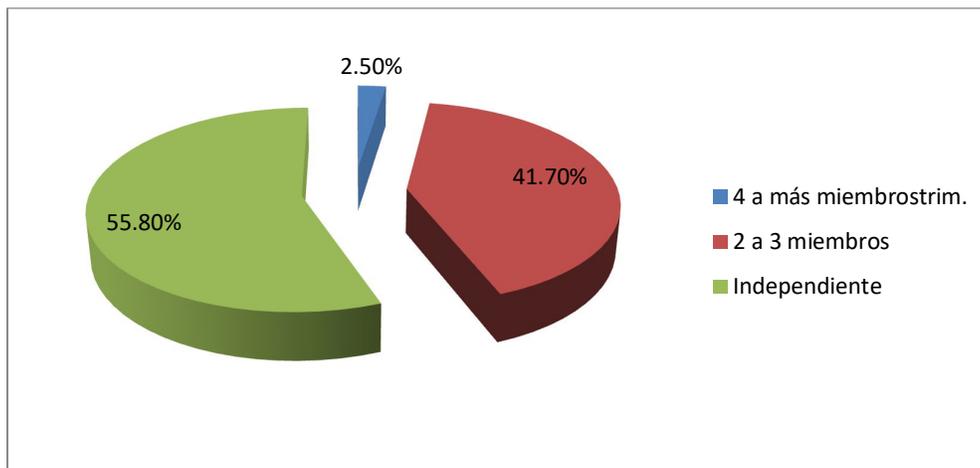
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vilchez Reyes.

GRAFICO N°9
GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DE LAS PAREDES EN LOS ADULTOS
MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE,
2015.



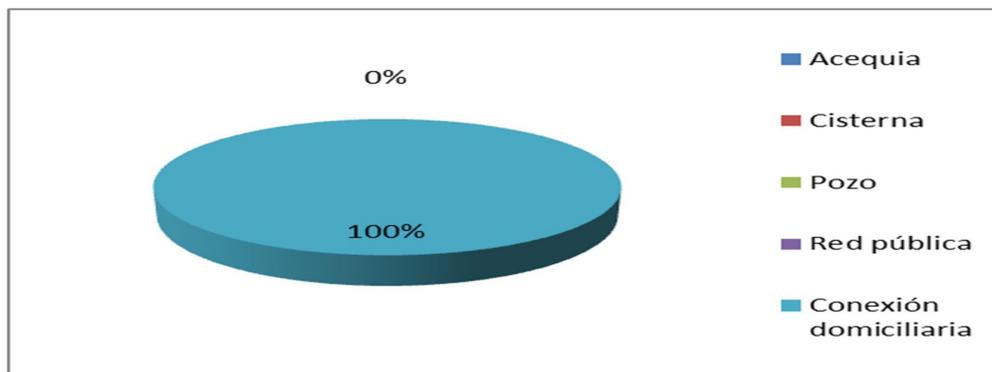
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vilchez Reyes.

GRAFICO N°10
GRÁFICO SEGÚN NÚMERO DE PERSONA QUE DUERMEN EN UNA
HABITACIÓN LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO
HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

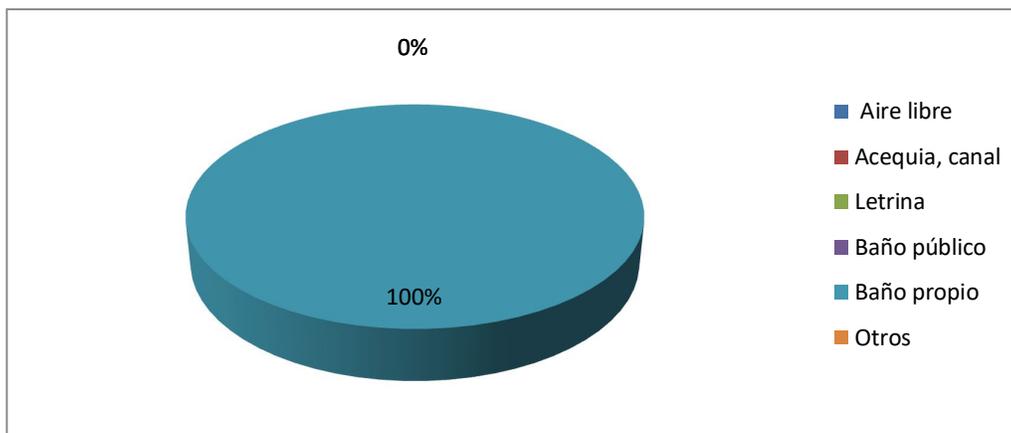
GRAFICO N°11
GRÁFICO SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LOS ADULTOS
MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE,
2015.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO N°12

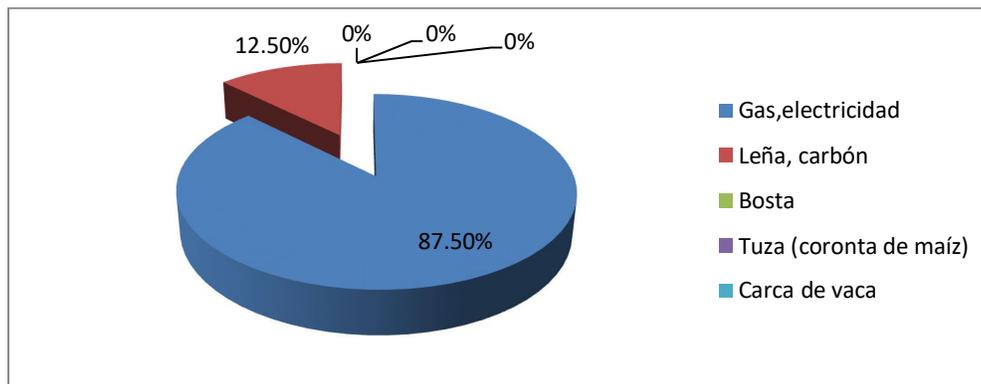
GRAFICO SEGÚN ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vilchez Reyes.

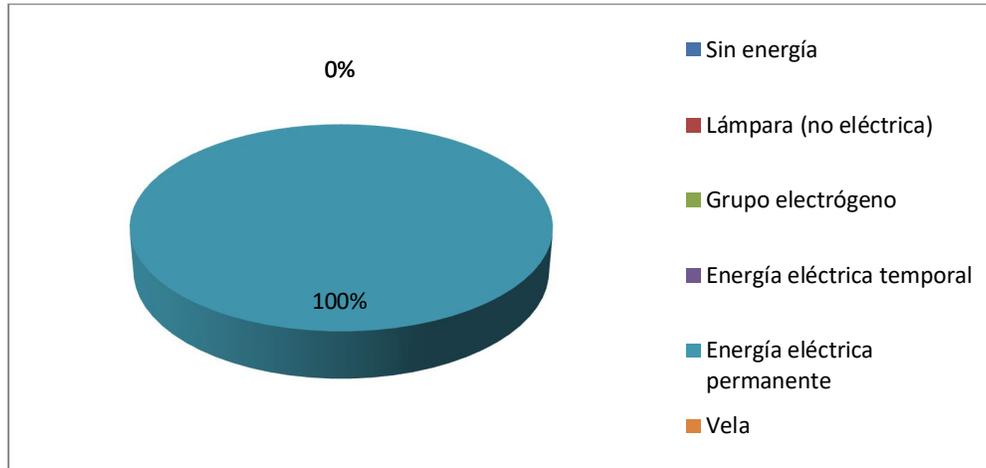
GRAFICO N°13

GRAFICO SEGÚN CONBUSTIBLE PARA COSINAR EN LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015



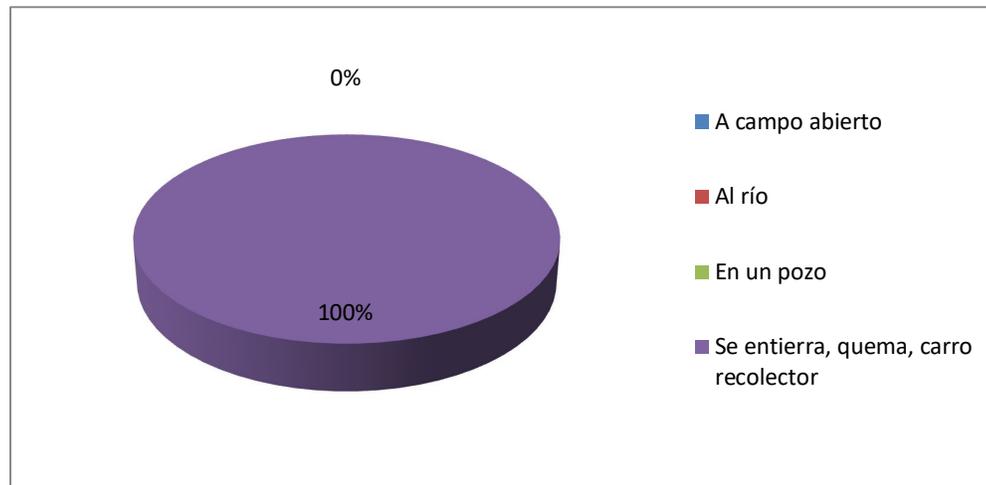
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vilchez Reyes.

GRAFICO N°14
GRAFIO SEGÚN ENERGÍA ELÉCTRICA EN LOS ADULTOS MADUROS
DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015



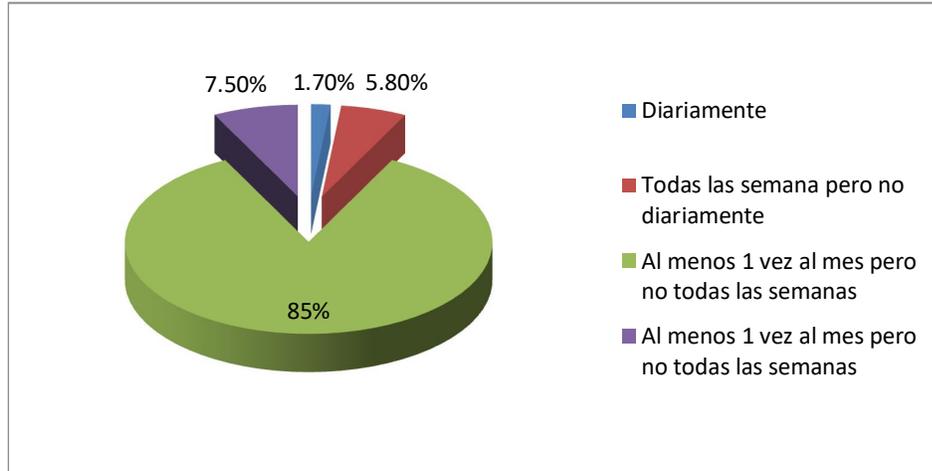
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vilchez Reyes.

GRAFICO N°15
GRAFICO SEGÚN DISPOSICIÓN DE LA BASURA EN LOS ADULTOS
MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE,
2015



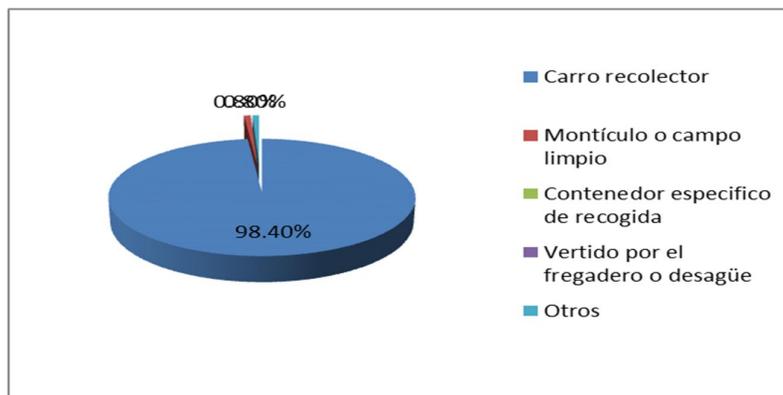
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vilchez Reyes.

GRAFICO Nº16
GRAFICO SEGÚN LA FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO
LA BASURA EN LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO
HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO Nº17
GRAFICO SEGÚN LUGARES DONDE SUELEN ELIMINAR LA BASURA
LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA
UNION CHIMBOTE, 2015

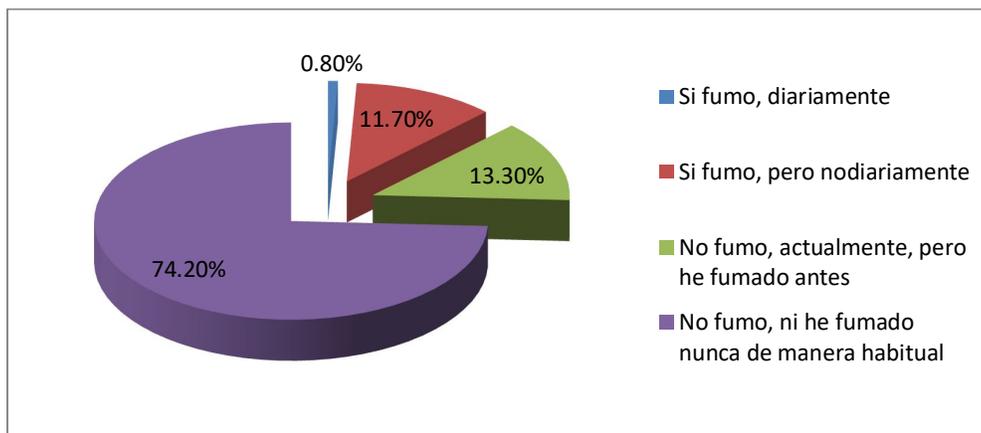


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRAFICO N°18

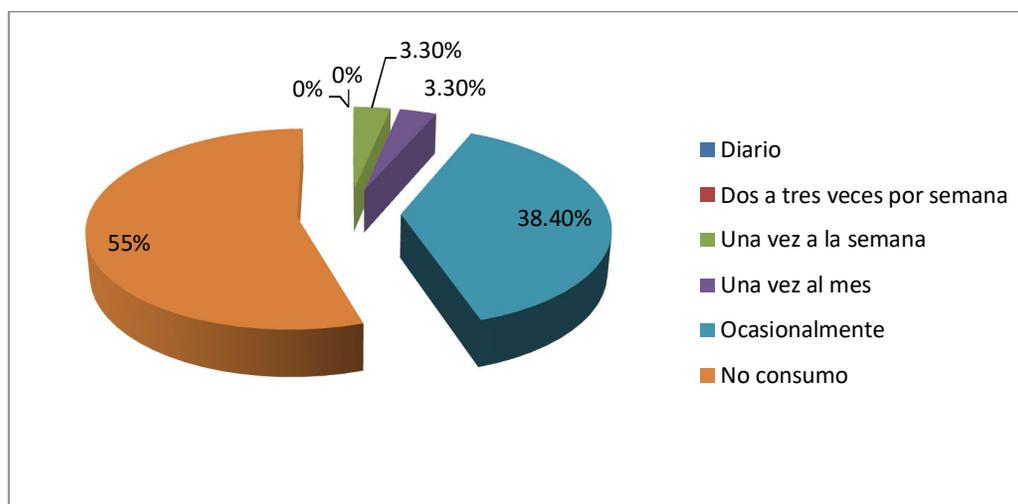
GRAFICO SI FUMAN ACTUALMENTE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vilchez Reyes.

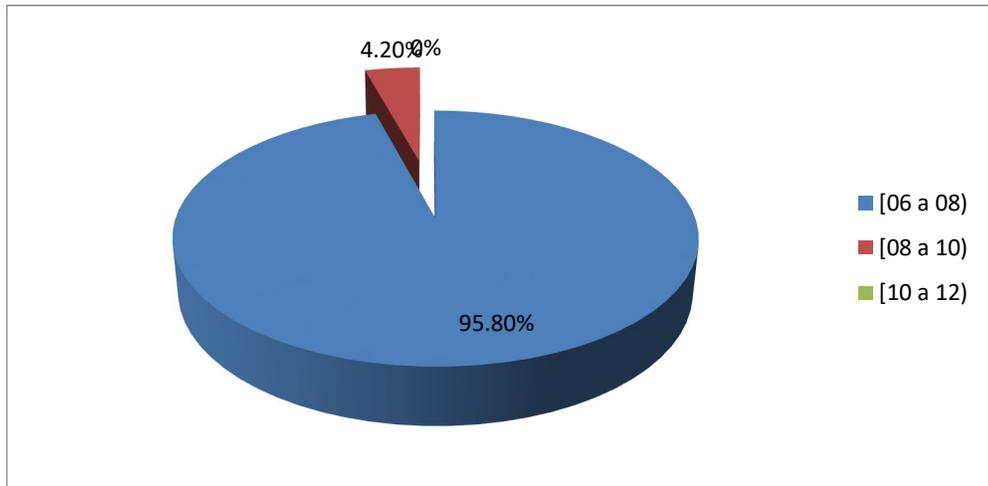
GRAFICO N°19

GRAFICO SEGÚN LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015



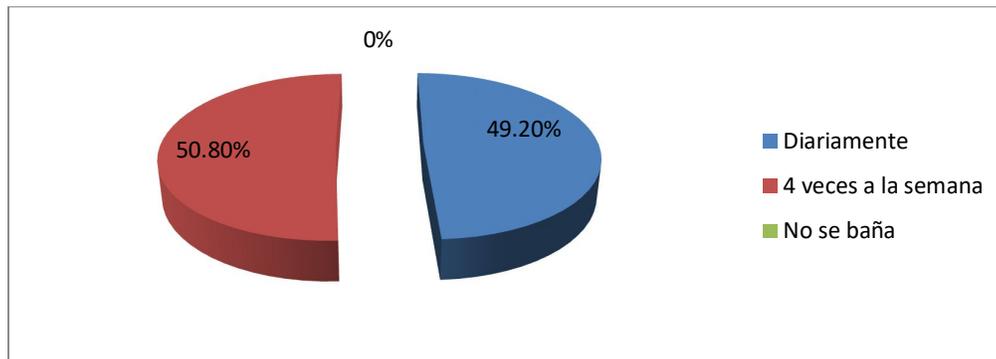
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vilchez Reyes.

GRAFICO N°20
GRAFICO SEGÚN NÚMERO DE HORAS QUE DUERMEN LOS
ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION
CHIMBOTE, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

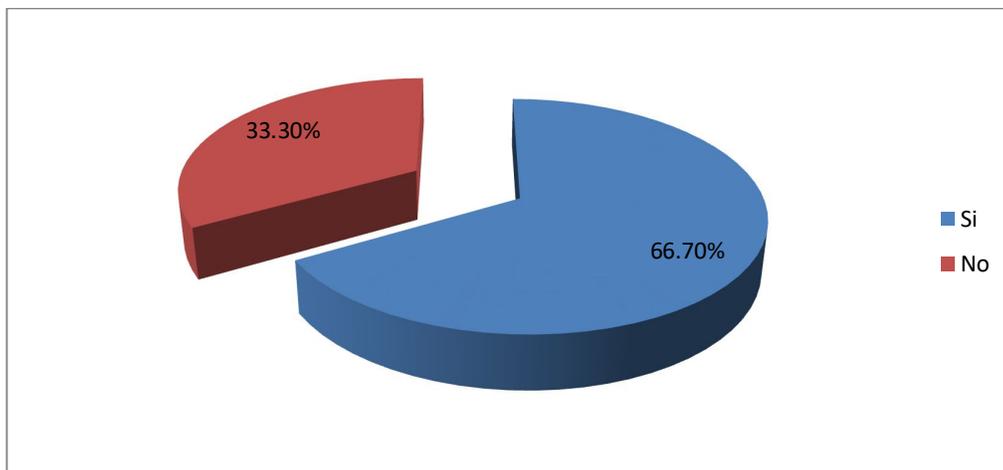
GRAFICO N°21
GRAFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUE SE BAÑAN LOS ADULTOS
MADUROS EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE,
2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO N°22

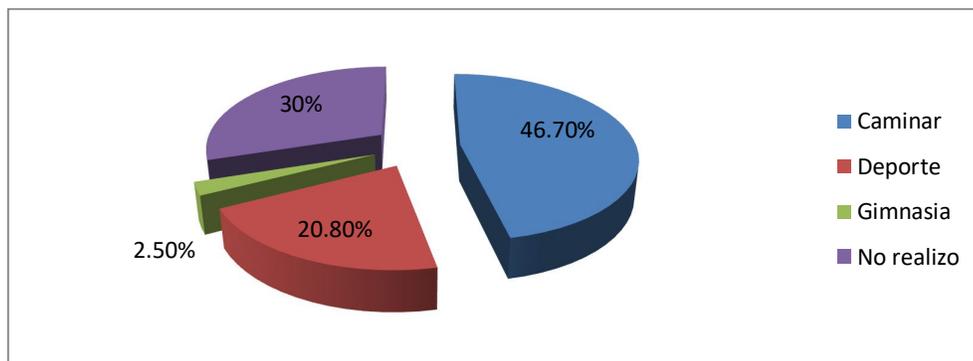
GRAFICO SEGÚN SI SE REALIZAN ALGUN EXAMEN MEDICO PERIODICO, EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO N°23

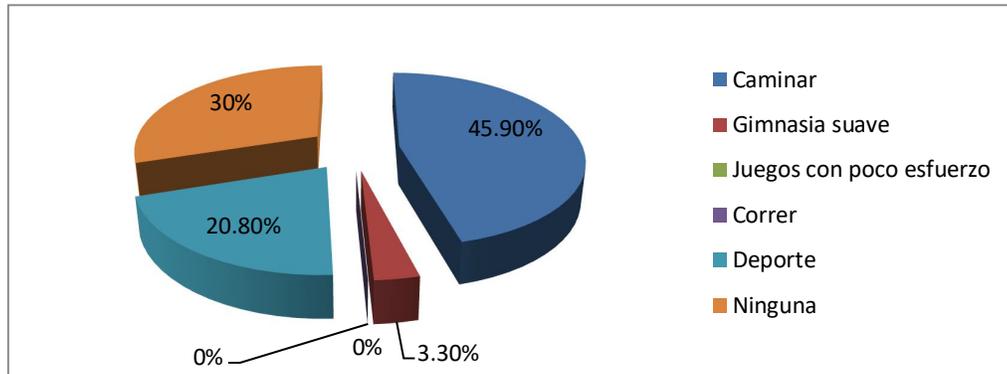
GRAFICO SEGÚN SU TIEMPO LIBRE QUE REALIZAN ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO N°24

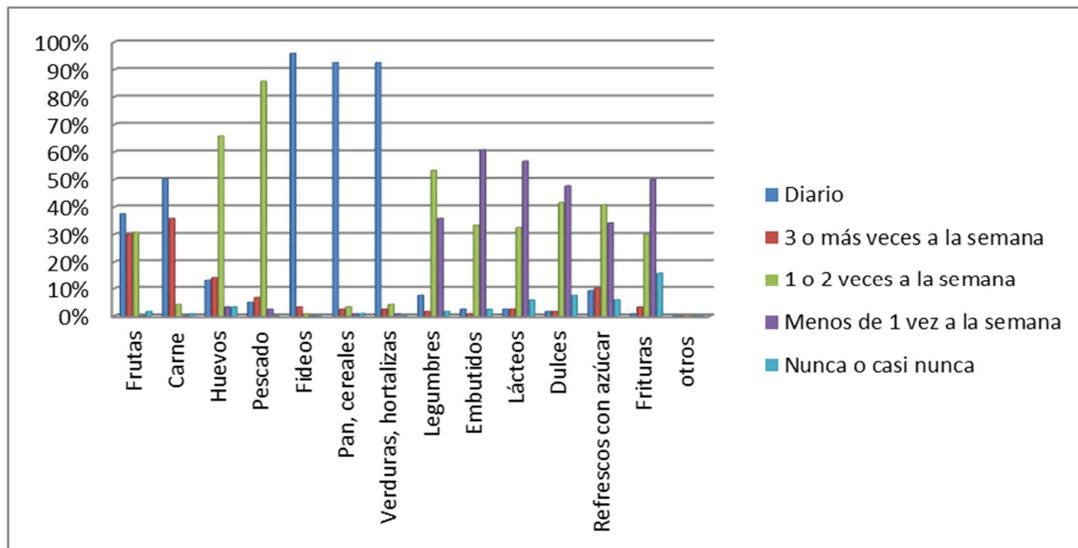
GRAFICO SEGÚN S ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZÓ DURANTE 20 MINUTOS EN LAS DOS ULTIMAS LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vilchez Reyes.

GRAFICO N°25

GRAFICO SEGÚN EL CONSUMO DE ALIMENTO DE LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015

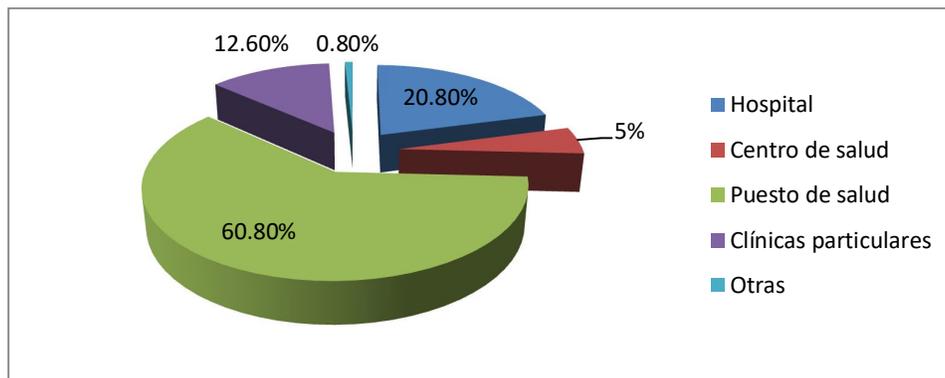


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vilchez Reyes.

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIOS

GRAFICO N°26

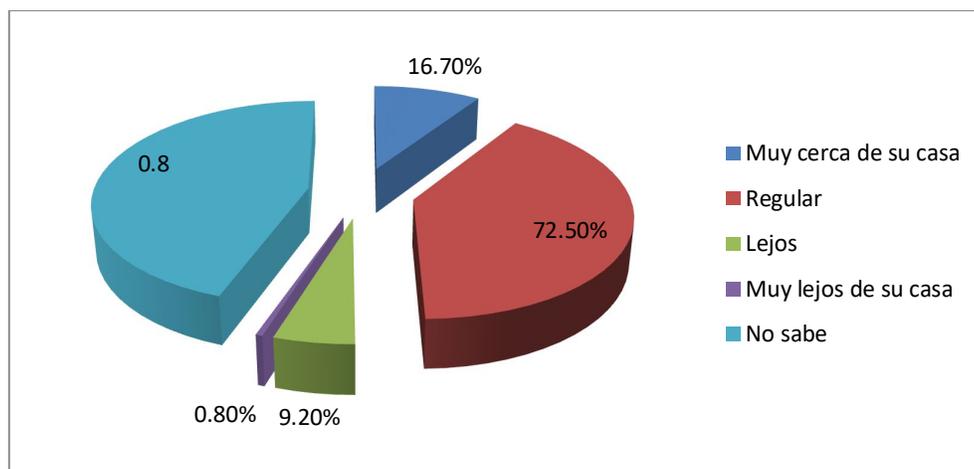
GRÁFICO SEGÚN INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ
LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN
CHIMBOTE, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vilchez Reyes.

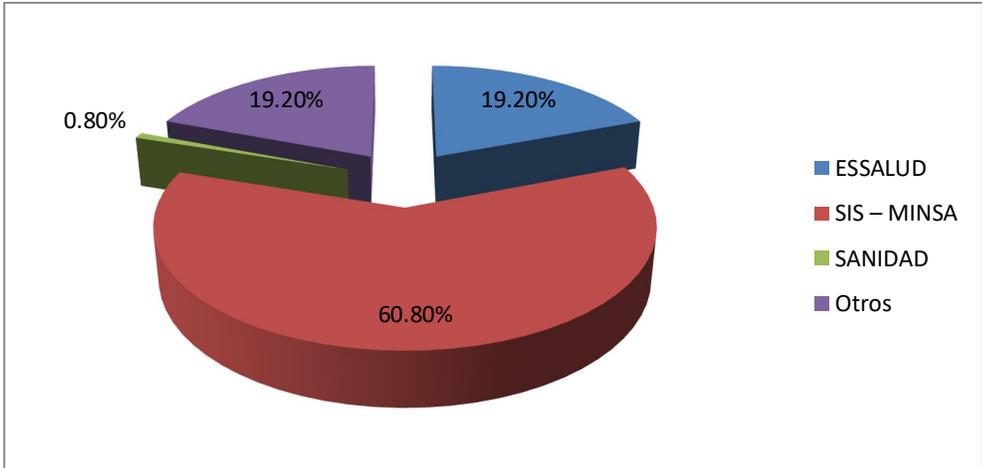
GRAFICO N°27

GRÁFICO SEGÚN CERCANÍA DEL LUGAR DONDE SE ATENDIÓ LOS
ADULTOS MADUROS EN EL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNIÓN
CHIMBOTE, 2015



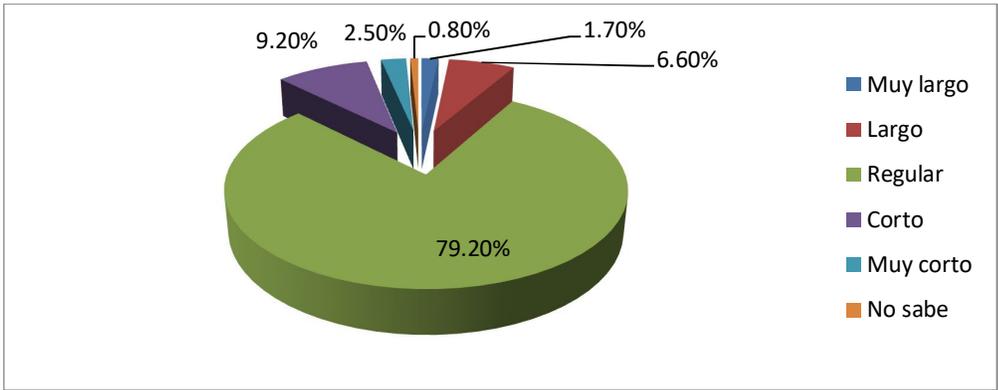
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vilchez Reyes.

GRÁFICO N°28
SEGÚN TIPO DE SEGURO EN LOS ADULTOS MADUROS DEL
ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vilchez Reyes.

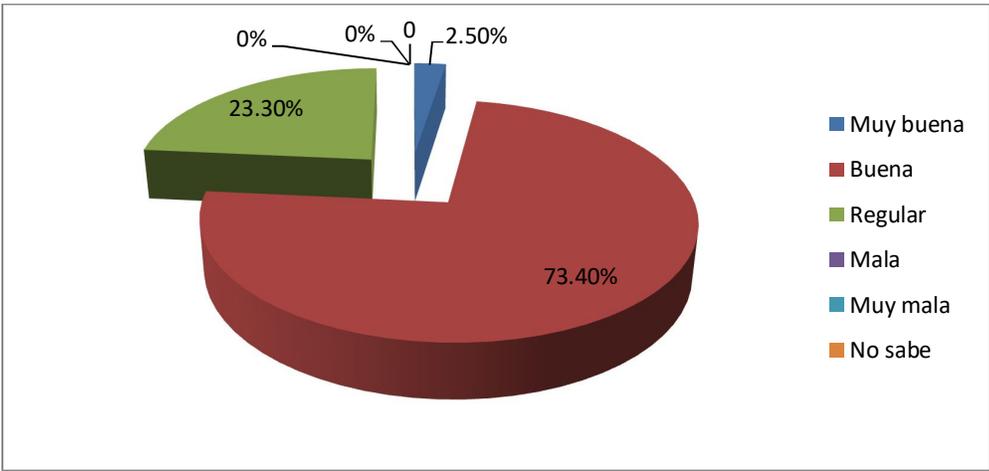
GRAFICO N°29
GRÁFICO SEGÚN TIEMPO QUE ESPERÓ EN LA ATENCIÓN LOS
ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION
CHIMBOTE, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO N°30

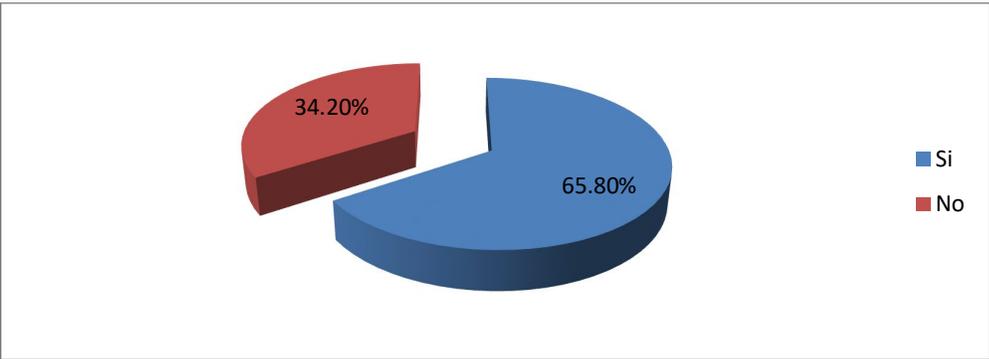
GRÁFICO SEGÚN CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO N°31

GRÁFICO SEGÚN PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA EN LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015

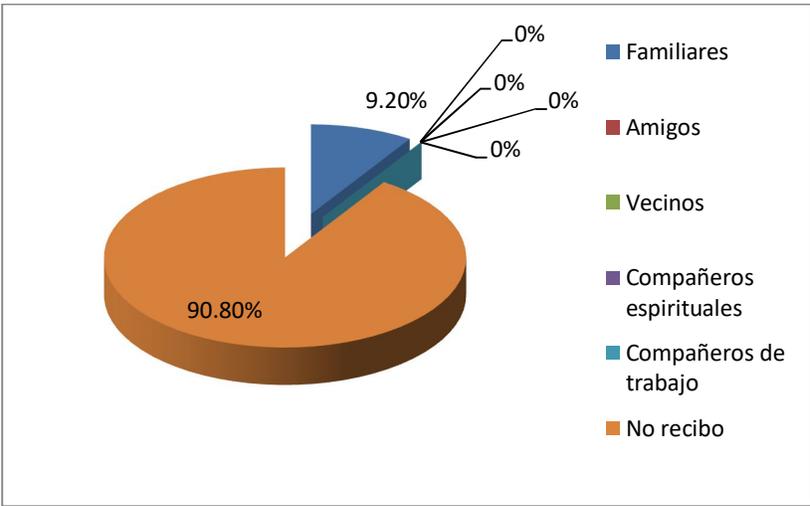


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vilchez Reyes.

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRAFICO N° 32

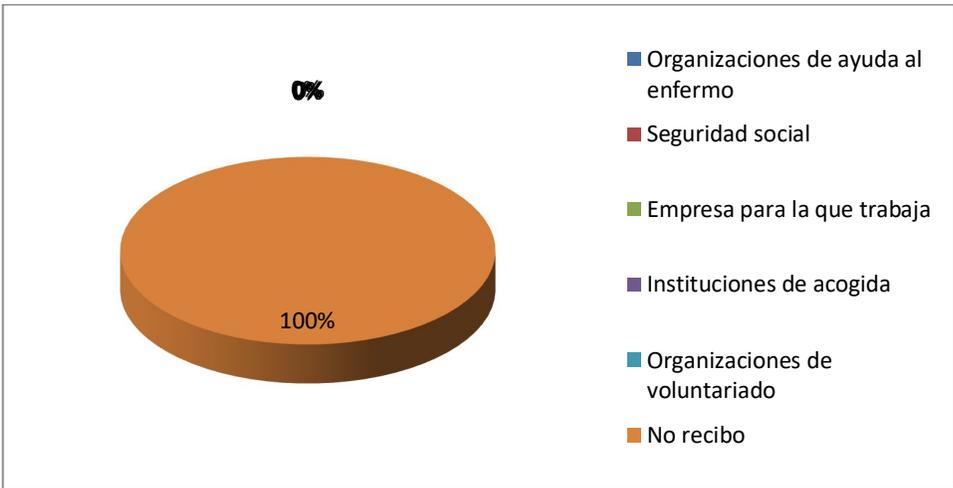
GRÁFICO SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL EN LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de la Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. .Enf: .María Adriana Vilchez Reyes.

GRAFICO N°33

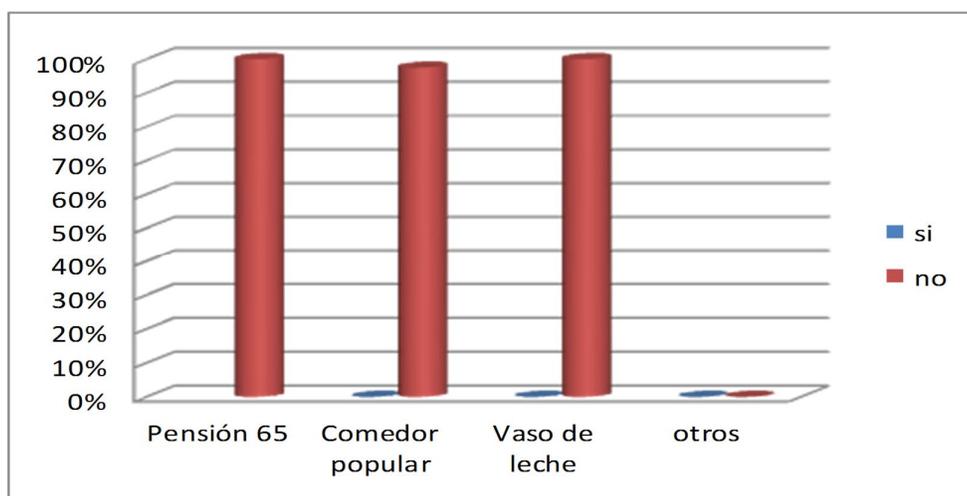
GRÁFICO SEGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO EN LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GAFICO N°34

GRÁFICO SEGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO EN LOS ADULTOS MADUROS DEL ASENTAMIENTO HUMANO LA UNION CHIMBOTE, 2015



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos maduros asentamiento humano de La Unión, elaborado por la directora de la línea Dra. María Adriana Vílchez Reyes.