



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS
MAYORES ASENTAMIENTO HUMANO SAN PEDRO -
CHIMBOTE, 2014**

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

AUTORA:

Gabriela Madeleyn Morillo Gamboa.

ASESORA:

Dra. Enf. María Adriana Vélchez Reyes.

CHIMBOTE-PERU

2015

MIEMBROS DEL JURADO

Mgtr. Julia Cantalicia Avelino Quiroz

PRESIDENTA

Mgtr. Leda María Guillén Salazar

SECRETARÍA

Dra. Sonia Avelina Girón Luciano

MIEMBRO

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a mis padres, por haber estado en cada momento de mi vida inculcándome sus enseñanzas a seguir adelante.

A mis hijos que con su ternura y amor que me brindan todos los días, me dan la fuerza necesaria para seguir esforzándome y poder ser una de las mejores estudiantes.

AGRADECIMIENTO

A Dios:

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

A Mis Padres:

Por darme su comprensión y confianza, por estar siempre a mi lado apoyándome en todo lo necesario para poder concluir con unos de los sueños más deseados ser una gran profesional.

Finalmente agradecer a mi docente la Dra. Adriana Vílchez, porque en cada clase aprendemos cosas nuevas y valiosas para enfrentar los retos de la carrera con inteligencia y sabiduría nuestra vida profesional.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tipo cuantitativo, descriptivo, con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud adultos mayores del asentamiento humano San Pedro. 2014. La muestra estuvo constituida por 120 adultos mayores, a quienes se les aplicó un instrumento: cuestionario sobre los determinantes de la salud, utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron ingresados a una base en el software PASW Statistics versión 18.0, Para el análisis de los datos se construyó tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos. Donde se obtuvieron los siguientes resultados: Los determinantes biosocioeconómicos la mayoría son de sexo masculino, y no cuentan con ningún grado de instrucción, menos de la mitad tiene ingreso económico menor de s/ 750.00 nuevo soles, ocupación jubilados, la totalidad suelen eliminar la basura en carro recolector, la tenencia de la vivienda es propia, casi la totalidad tiene energía eléctrica permanente, el abastecimiento de agua es conexión domiciliaria. Los determinantes de estilos de vida, casi la totalidad duermen de 06 a 08 horas, la mayoría consumen fideos, pan y cereales diarios, no se realiza ningún examen médico en un establecimiento de salud. En los determinantes de las redes sociales y comunitarios, casi la totalidad de adultos mayores no reciben apoyo social organizado, menos de la mitad recibe vaso de leche, el tipo de seguro con el que cuentan es SIS, manifiestan que si hay pandillaje.

Palabras clave: Adulto, determinantes, mayor

ABSTRACT

This paper quantitative, descriptive, design one box type research. It aimed to describe the determinants of health elderly adult human settlement San Pedro. 2014. The sample consisted of 120 elderly, who were applied an instrument: questionnaire on health determinants, using the technique of the interview and observation data were entered into a database in the software SPSS version 18.0 , for analysis of the data distribution tables absolute and relative percentage frequencies was constructed. And their respective statistical graphics. Where the following results were obtained: The biosocioeconómicos determinants are mostly male, and do not have any level of education, less than half have less income of s / 750.00 soles, retirees occupation all tend to eliminate waste in collector car, housing tenure is itself, almost all have permanent electricity, water supply is domestic connection. The determinants of lifestyle, almost all sleep in 06-08 hours, most consumed noodles, bread and cereals daily, no medical examination is carried out in a health facility. On the determinants of social and community networks, almost all seniors receive no organized social support, less than half receive glass of milk, the type of insurance that is SIS feature, show that if gangs.

Keywords: Adult, determinants, senior.

ÍNDICE DE CONTENIDO	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCION	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1 Antecedentes.....	9
2.2 Bases Teóricas y conceptuales de la investigación.....	12
III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y diseño de la Investigación.....	19
3.2 Población y muestra.....	19
3.3 Definición y Operacionalización de las variables.....	20
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	32
3.5 Plan de análisis.....	34
3.6 Principios éticos.....	35
IV. RESULTADOS	
4.1 Resultados.....	37
4.2 Análisis de resultados.....	45
V. CONCLUSIONES	
5.1 Conclusiones.....	61
5.2 Recomendaciones.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	71

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

TABLA 1.....	37
---------------------	-----------

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS MAYORES. ASENTAMIENTO HUMANO SAN PEDRO 2014.

TABLA 2.....	38
---------------------	-----------

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS MAYORES. ASENTAMIENTO HUMANO SAN PEDRO, 2014

TABLA 3.....	40
---------------------	-----------

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES. ASENTAMIENTO HUMANO SAN PEDRO 2014.

TABLA 4, 5, 6.....	42
---------------------------	-----------

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS APOYO COMUNITARIO DE LOS ADULTOS MAYORES ASENTAMIENTO HUMANO SAN PEDRO 2014.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

GRAFICO DE TABLA 1.....	72
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS MAYORES ASENTAMIENTO HUMANO SAN PEDRO, 2014	
GRAFICO DE TABLA 2.....	74
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS MAYORES ASENTAMIENTO HUMANO SAN PEDRO, 2014	
GRAFICO DE TABLA 3.....	80
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES. A.H. SAN PEDRO, 2014	
GRAFICO DE TABLA 4, 5, 6.....	84
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS APOYO COMUNITARIO DE LOS ADULTOS MAYORES ASENTAMIENTO HUMANO SAN PEDRO, 2014	

I. INTRODUCCIÓN

La salud en el Siglo XXI cobra una importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está tomando una dimensión muy especial en cuanto a seguridad respecta. Como tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud de la población está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales y sociales que aborda una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente (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. El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (6).

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (7).

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 país, viéndolo en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores (12).

A esta relación no es ajena los adultos mayores del asentamiento humano “San Pedro”. Que surgió como invasión por el año 1956 en gobierno del general Odría. El 29 de Junio de 1961 se logra su fundación y reconocimiento, donde se decidió nombrar una junta directiva. Según la INEI el asentamiento humano San Pedro para el año 2014 fue de 8431 y para el año 2015, se proyecta a 8,378 habitantes representando una tasa de crecimiento anual de -0,63. En la actualidad la composición de la población por etapas de vida el porcentaje más alto pertenece al grupo joven y adulto maduro seguido de la población de los niños y por último adultos mayores que la mayoría son jubilados. Siendo los adultos mayores que cuentan con título de su casa propia, sus casas son material noble y cemento, de piso y techo, etc. En los servicios básicos están completos en lo que es agua, luz y desagüe y está en proyecto las pistas y veredas. En el ámbito de recreación, consta con un parque que se encuentra en mal estado, pero si tiene 3 losas deportivas, cuenta con un Puesto de Salud “San Pedro” de nivel I- 2 no Clas. (13).

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en los adultos mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014?

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

Describir los determinantes de la salud en adultos mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014.

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

- Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico en los adultos mayores del asentamiento humano San Pedro (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).
- Identificar los determinantes de los estilos de vida en los adultos mayores del asentamiento humano San Pedro: alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), etc
- Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias en los adultos mayores del asentamiento humano San Pedro: el acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, autopercepción del estado de salud en adultos mayores.

Finalmente, la Investigación se justifica porque en el campo de la salud de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población adultos mayores en el asentamiento humano San Pedro 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 adultos mayores del asentamiento humano San Pedro y acelerar el desarrollo biosocioeconómico de los países.

El presente estudio 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 ayuda a entender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad en salud y mejorar la salud de la población adultos mayores del asentamiento humano San Pedro, en general, y promocionar su salud, en particular, implica el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

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

Además es conveniente para: Las autoridades regionales de la Direcciones de salud y municipios en el campo de la salud, así como para los adultos mayores del asentamiento humano San Pedro y 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 encontró 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 estos tuvieron un porcentaje superior, en relación a las mujeres.

Tovar C y García C (15), en su investigación titulada “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”, concluye que las condiciones de

salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.

A nivel Nacional:

Rodríguez Q (16), en su investigación titulada “Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo-Amazonas. Se encontró que los determinantes sociales: analfabetismo en madres (22,5%), en padres (10%), la agricultura como actividad económica predominante de los padres (72.5%), comercio en las madres (20%), limitado acceso al mercado, tecnología y financiamiento económico (45,5%); determinantes del derecho humano: limitado acceso a vida larga y saludable en niños con bajo peso al nacer (20%), limitado acceso al control de gestante (77,5%) e inmunizaciones (60%); en lo determinantes interculturales: usan leña para cocinar (80%) y plantas medicinales para cuidar su salud (65%). Concluyendo que la quinta parte de la población tiene limitado acceso a vida larga y saludable, ya que tuvieron bajo peso al nacer, padres prefieren que hijos trabajen en las vaquerías, repitiendo el año escolar, limitando sus competencias para acceder a un trabajo bien remunerado y a servicios de salud

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

2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación

El presente informe de investigación se fundamentó en las bases conceptuales de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead, presentó 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. Explicó 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).

3. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Cuantitativo, descriptivo (22,23). Diseño de una sola casilla (24,25).

3.2. Población y Muestra

El universo muestral estuvo constituido por 120 Adultos mayores del asentamiento humano San Pedro.

3.2.1. Unidad de análisis

Adultos mayores del asentamiento humano San Pedro, que formaron parte del universo muestral y respondieron a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adulto mayor que vivió más de 3 años en el asentamiento humano San Pedro.
- Adultos mayores del asentamiento humano San Pedro, que aceptaron participar en el estudio.
- Adultos mayores del asentamiento humano San Pedro que tuvieron la disponibilidad de participar en el cuestionario como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Adultos mayores. Del asentamiento humano San Pedro, que presentaron algún trastorno mental.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONOMICO

- **Sexo**

Definición Conceptual.

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

Definición Operacional

Escala nominal

Femenino

Masculino

- **Grado de Instrucción**

Definición Conceptual

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

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin nivel instrucción

- Inicial/Primaria

- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta

- Superior Universitaria

- Superior no universitaria

Ingreso Económico

Definición Conceptual

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

Escala de razón

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

Ocupación

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (29)

Definición Operacional

Escala Nominal

- Trabajador estable

- Eventual
- Sin ocupación
- Jubilado
- Estudiante

Vivienda

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (30).

Definición operacional

Escala nominal

- 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
- Otro

Disposición de basura

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

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

Eliminación de basura

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

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

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

III.DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

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

Instrumento

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

Instrumento No 01

El instrumento se elaboró en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en las personas adultas mayores. 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 obtuvo las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno Biosocioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, Vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), alimentos que consumen las personas.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: apoyo social natural, organizado, acceso a los servicios de salud.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del **Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta en las Regiones del Perú** 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 del Perú. (ANEXO 2)

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

Se evaluó aplicando el cuestionario a la misma persona por dos entrevistadores diferentes en un mismo día, garantizando que el fenómeno no ha cambiado. Se realizó 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. (35,36). (ANEXO 3)

3.5 Plan de análisis

3.5.1 Procedimientos de recolección de datos:

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

- Se informó y se pidió el consentimiento de los adultos mayores de dicha comunidad, haciendo hincapié que los

datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son fueron estrictamente confidenciales.

- Se coordinó con las personas adultas mayores su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada adulto mayor.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos a los adultos mayores.
- El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa a los adultos mayores.

3.5.2. Análisis y procesamiento de los datos:

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

3.6 Principios éticos

Se valoró previamente 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 mayores que la investigación será anónima y que la información obtenida es solo para fines de la investigación.

Privacidad

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

Honestidad

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

Consentimiento

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

IV.-RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 01.

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN PEDRO – CHIMBOTE 2014

Sexo	N	%
Masculino	74	62,0
Femenino	46	38,0
Total	120	100,0
Grado de instrucción del adulto mayor	N	%
Sin instrucción	73	61,0
Inicial/Primaria	41	34,0
Secundaria: Incompleta/ Completa	6	5,0
Superior: Incompleta/ Completa	0	0,0
Total	120	100,0
Ingreso económico familiar	N	%
Menor de S/. 750.00	51	43,0
De S/. 751.00 a S/. 1000.00	34	29,0
De S/. 1001.00 a S/. 1400.00	28	24,0
De S/. 1401.00 a S/. 1800.00	7	4,0
De S/. 1801.00 a más	0	0,0
Total	120	100
Ocupación del jefe de familia	N	%
Trabajador estable	15	13,0
Eventual	35	29,0
Sin ocupación	13	11,0
Jubilado	57	47,0
Estudiante	0	0,0
Total	120	100

FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en los adultos mayores del asentamiento humano.

San Pedro, 2014. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

4.1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 2

***DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA
LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN PEDRO –
CHIMBOTE, 2014***

Tipo	N	%
Vivienda unifamiliar	40	33,0
Vivienda multifamiliar	80	67,0
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	0	0,0
Cuidador/alojado	0	0,0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0
Alquiler venta	0	0,0
Propia	120	100,0
Total	120	100,0

Material del piso	N	%
Tierra	12	10,0
Entablado	2	2,0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	106	88,0
Láminas asfálticas	0	0,0
Parquet	0	0,0
Total	120	100,0

Material del techo	N	%
Madera, estera	3	3,0
Adobe	1	1,0
Estera y adobe	1	1,0
Material noble, ladrillo y cemento	78	65,0
Eternit	37	30,0
Total	120	100,0

Material de las paredes	N	%
Madera, estera	3	3,0
Adobe	30	25,0
Estera y adobe	2	2,0
Material noble ladrillo y cemento	85	70,0
Total	120	100,0

N° de personas que duermen en una habitación	N	%
4 a más miembros	0	0,0
2 a 3 miembros	68	57,0
Independiente	52	43,0
Total	120	100,0

4.1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS BASICOS

TABLA 02. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN PEDRO – CHIMBOTE, 2014

Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	2	2,0
Pozo	0	0,0
Red pública	3	3,0
Conexión domiciliaria	115	95,0
Total	120	100,0
Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	0	0,0
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	1	1,0
Baño público	0	0,0
Baño propio	118	98,0
Otros	1	1,0
Total	120	100,0
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	118	98,0
Leña, carbón	2	2,0
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	1	1,0
Energía eléctrica permanente	119	99,0
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	100,0
Total	120	100,0
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	N	%
Diariamente	7	6,0
Todas las semana pero no diariamente	28	23,0
Al menos 2 veces por semana	84	70,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	1	1,0
Total	120	100,0

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

FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adulto mayores del asentamiento humano. San Pedro, 2014. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 03

***DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES
DEL ASENTAMIENTO HUMANO. SAN PEDRO - 2014***

Fuma actualmente:	N	%
Si fumo, diariamente	1	1,0
Si fumo, pero no diariamente	1	1,0
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	19	16,0
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	99	82,0
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	0	0,0
Una vez al mes	1	1,0
Ocasionalmente	26	22,0
No consumo	93	77,0
Total	120	100,0
N° de horas que duerme	N	%
[06 a 08)	109	91,0
[08 a 10)	11	9,0
[10 a 12)	0	0,0
Total	120	100,0
Frecuencia con que se baña	N	%
Diariamente	94	78,0
4 veces a la semana	26	22,0
No se baña	0	0,0
Total	120	100,0
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	N	%
Si	22	18,0
No	98	82,0
Total	120	100,0

Actividad física que realiza en su tiempo libre	N	%
Caminar	32	27,0
Deporte	0	0,0
Gimnasia	0	0,0
No realizo	88	73,0
Total	120	100,0

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	N	%
Caminar	55	46,0
Gimnasia suave	0	0,0
Juegos con poco esfuerzo	0	0,0
Correr	0	0,0
Deporte	0	0,0
Ninguna	65	54,0
Total	120	100,0

Continúa.....

TABLA 03. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN PEDRO – CHIMBOTE, 2014

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	31	26,0	59	49,0	30	25,0	0	0,0	0	0,0
Carne	25	21,0	77	64,0	16	13,0	2	2,0	0	0,0
Huevos	33	28,0	49	41,0	36	30,0	2	2,0	0	0,0
Pescado	3	3,0	44	37,0	68	57,0	5	4,0	0	0,0
Fideos	105	88,0	11	9,0	4	3,0	0	0,0	0	0,0
Pan, cereales	105	88,0	13	11,0	2	2,0	0	0,0	0	0,0
Verduras, hortalizas	25	21,0	48	40,0	42	35,0	4	3,0	5	1,0
Otras	0	0,0	79	66,0	58	48,0	27	23,0	51	42,0

FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adulto mayores del asentamiento humano San Pedro - 2014. Elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

4.1.4 DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 04

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS APOYO COMUNITARIO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN PEDRO – CHIMBOTE, 2014.

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N	%
Hospital	52	43,0
Centro de salud	5	4,0
Puesto de salud	60	50,0
Clínicas particulares	0	0,0
Otras	3	3,0
Total	120	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	N	%
Muy cerca de su casa	9	8,0
Regular	101	84,0
Lejos	10	8,0
Muy lejos de su casa	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	120	100,0
Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	46	38,0
SIS – MINSA	60	50,0
SANIDAD	5	4,0
Otros	9	8,0
Total	120	100,0
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	N	%
Muy largo	6	5,0
Largo	33	27,0
Regular	73	61,0
Corto	2	2,0
Muy corto	0	0,0
No sabe	6	5,0
Total	120	100,0
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N	%
Muy buena	0	0,0
Buena	14	12,0
Regular	97	81,0
Mala	4	3,0

Muy mala	2	2,0
No sabe	3	2,0
Total	120	100,0

Continúa.....

TABLA04. DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN PEDRO – CHIMBOTE, 2014

Conclusión.

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N	%
Si	106	83,0
No	14	17,0
Total	120	100,0

FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adulto mayores del asentamiento humano. San Pedro. 2014. Elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación

TABLA 05

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN PEDRO- CHIMBOTE, 2014

Recibe algún apoyo social natural:	N	%
Familiares	81	67,0
Amigos	1	1,0
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	1	1,0
Compañeros de trabajo	0	0,0
No recibo	37	31,0
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	1	1,0
Instituciones de acogida	0	0,0
Organizaciones de voluntariado	0	0,0
No recibo	119	99,0
Total	120	100,0

FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adulto mayores del asentamiento humano San Pedro, 2014. Elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación

TABLA 06

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN PEDRO- CHIMBOTE, 2014

Apoyo social de las organizaciones	Si		No	
	N	%	N	%
Pensión 65	00	0,0	00	0,0
Comedor popular	36	47,0	0	0,0
Vaso de leche	37	48,0	0	0,0
Otros	4	5,0	0	0,0
Total	77	100,0	0	0,0

FUENTE: Cuestionario de determinantes de la salud en adulto mayores del asentamiento humano San Pedro. 2014. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación

4.2 Análisis de resultado:

En la tabla 01: De los 120 adultos mayores del asentamiento humano San Pedro, el 62% (74) son del sexo masculino; el 61% (73) sin instrucción; el 43% (51) tiene un ingreso menor de 750,00 nuevos soles y el 47% (57) es jubilado.

En la presente investigación, la mayoría son de sexo masculino, no cuentan con grado de instrucción, menos de la mitad tienen ingreso económico familiar de 750.00 nuevo soles y menos de la mitad son jubilados.

Según el Ministerio de la mujer y la población vulnerable, (38), nos manifiesta que el envejecimiento poblacional es una realidad. En el mundo cada año aumenta el porcentaje de la población de 60 años o más y el Perú no es ajeno a este fenómeno social. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), este año las personas adultas mayores representan el 9,4% de la población total y se proyecta que en el año 2021, este porcentaje se incrementará a 11,2%. Estas cifras se desprenden del Foro “Envejeciendo con dignidad y sin violencia”, organizado por la Defensoría del Pueblo al conmemorarse el 26 de agosto el Día Nacional de la Persona Adulta Mayor, que contó con la participación del viceministro de Poblaciones Vulnerables del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

Encontramos investigaciones similares tales como: García A, A, (39), en su investigación titulada: Persona mayor y demografía: ¿Hacia dónde vamos? concluye que las condiciones de vida de las personas mayores están directamente relacionado a formas y hábitos de vida con la salud. Aunque el nivel educativo de las personas mayores ha ido en aumento en estos últimos años, todavía se mantiene una tasa considerable de personas que se sitúan en el analfabetismo. El 8,1% de la población mayor es actualmente analfabeta. Con una incidencia del 5,7% entre los varones y del 9,8% entre las mujeres, es decir, hay casi dos mujeres por cada hombre que no saben leer ni escribir. Este porcentaje se eleva a un 12,0% entre la población de 85 y más años. Un nivel educativo bajo resulta determinante en cuestiones como el bienestar, el estado de salud y las situaciones de discapacidad y dependencia.

Así mismo Ham Chande y otros, (40), mencionan acerca que la vulnerabilidad a edades avanzadas y lo relevante que resulta económica y emocionalmente para el adulto mayor vivir con su familia: “Gran parte de los mayores de 60 años no reciben ingresos previsionales ni laborales suficientes y deben vivir en grupos familiares extendidos. Las necesidades de cuidado por enfermedades, dependencia económica, deterioro mental y la atención emocional del anciano motivan arreglos residenciales y diferentes formas de apoyo familiar.”

En la presente investigación se observa también menos de la mitad de adultos mayores tienen un ingreso menor de 750.00 Nuevos soles y un poco menos de la mitad son jubilados siendo un sueldo poco satisfactorio para sus necesidades.

Según Guzmán J, (41), en su investigaciones La situación de las personas mayores en República Dominicana; dicen que la capacidad de las personas de disponer de bienes en general, económicos y no económicos, constituye un elemento clave de la calidad de vida en la vejez. En este sentido, la seguridad económica de las personas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida. El goce de la seguridad económica permite a las personas mayores satisfacer las necesidades objetivas que agregan calidad a los años, y disponer de independencia en la toma de decisiones.

Además, mejora su autoestima, al propiciar el desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos. Así, la seguridad económica es la contra cara de la pobreza en tanto permite generar las condiciones para un envejecimiento con dignidad y seguridad. Legítima aspiración de toda persona de edad avanzada que ha contribuido durante toda su vida a la seguridad social – cuando su trayectoria laboral así lo ha permite – o en el caso de no haberlo hecho por circunstancias diversas, se trata de ejercer determinados derechos (derecho a la seguridad social, al trabajo y a la protección familiar) que todo(a) ciudadano(a) debe lograr al final de la vida.

Así también el estudio poblacional de: Montoya B, (42), en su investigación titulada Situación Laboral de la Población adulta mayor en el estado de México 2009; Los resultados muestran que tanto la participación económica como las características sociodemográficas cambian con la edad. La mayoría de los adultos mayores que laboran lo hacen en el sector

agropecuario. Tanto hombres como mujeres trabajan cerca de siete horas diarias, pero ellas reciben un salario promedio notablemente menor. Las características asociadas positivamente con la participación económica son: sexo masculino, contar con buen o excelente estado de salud, tener experiencia laboral, vivir solo y residir en localidades rurales. Por otra parte, alrededor de 40% de los adultos mayores manifiestan que les gustaría aprender un oficio y que aceptarían un empleo si se los ofrecieran.

En la siguiente investigación nos muestra que menos de la mitad de los adultos mayores son jubilados

Por lo que según la investigación de Schwarz, A, (43), en su investigación titulada relación entre desarrollo y protección social, nos dice que la incidencia de la pobreza es más alta en los hogares sin personas mayores que en las restantes categorías; y que los hogares sólo con personas mayores muestran lejanamente una menor incidencia de la pobreza. Este patrón es diferente en las zonas urbanas de Ecuador donde los hogares con personas mayores tienen una mayor incidencia de la pobreza y en las zonas rurales de Paraguay y Bolivia. Mientras que en Perú los hogares rurales con y sin personas mayores presentan una incidencia de la pobreza similar.

La menor incidencia de la pobreza en los hogares con personas mayores y aquellos compuestos solo por personas mayores ya ha sido estudiada con anterioridad en los países desarrollados, y ello se debe a que estos hogares se ubican en la fase de culminación del ciclo familiar económico (el cual se inicia en los momentos próximos a la emancipación de los hijos y culmina con la desaparición de uno de los miembros fundadores). Durante esta etapa

se suceden acontecimientos con gran trascendencia económica para los hogares: los padres se acercan al momento en que sus ingresos pueden verse reducidos, en mayor o menor medida, como consecuencia de la jubilación. Los hijos comienzan los primeros pasos en su proceso de inserción en el mercado del trabajo y preparan su emancipación.

De este modo, el patrimonio de la unidad doméstica se reparte entre dos frentes: la emancipación de los hijos, que suele absorber parte considerable de los excedentes monetarios y patrimoniales logrados, y la intención de los padres de proveerse de una cierta seguridad económica tras su jubilación. Este hecho transforma las economías familiares, permitiendo a los hijos acumular un ahorro previo con el que iniciar su salida del hogar de los padres, y de esta forma adquieren los primeros elementos de lo que será después su patrimonio familiar. Sin embargo esta ventaja para los hijos puede hacerse provocando costos elevados para los padres, e incluso, quebrando parte de sus expectativas si este fenómeno no había sido anticipado suficientemente (43).

Lo anterior tiene una doble interpretación. Por una parte, los hogares con personas mayores (incluyendo dentro de estos los hogares conformados solo por miembros de avanzada edad) han llegado al final de la etapa de acumulación patrimonial, por lo tanto es esperable que exista una menor incidencia de la pobreza en los mismos. Y por otra, que este hecho, lejos de ser considerado un argumento para esgrimir que las personas mayores no requieren atención, debe llevarnos a pensar que la inversión estatal en el grupo de edad avanzada tiene beneficios directos para las generaciones más

jóvenes. En efecto, tal como afirma Schwarz “los riesgos que experimentan los grupos de personas mayores tienen impacto sobre las demás generaciones”, y “la pobreza es un fenómeno intergeneracional que se transmite de generación en generación”

De este modo, si los hogares con personas mayores presentaran mayor incidencia de la pobreza, es muy probable que los miembros más jóvenes de la familia reproduzcan esta situación durante su ciclo de vida (43).

Concluimos que la edad es uno de los ejes de desigualdad que definen la exclusión social, esto significa que ser más o menos mayor no implica sufrir situaciones de exclusión, pero sí que, a igual situación social, la edad puede empeorarla. En la pobreza energética encontramos algunos factores estrechamente relacionados con las personas mayores que pueden ser agravantes de esta problemática. Ahora bien, hay que tener presente que la pobreza, como fenómeno, es multicausal y que, por tanto, el factor edad no explica las situaciones de pobreza por sí solo, sino que hay que añadir otros factores, como el económico. Siendo así la importancia de la mayoría que no cuentan con instrucción que conlleva a no contar con un buen trabajo y con la edad que respecta al adulto mayor son jubilados que anteriormente fueron trabajadores de la municipalidad del Santa en diferentes áreas como de jardineros, vigilantes, conductores de carros municipales, etc.

En la tabla 02: Del 100% (120) de adultos mayores, El 67% (80) cuenta con vivienda multifamiliar; 100% (120) tiene casa propia; el 88% (106) tiene el piso loseta, o sin vinílicos; el 65% (78) tiene un techo con material noble y cemento; el 70% (85) tiene paredes de material noble ladrillo y

cemento; el 57% (68) duermen de 2 a 3 miembros en una sola habitación; el 95% (115) tiene conexión domiciliaria; el 98% (118) baño propio; el 98% (118) cocina a gas; el 99% (119) tiene energía eléctrica permanente; el 100% (120) carro recolector; el 70% (84) refiere que pasan recogiendo la basura por su casa al menos 2 veces por semana; el 100% (120) elimina su basura a través del carro recolector.

“Una vivienda adecuada significa algo más que tener un techo bajo el que guarecerse. Significa también disponer de un lugar privado, espacio suficiente, accesibilidad física, seguridad adecuada, seguridad de tenencia, estabilidad y durabilidad estructurales, iluminación, calefacción y ventilación suficientes, una infraestructura básica adecuada que incluya servicios de abastecimiento de agua, saneamiento y eliminación de desechos, factores apropiados de calidad del medio ambiente y relacionados con la salud, y un emplazamiento adecuado y con acceso al trabajo y a los servicios básicos, todo ello a un costo razonable (44).

La idoneidad de todos esos factores debe determinarse junto con las personas interesadas, teniendo en cuenta las perspectivas de desarrollo gradual. El criterio de idoneidad suele variar de un país a otro, pues depende de factores culturales, sociales, ambientales y económicos concretos. En ese contexto, deben considerarse los factores relacionados con el sexo y la edad, como el grado de exposición de los niños y las mujeres a las sustancias tóxicas.” La vivienda saludable alude a un espacio que promueve la salud de sus moradores. Este espacio incluye: la casa (el refugio físico donde reside un individuo), el hogar (el grupo de individuos que vive bajo un mismo

techo), el entorno (el ambiente físico y psicosocial inmediatamente exterior a la casa) y la comunidad (el grupo de individuos identificados como vecinos por los residentes) (44).

Se asimila también la investigación de la OPS, (45), en la investigación titulada: la situación de precariedad de la vivienda afecta la Salud. Concluye que las poblaciones más pobres y vulnerables como los adultos mayores, porque pasan la mayor parte del tiempo en la vivienda. Aproximadamente 6% de las muertes registradas en la región se deben a enfermedades diarreicas agudas (EDAs) que están asociadas con la precariedad del saneamiento. El número de muertes es más del 10% en El Salvador, Guatemala, Haití, República Dominicana, Venezuela, Paraguay, Guyana, Jamaica y Suriname. La mortalidad en el adulto mayor también puede estar asociada con la mala ventilación de la vivienda, el uso doméstico de combustibles sólidos y el consumo de productos químicos como los plaguicidas porque exacerban las infecciones respiratorias agudas (IRAS).

En la investigación la totalidad de adultos mayores cuentan con tenencia propia de sus viviendas por lo que según la literatura la tenencia segura es el derecho de todos los individuos y grupos a contar con una protección eficaz del Estado ante las erradicaciones forzadas. Las viviendas pueden ser de propiedad, alquiladas u ocupadas por sus dueños. Lo importante es que existan pruebas documentales que se puedan utilizar para comprobar el derecho a la tenencia y que exista una protección de hecho o de derecho contra las erradicaciones forzadas. Entre los documentos que pueden ser

usados como prueba del derecho a la tenencia se incluye: Títulos formales de propiedad tanto del terreno como de la residencia (45).

Según Donald J, (46), en su investigación pobreza y precariedad del hábitat en ciudades de América latina; la tenencia insegura está asociada con síntomas de estrés, ansiedad, y depresión. Sin embargo, hay pocos estudios epidemiológicos publicados en la literatura científica que indiquen si esta asociación se debe simplemente a que la tenencia es un marcador de bienestar material y autoestima o está asociado a otros efectos promotores o de riesgo para la salud. Además, la tenencia insegura perjudica más a las mujeres jefas de hogar que a los hombres por la persistencia de barreras en la región para que las mujeres puedan acceder a la propiedad de la vivienda, o bien recuperar esa propiedad cuando deben asumir de hecho la jefatura tras una ruptura de pareja.

Concluyendo que la mayoría de los adultos mayores cuenta con viviendas multifamiliar, tiene sus casas de material noble de cemento tanto sus suelos techos y paredes, contando con saneamiento básico. La totalidad son de tenencia propia. Al no contar con su espacio propia privacidad en su hogar genera incomodidad, malestar, estrés, ansiedad si comparten la habitación entre varias personas. Los adultos mayores necesitan tranquilidad un buen descanso para poder llevar su vida plena y poder mantener en equilibrio su estado biopsicosocial.

En la tabla 03: Del 100% (120) de adultos mayores; el 82% (99) No fumo, ni a fumado nunca de manera habitual; el 77% (93) No consume bebidas alcohólicas; el 91% (109) duerme de 06 a 08 horas; el 78% (94) se baña

diario; el 82% (98) no se realizó algún examen médico periódico en un establecimiento de salud; el 73% (88) no realizó ninguna actividad física en su tiempo libre; el 54% (65) no ha realizado ninguna actividad física durante las 2 últimas semanas durante más de 20 minutos; el 49% (59) consumen frutas de 3 a más veces a la semana; el 64% (77) consume carne de 3 a más veces a la semana; el 41% (49) consume huevos de 3 a más veces a la semana; el 57% (68) consume pescado 1 a 2 veces por semana; el 88% (105) consume fideo diario; el 88% (105) consume pan y cereales a diario; el 40% (48) consume verduras y hortalizas 3 a más veces a la semana; el 66 % (79) otros alimentos.

Según Álvarez D, (47), en su investigación sobrepeso y obesidad prevalencia y determinantes sociales; en los adultos mayores el sobrepeso y obesidad fue mayor en las mujeres, siendo más predominantes en la zona urbana; aumenta a medida que disminuye el nivel de pobreza, y es mayor en Lima Metropolitana y la costa. A nivel departamental, el exceso de peso fue mayor en: Tacna (52,4%); Ica (47,9%); Callao (43,4%); Tumbes (43,3%), y Moquegua (41,8%). Fue menor en: Ayacucho (9,9%); Huancavelica (11,0%); Apurímac (12,9%); Cajamarca (14,5%), y Huánuco (15,0%).

Según Arencibia M, (48), su investigación Estado nutricional y actividad física; La situación descrita compulsó al autor a emprender un estudio descriptivo de corte trasversal en poblaciones de referencia de la provincia ciego de Ávila acerca del estado nutricional y actividad física de individuos de la edad indicada, realizando un muestreo teniendo en cuenta una distribución por grupos de edades y sexos mediante la técnica de sitios centinelas, que comprendió el total de 1494 ancianos, de cinco municipios

sobre los cuales se indagó en lo referente al estado nutricional, ingesta alimentaria, gasto energético por actividad física, adecuación de la dieta de la actividad física y los niveles de actividad física alcanzados. Obteniendo indicadores antropométricos, nutricionales y de régimen de vida que permiten la evaluación de factores de riesgo específico que afectan su condición física.

La investigación realizada por Vejar H, (49), en su investigación titulada: Programa Físico-Recreativo Para La Integración Del Adulto Mayor (50 A 60 Años) En La Escuela Bolivariana ‘Villafañe’ En La Urbanización La Castra concluye que el programa físico recreativo para la integración del adulto mayor (50 a 60 años) en la Escuela Bolivariana “Villafañe”. permitieron realizar un diagnóstico de las características de esta población, tales como objetivos general, preguntas científicas y tareas lo cual permite al investigador trabajar con este tipo de población y de esa forma poder satisfacer la necesidad de recrearse por medio de la integración comunitaria; la propuesta de este programa físico-recreativo aporta como beneficio la oportunidad de aplicarlo a los adultos de este sector para que empleen el tiempo libre de forma espontánea u organizada.

Se asimila también en la investigación de Bolet A, (50), en su investigación titulada: La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años, donde concluye que existen factores que influyen en el estado nutricional de los ancianos, los factores de riesgo para la desnutrición, los cambios fisiológicos presentes en los subsistemas digestivo, respiratorio, renal, nervioso, y trastornos en los órganos sensoriales. También se abordan los cambios psicológicos que ocurren en esta etapa de la vida, la obesidad,

los factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles, Se hace énfasis en la prevención de enfermedades crónicas, las que se encuentran entre las primeras causas de muerte en nuestro país, como son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades cerebrovasculares.

Encontramos investigaciones tales como Alvarado T, (51), en su estudio sobre determinantes de la salud en los adultos mayores pueblo joven la esperanza baja - Chimbote, 2013. La mayoría no fuma, realiza actividad en su tiempo libre lo que es caminar, el número de hora que duerme es 6 a 8 horas, consume pescado y legumbres de uno a dos veces a la semana, consume frutas, pan, cereales, frituras, verduras y hortalizas a diario, huevos, lácteos de 3 a más veces a la semana; más de la mitad manifiesta que el consumo de bebidas alcohólica es ocasionalmente no se realiza un examen médico periódico, no se realizan algún examen médico periódicamente en algún establecimiento de salud; la gran mayoría se baña 4 veces a la semana, la totalidad de adultos mayores manifiestan que consumen carne, fideo, refresco con azúcar a diario, realizan ejercicios por más de 20 minutos que es caminar.

Concluyendo que la mayoría de los adultos mayores consumen diariamente alimentos poco saludables como fideos y pan que son los carbohidrato, frituras y con el inadecuado estilo de vida que lleva sin realizar ninguna actividad física, pone en riesgo sus salud ya que a su edad es recomendable llevar una dieta baja en grasas en carbohidratos por los cambios fisiológicos presentes en los subsistemas digestivo. El tipo de ejercicio recomendado seria unas caminatas en sus tiempos libres

acompañado de la persona quien este con él, ya que la mayoría son jubilados y mantienen una vida sedentaria, gran parte de la reducción de la capacidad funcional asociada a su edad conllevando a múltiples enfermedades cardiovasculares entre otras. Es por ello es de suma importancia identificar y trabajar con los adultos mayores.

En la tabla 4, 5, 6: El 50% (60) se atendió en un puesto de salud en los últimos 12 meses; el 84% (101) considera regular distancia de su casa el lugar donde se atendió; el 50% (60) tiene seguro (SIS – MINSA); el 61% (73) le pareció regular el tiempo que esperó para que lo atendieran; el 81% (97) consideró que fue regular, la atención que recibieron; el 83% (106) ; en cuanto al pandillaje y delincuencia cerca de su casa existe en un 99% (120); el 67% (81) de adultos mayores reciben apoyo social natural por parte de sus familiares; el 99% (119) manifiesta que no recibe algún apoyo social organizado; El 48% (37) recibe apoyo social organizado el cual es el vaso de leche.

Según Acevedo A, (52), en su investigación Envejecimiento “Dignamente”; En lo que se refiere a la situación financiera de las personas mayores, hoy observamos que cerca de la mitad de la población activa no tiene acceso a sistemas de jubilaciones. Además, la proporción de adultos mayores que reciben un ingreso por pensión o jubilación con un 47% (57). Y cabe preguntarse si el ingreso es suficiente para aquellos que sí tienen pensiones. Aunque algunos datos sugieren que la pobreza es menor entre los adultos mayores respecto a las personas entre 10 y 59 años, pocas personas ahorran dinero o acumulan bienes durante su vida. Ello conduce a una situación precaria de la mayoría de las personas al llegar a la tercera edad.

Según Trujillo P y Col, (53), en su investigación “ Envejeciendo México”; los adultos mayores que no cuentan con jubilación deben desarrollar estrategias de sobrevivencia, pues en caso contrario serán económicamente dependientes (de familiares, parientes o de programas asistenciales) y socialmente vulnerables. La escasez de sistemas de seguridad social de amplia cobertura hace que una alta proporción de adultos mayores permanezca en la pea, sin que ello signifique necesariamente que perciban ingresos regularmente. ¿Quién será responsable de la atención específica para los ancianos que no puedan valerse por sí mismos? Actualmente, con una población escasa de viejos, no tenemos un sistema suficiente para responder a sus necesidades.

La responsabilidad recae principalmente en la familia. Pero dado que la dinámica demográfica seguirá mostrando tendencias en la reducción de la natalidad y mortalidad, las responsabilidades de muchas familias mexicanas se verán reducidas para con sus hijos (tendrán menos hijos) y aumentadas para con sus padres (los abuelos). Así, se espera que cada vez habrá más hogares multigeneracionales, aunque con el proceso de individualización es posible esperar que cada vez menos hijos se ocupen de sus padres, ya que los hijos tendrán cada vez más dificultades para mantener a sus adultos mayores y la responsabilidad se compartirá entre menos hermanos. Por otro lado, cuando se dice que las familias se ocupan de sus ancianos dependientes, en realidad significa que son las mujeres de las familias quienes lo hacen.

A esto debemos sumar el hecho de que la globalización y la economía de mercados están generando presiones que sugieren que el crecimiento del gasto social y consecuentemente la posibilidad de expansión de servicios públicos se verá mermada. Todo parece indicar que existe la esperanza de que las familias se comprometan a atender a sus ancianos, aunque algunas evidencias sugieren que cada vez habrá menos familias que podrán asumir esta responsabilidad. En consecuencia, los adultos mayores constituyen una categoría de población en situación de extrema vulnerabilidad (53).

En la investigación la totalidad de adultos mayores no reciben apoyo social organizado ni de organizaciones como pensión 65 por lo que envejecer en el Perú generalmente significa deterioro económico debido a que las pensiones no han aumentado a la par que la inflación. En consecuencia, el jubilado no puede vivir exclusivamente de su pensión. Lo más frecuente es que la persona adulta mayor deba recurrir al apoyo de familiares cercanos, pero, como es de suponer, esa ayuda no puede ser constante, en un contexto en el que las remuneraciones son bajas y el desempleo y la pobreza afectan a la mayor parte de la población.

Por otro lado, el mercado laboral casi no acepta la participación de la población de 60 años y más, siendo mucho menos receptivo respecto a la población femenina adulta.

Las pensiones de jubilación constituyen uno de los principales medios de asegurar un ingreso. Sin embargo, las políticas sociales orientadas a masificar los beneficios de la jubilación, sin contar con el sustento necesario a través de los adultos productivos, determinaron el desequilibrio y la sobrecarga en los sistemas de pensiones, contribuyendo de esta manera a

que las personas adultas mayores se constituyeran en uno de los sectores más pobres de la población del país.

En la actualidad el Perú se encuentra en una etapa de transición de un sistema de distribución administrado por el Estado a un sistema de capitalización individual administrado por la empresa privada (AFP). El número de pensionistas fuera de la PEA aumentó de 67,700 en 1972 a 97,599 en 1981 y a 312,000 en 1993, concentrándose en Lima aproximadamente la mitad de estas personas. En cuanto a la afiliación del adulto mayor de 65 años (beneficiario de pensión por jubilación) a un sistema de pensiones, se observa que en el año 2002 el 41,66% de la población adulta mayor estaba afiliada a un sistema de pensiones; el 97% al Sistema Nacional de Pensiones (SNP) y el resto a un seguro privado de pensiones (54).

Concluimos que la etapa adulta mayor es un grupo vulnerable y muy valioso en conocimientos, la mitad de los adultos mayores de la comunidad cuentan con SIS siendo así de gran apoyo para poder intervenir en su salud; cuentan con apoyo social por parte de sus familiares y apoyo social organizado el cual es el vaso de leche, no reciben apoyo social organizado como pensión 65 por lo que envejecer en el Perú generalmente significa deterioro económico debido a que las pensiones no han aumentado y que la mayoría que recibe apoyo de su familia es escasa ya que ellos mismos esperan que los adultos mayores reciban sus pensiones para poder mantenerse, estas problemáticas influye mucho en su estado emocional y que el deterioro de su salud aumente.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- En los determinantes biosocioeconómicos, la mayoría de adultos mayores son de sexo masculino, sin grado de instrucción, menos de la mitad tiene ingreso económico menor de s/750.00 nuevo soles y son jubilado, la totalidad tenencia de la vivienda es propia, la disposición de la basura es a través del carro recolector, casi la totalidad tiene energía eléctrica permanente, el combustible para cocinar es gas, tiene electricidad permanente, el abastecimiento de agua es conexión domiciliaria, tiene baño propio, la mayoría tiene material de piso con loseta, el material de las paredes es de ladrillo y cemento, material de techo cemento y ladrillo y el tipo de vivienda es multifamiliar, más de la mitad de 2 a 3 miembros en una habitación.
- En los determinantes de estilos de vida, la mayoría consumen fideos, pan cereales diario, no se realizan algún examen médico, no fuman ni han fumado nunca de manera habitual, no consumen bebidas alcohólicas, casi la totalidad duermen de 06 a 08 horas, la mayoría se bañan diariamente, no realizan actividad física en sus tiempos libres.
- En los determinantes de las redes sociales y comunitarios, casi la totalidad de adultos mayores no reciben apoyo social organizado, la mayoría existe pandillaje cerca de su casa, recibe apoyo social natural de parte de sus familiares, el tiempo de espera para la atención en el establecimiento fue regular, consideran que el lugar donde se atendieron fue regular, más de la mitad en las 2 últimas semanas no realizaron ninguna

actividad física durante 20 minutos, la mitad consideran que en los últimos 12 meses se atendió en un puesto de salud y el tipo de seguro con el que cuentan es SIS – MINSA, menos de la mitad recibe apoyo social organizado vaso de leche.

5.2 Recomendaciones

- Sensibilizar y concientizar a las autoridades, 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 Mayores del asentamiento humano San Pedro.
- Informar a la Municipalidad de Chimbote a cerca de los resultados obtenidos sobre los determinante de la salud en Adultos mayores, para que por medio de esta investigación prioricen los problemas que aqueja a los Adultos mayores del asentamiento humano San Pedro 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.
- Realizar nuevas investigaciones en diferentes campos de la provincia tales como asentamientos humanos, pueblos jóvenes, Distritos o por qué no decirlos zonas rurales; En base a los resultados obtenidos en el presente estudio, de manera que permitan mejorar los estilos de vida de los adultos mayores del asentamiento humano San Pedro y de igual manera que sirva para concientizar a la población sobre la importancia de mantener un estilo de vida saludable y conocer los factores que determinan una vida productiva y saludable o problemas en la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

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. Santos Gamboa A. Secretario General de la Junta Directiva. Reseña histórica del A.H Villa Victoria. Chimbote. 2012.
14. Gonçalves M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre.. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006.
15. Tovar L, García G. “La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”. Colombia. Agosto 2006. Nro. 027. 2004.
16. Rodríguez M: Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.

17. 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 páginas]. 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 J. 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).: Mexico; 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. Mexico. 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. Rafael M. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf.
33. Martos C. 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” [Titulo 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, Cabrero J, Martínez M, 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. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; Plan Nacional para las personas adultas mayores: El PLAN PAM 2013-2017 disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf.
39. García A, A. Persona mayor y demografía: ¿Hacia dónde vamos?. Siete días médicos, número especial, p: 22-28. (2002) Disponible en: http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/70/Est01.pdf.
40. Ham-Chande, R., Ibáñez, E. Redes de apoyo y arreglos de domicilio de las personas en edades avanzadas en la Ciudad de México. Notas de Población N° 76. CEPAL. Santiago de Chile (2003). pp. 71-101.
41. Guzmán JM; La situación de las personas mayores en República Dominicana, MIMEO.(2004) Disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/27255/huenchuan_guzman.pdf.
42. Montoya B. Montes. V. H. Situación laboral de la población adulta mayor en el estado de México; Papeles de Población, vol. 15, núm. 59, pp. 193-237 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México enero-marzo, 2009, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11205906>.
43. Schwarz A. La relación entre desarrollo y protección social. Informe del seminario Envejecimiento de la Población y Desarrollo –Nuevas Estrategias de Protección Social, HelpAge International, National Academy of Social

Insurance e Initiative for Policy Dialogue, realizado 2002 en el National Press Club, Washington, DC, Estados Unidos.

44. Francisco G, Declaración de Estambul sobre los asentamientos humanos y UN-HABITAT. Programa de Hábitat (2004), Disponible en: <http://www.unchs.org/unchs/spanish/hagendas/index.htm>, 2004.
45. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Documento programático de la Red Interamericana de Vivienda Saludable (Red VIVSALUD). División de Salud y Ambiente. Iniciativa Regional de Vivienda Saludable, 2005.
46. Donald J. Pobreza y precariedad del hábitat en ciudades de América Latina y el Caribe. CEPAL, División de Desarrollo Sostenible y Asentamientos Humanos. Santiago de Chile, noviembre de 2004.
47. Álvarez D, Tarqui-Mamani C. Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana Rev Peru Med Exp Salud Pública 2012, Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000300003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1726-46342012000300003>.
48. Arencibia M. Ricardo E. Estado nutricional y actividad física en el adulto mayor en una población de referencia de la provincia Ciego de Ávila, Cuba. Cuba: Editorial Universitaria, 2006. ProQuest ebrary. Web. 7 July 2015. Copyright © 2006. Editorial Universitaria. All rights reserved.
49. Véjar H. Programa físico-recreativo para la integración del adulto mayor (50 a 60 años) en la Escuela Bolivariana ‘Villafañe’ en la urbanización La Castra; EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires - Año 19 - N° 194 -

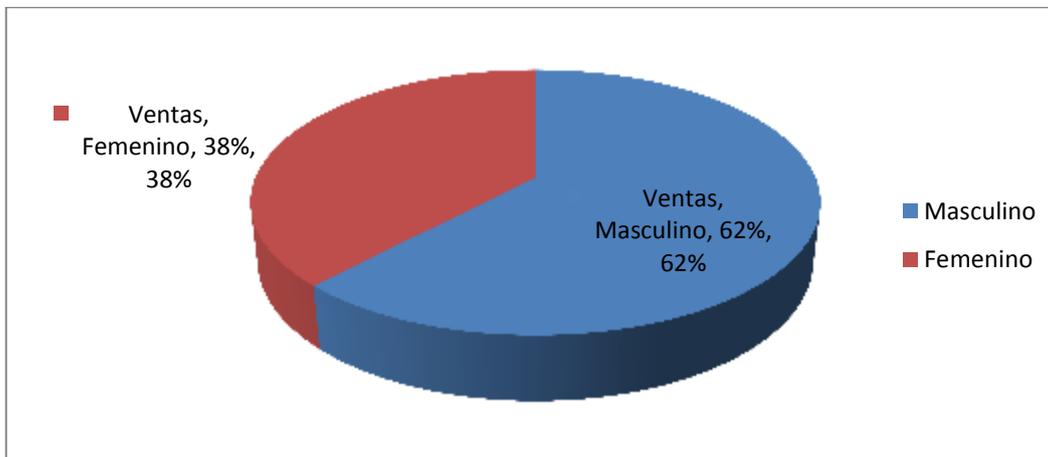
Julio de 2014. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd194/programa-recreativo-para-la-integracion-del-adulto-mayor.htm>.

50. Bolet A, Socarrás S. La alimentación y nutrición De Las Personas Mayores De 60 Años. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2015 Jul 09]; 8(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100020&lng=es.
51. Alvarado T. Determinantes de la salud en los adultos mayores pueblo joven la Esperanza Baja - Chimbote, 2013. [Tesis pregrado]. Huaraz, 2014.
52. Acevedo A, Envejeciendo “dignamente”: una mirada hacia las condiciones de vida del adulto mayor. México: Plaza y Valdés, S.A. de C.V., 2012. ProQuest ebrary. Web. 7 July 2015. Copyright © 2012. Plaza y Valdés, S.A. de C.V. All rights reserved.
53. Trujillo P, y col. Envejeciendo México: Plaza y Valdés, S.A. de C.V., 2012. ProQuest ebrary. Web. 7 July 2015. Copyright © 2012. Plaza y Valdés, S.A. de C.V. All rights reserved.
54. Varela P. L; Desarrollando Respuestas Integradas de los Sistemas de cuidados de la Salud para una población en rápido Envejecimiento INTRA II PERÚ: 2004: Disponible en: [www.minsa.gob.pe/adultomayor/informe%20perfil%20adultos mayores](http://www.minsa.gob.pe/adultomayor/informe%20perfil%20adultos%20mayores).

ANEXO

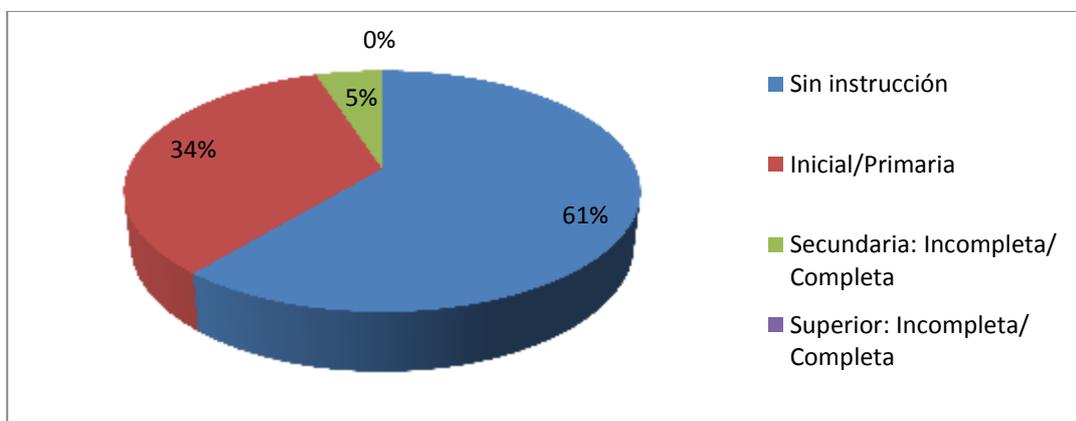
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

GRÁFICO 1: SEXO



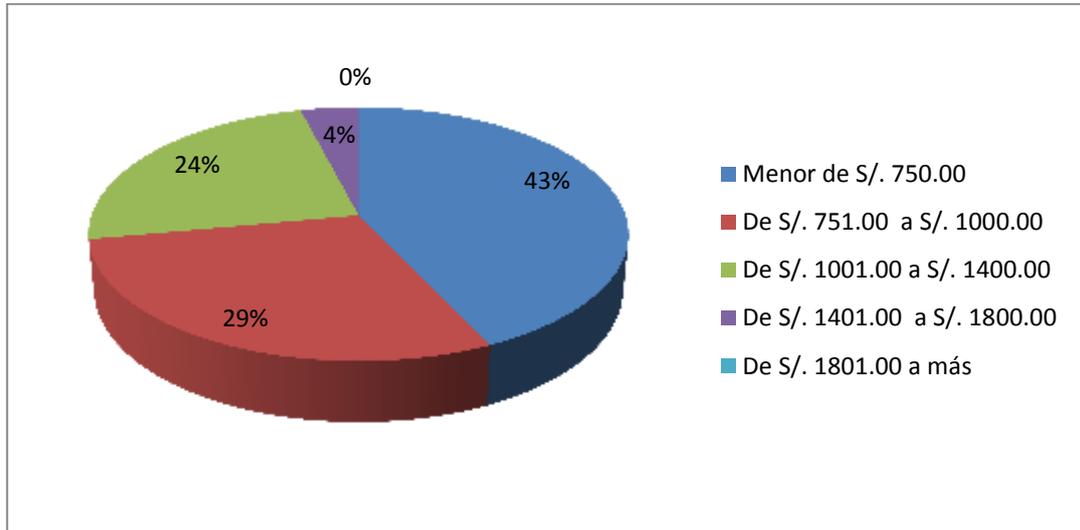
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

GRÁFICO 2: GRADO DE INSTRUCCIÓN



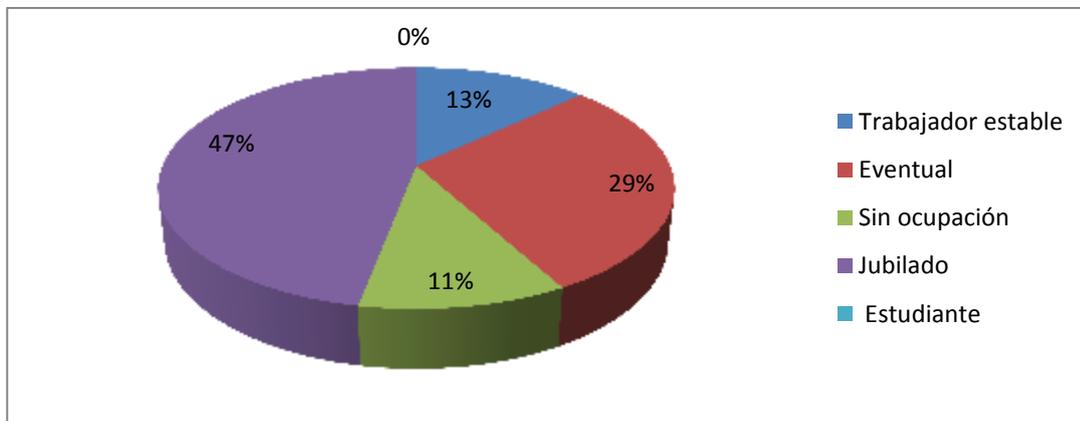
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

GRÁFICO 3: INGRESO ECONÓMICO



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

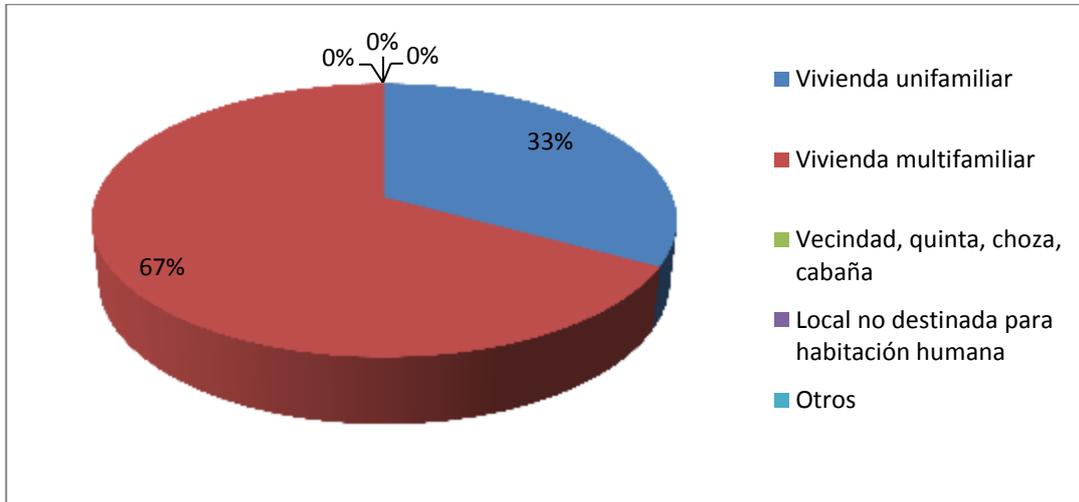
GRÁFICO 4: OCUPACIÓN



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

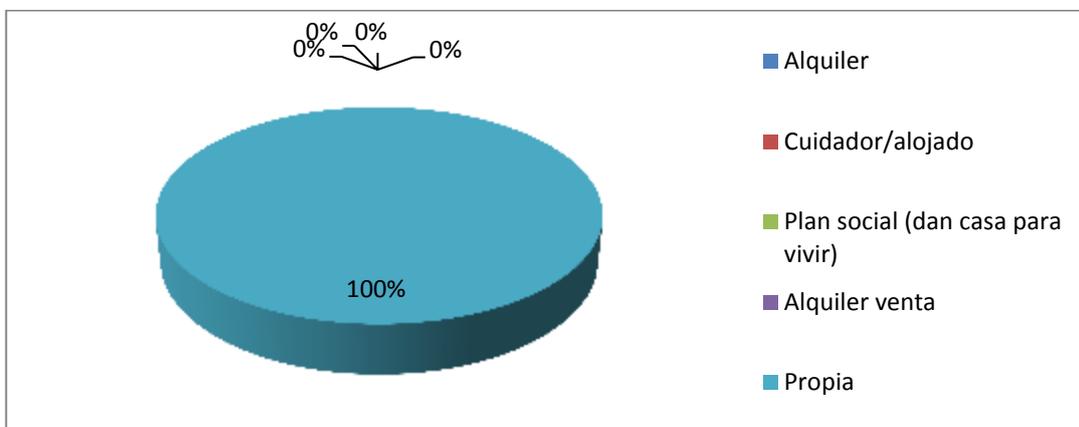
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRÁFICO 5: TIPO DE VIVIENDA



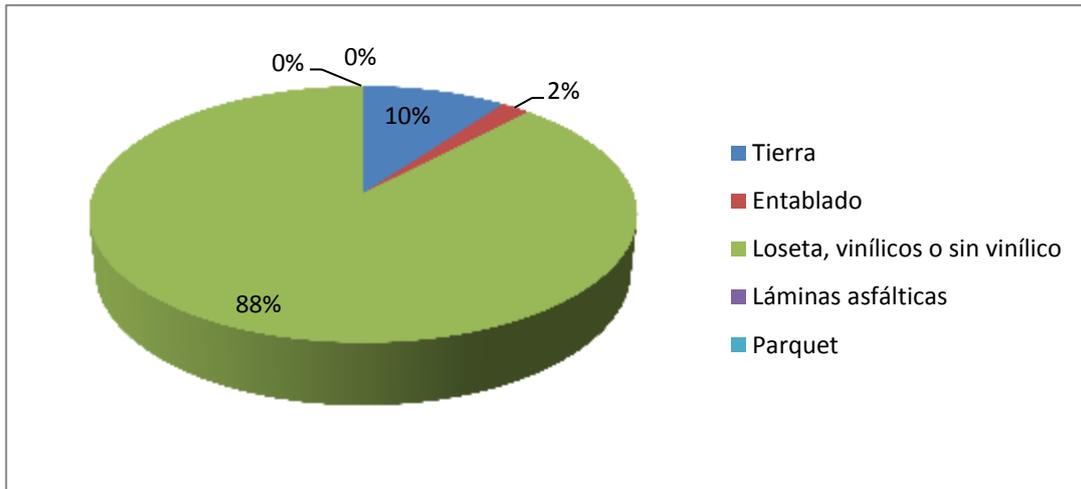
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

GRÁFICO 6: TENENCIA DE LA VIVIENDA



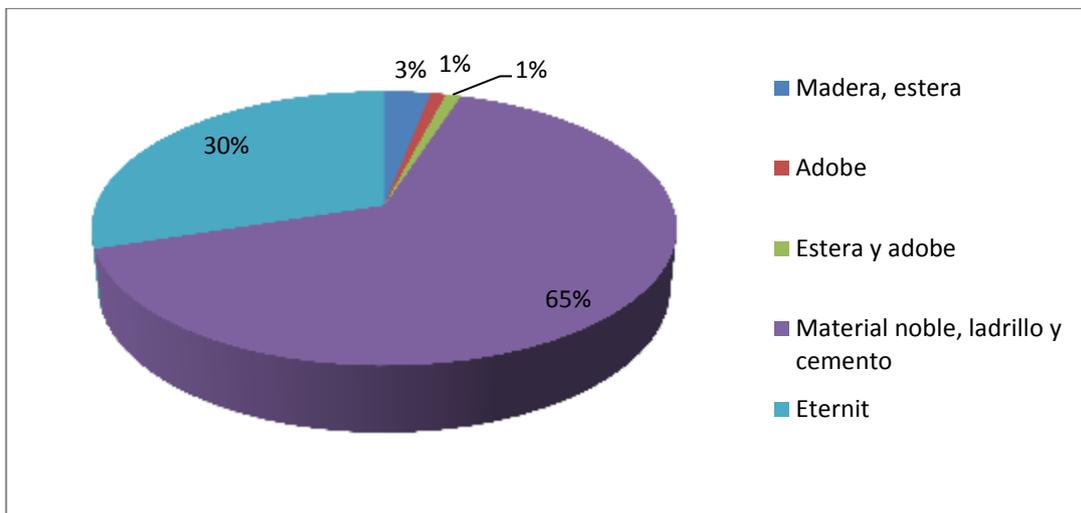
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

GRÁFICO 7: MATERIAL DEL PISO



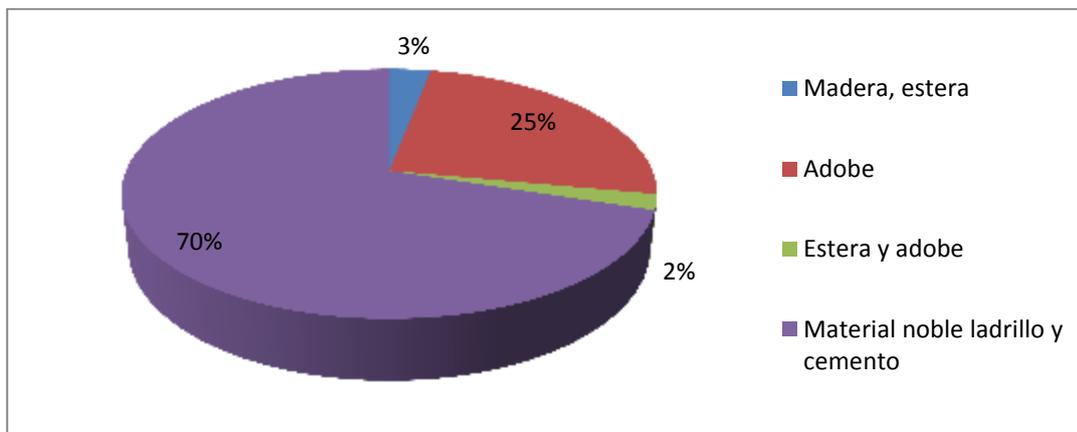
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

GRÁFICO 8: MATERIAL DEL TECHO



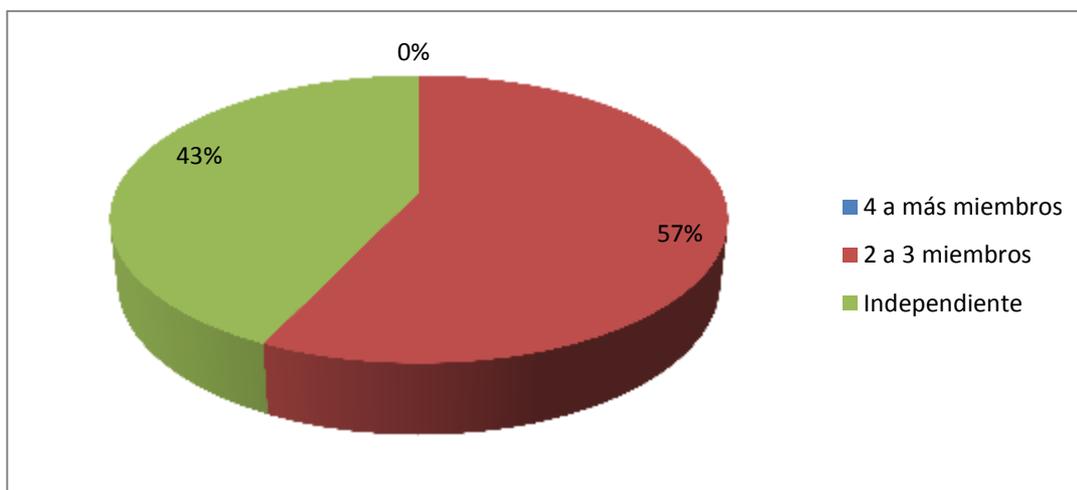
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

GRÁFICO 9: MATERIAL DE LAS PAREDES



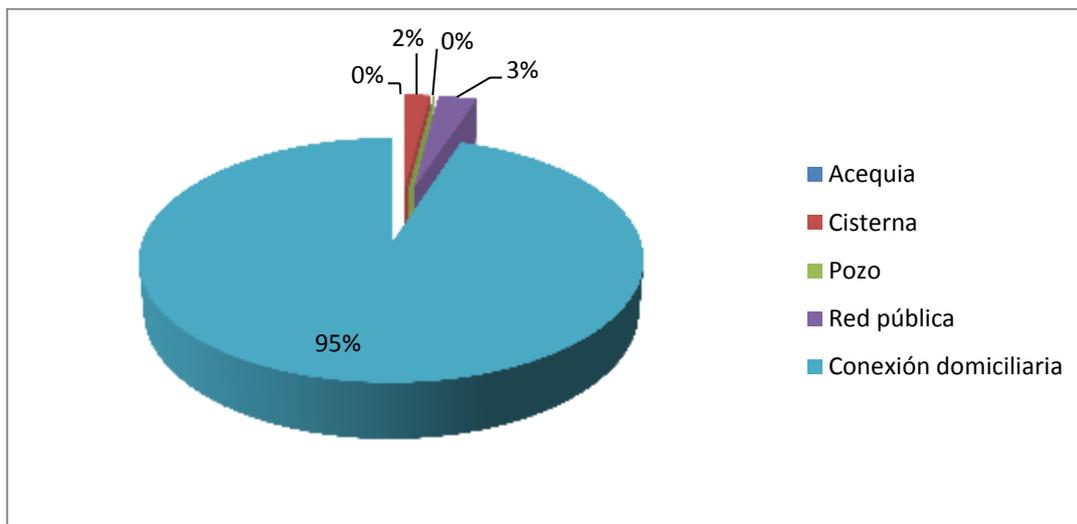
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

GRÁFICO 10: NÚMERO DE PERSONAL QUE DUERMEN EN UNA



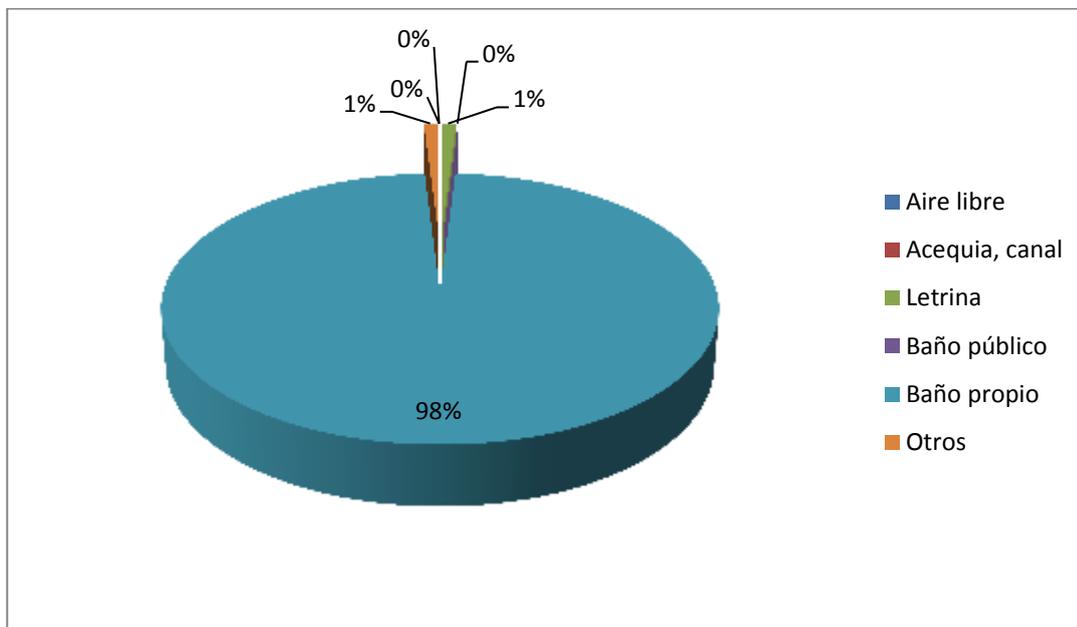
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

GRÁFICO 11: ABASTECIMIENTO DE AGUA



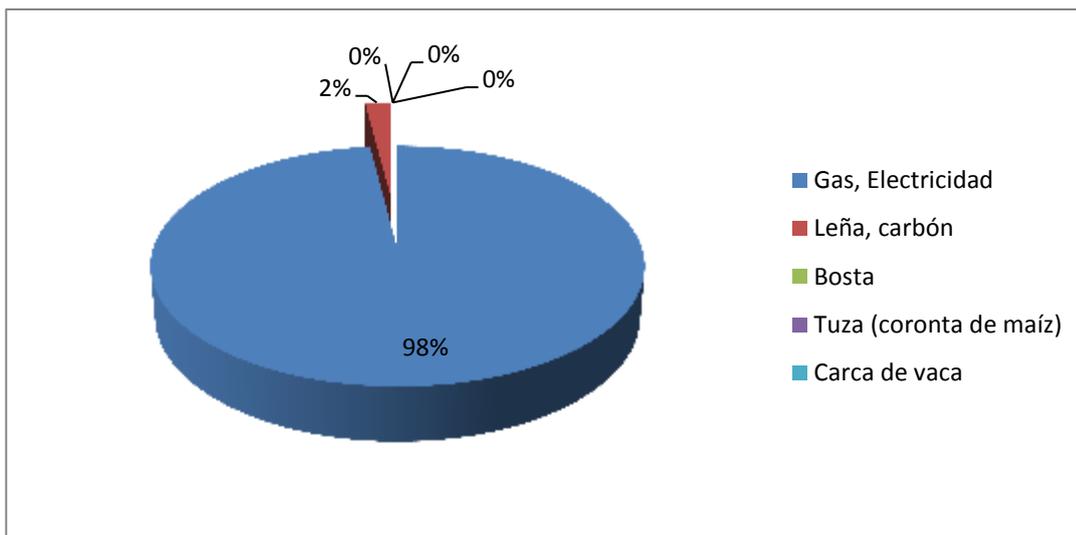
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

GRÁFICO 12: ELIMINACIÓN DE EXCRETAS



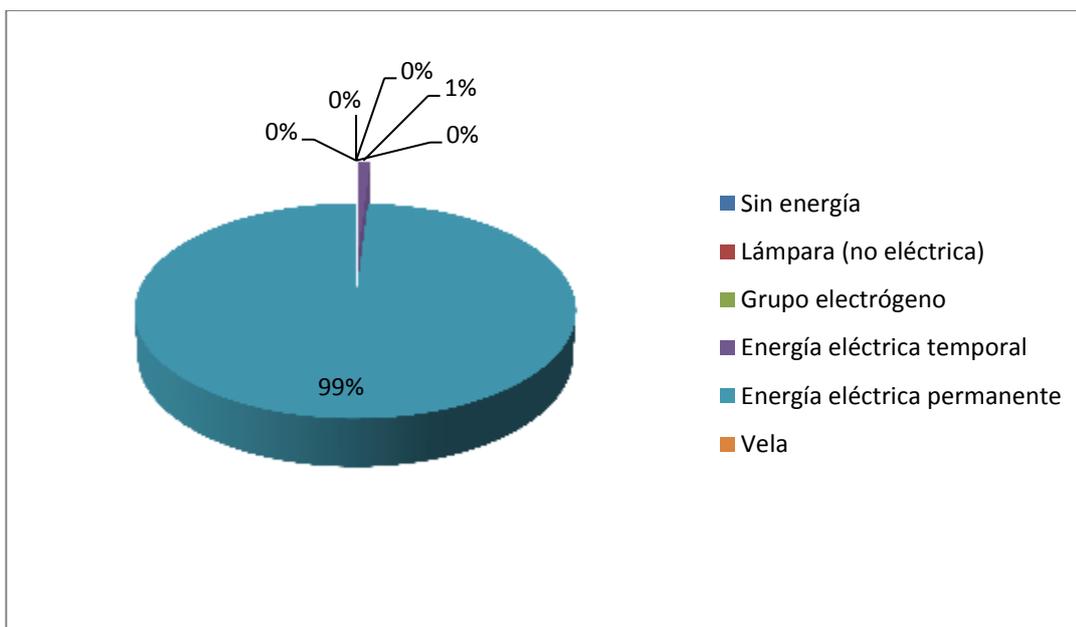
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

GRÁFICO 13: COMBUSTIBLE PARA COCINAR



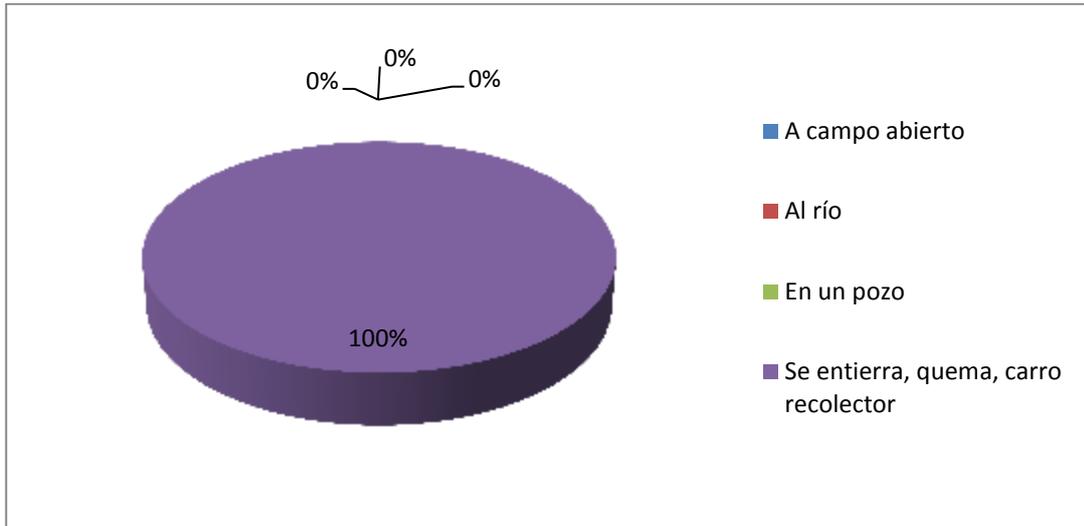
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

GRÁFICO 14: ENERGÍA ELÉCTRICA



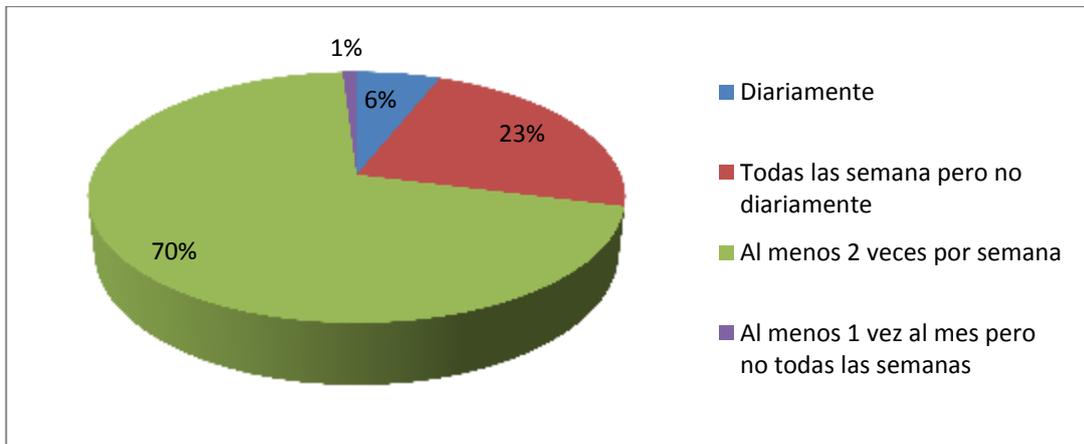
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

GRÁFICO 15: DISPOSICIÓN DE LA BASURA



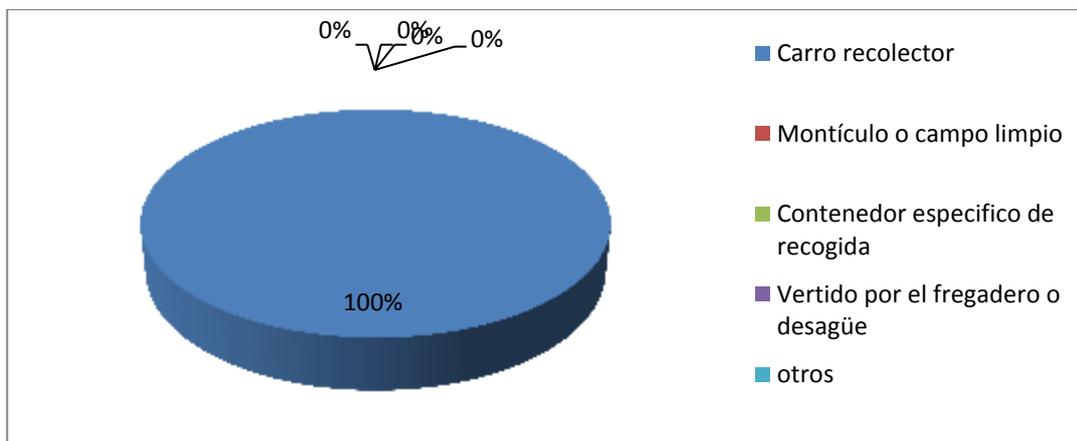
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

GRÁFICO 16: FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR SU CASA



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

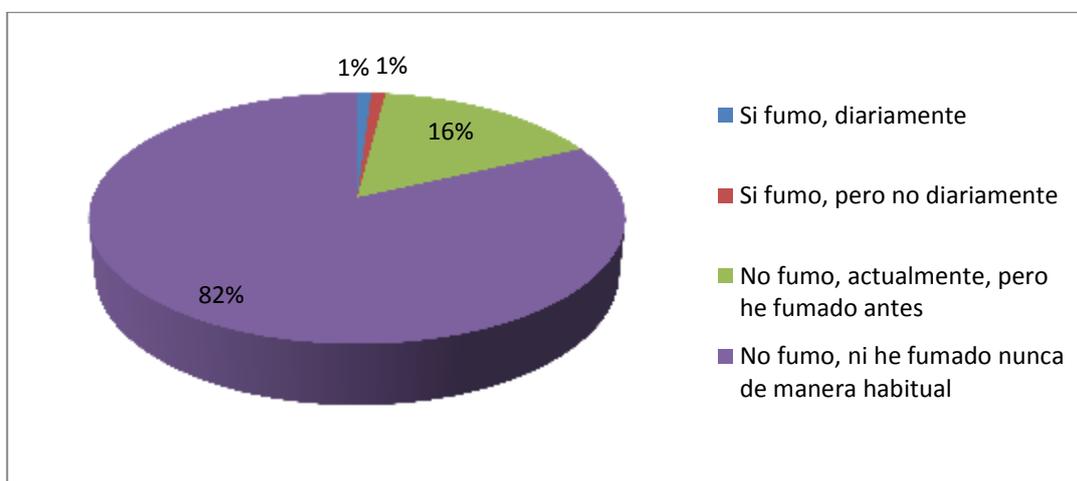
GRÁFICO 17: SUELEN ELIMINAR LA BASURA EN LOS SIGUIENTES LUGARES



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

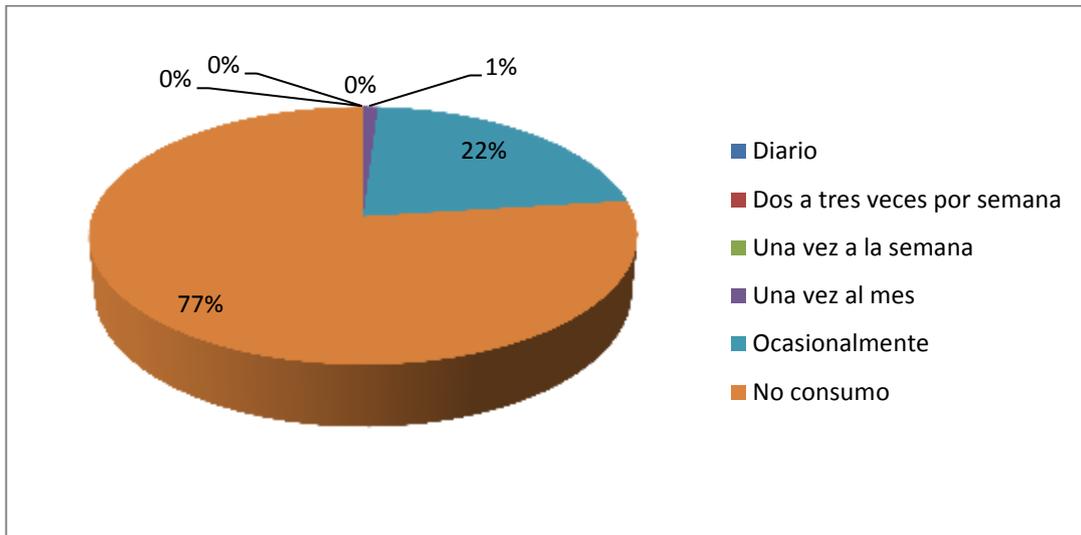
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRÁFICO 18: COMO FUMAN ACTUALMENTE



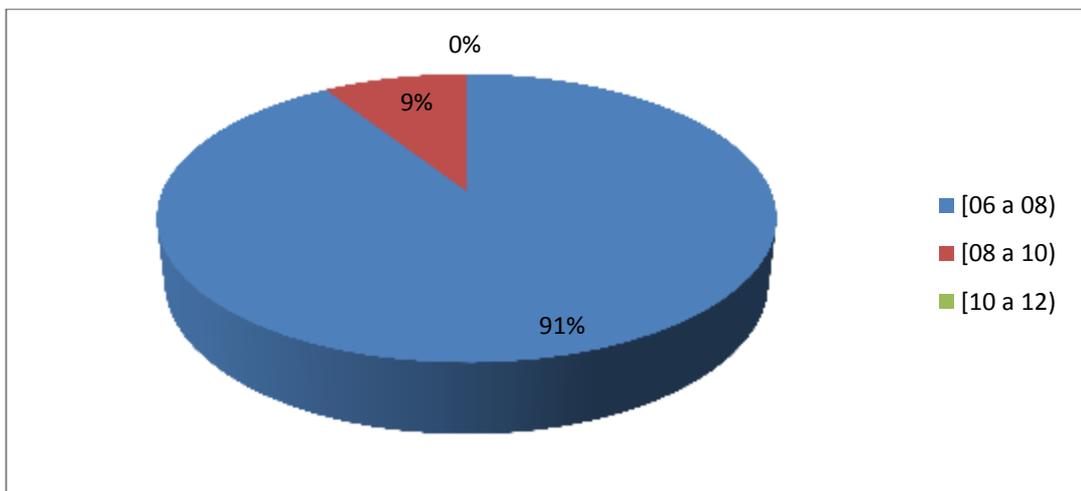
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 19: FRECUENCIA CON QUE INGIEREN BEBIDAS ALCOHÓLICAS



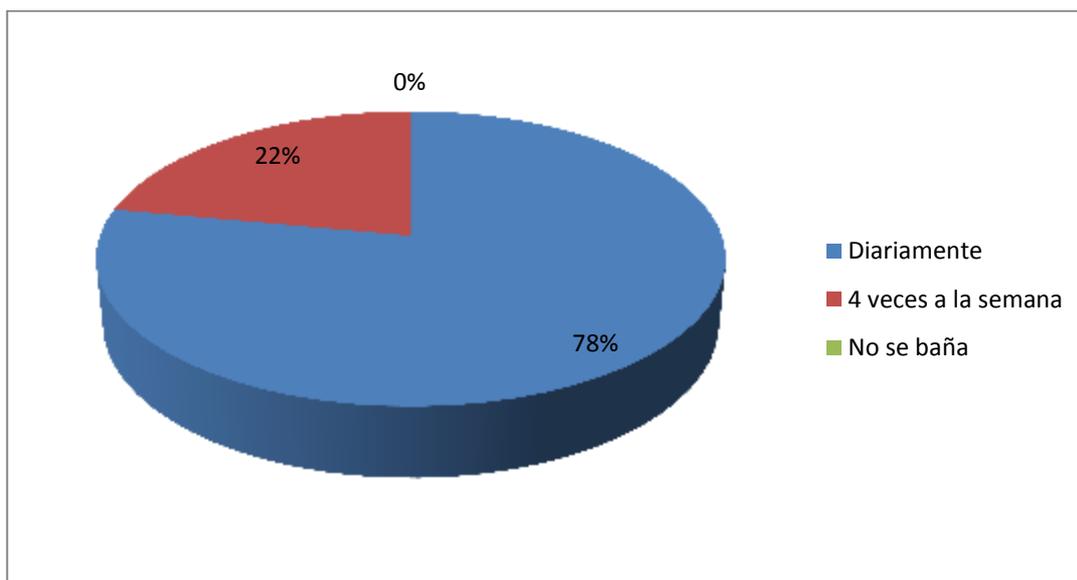
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

GRÁFICO 20: NÚMERO DE HORAS QUE DUERMEN



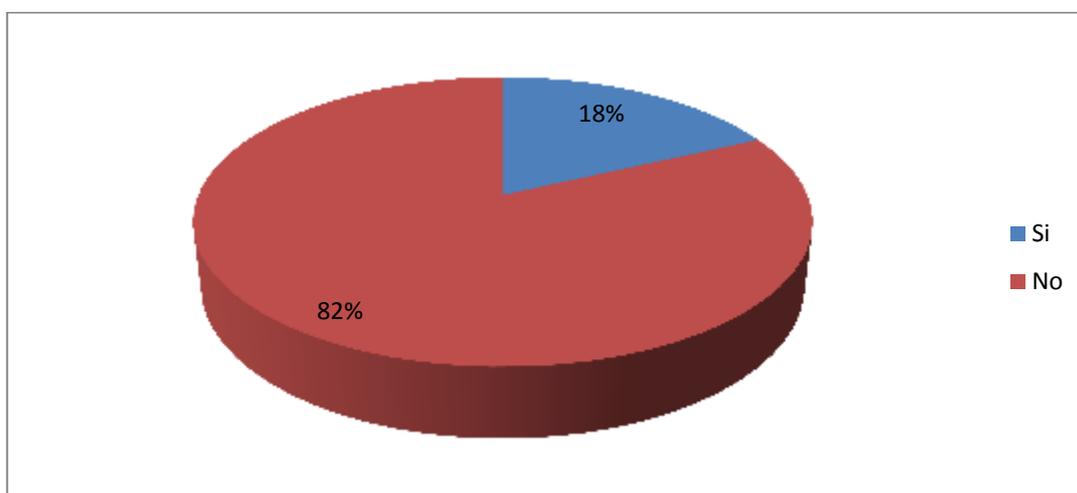
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 21: FRECUENCIA CON QUE SE BAÑAN



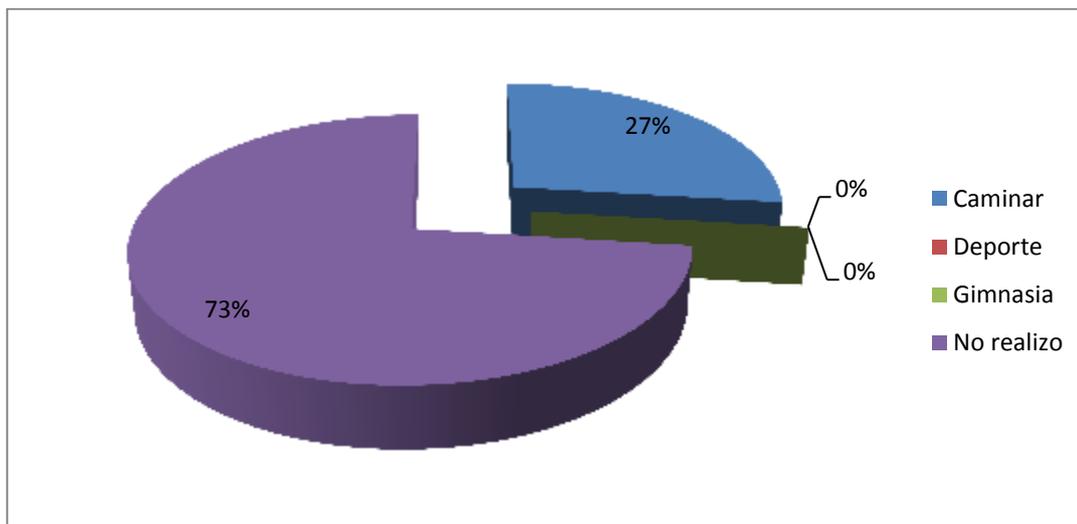
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

GRÁFICO 22: SE REALIZA ALGUN EXAMEN MEDICO PERIODICO, EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD



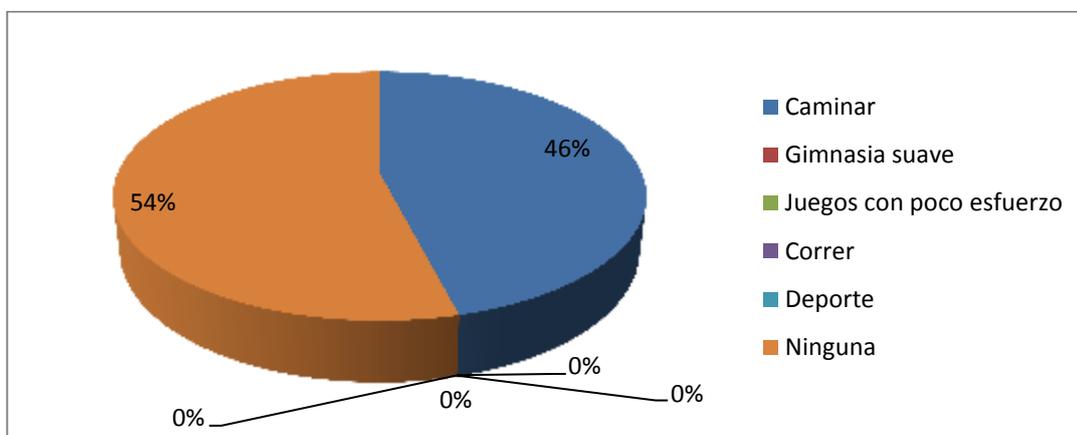
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 23: ACTIVIDADES FISICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE



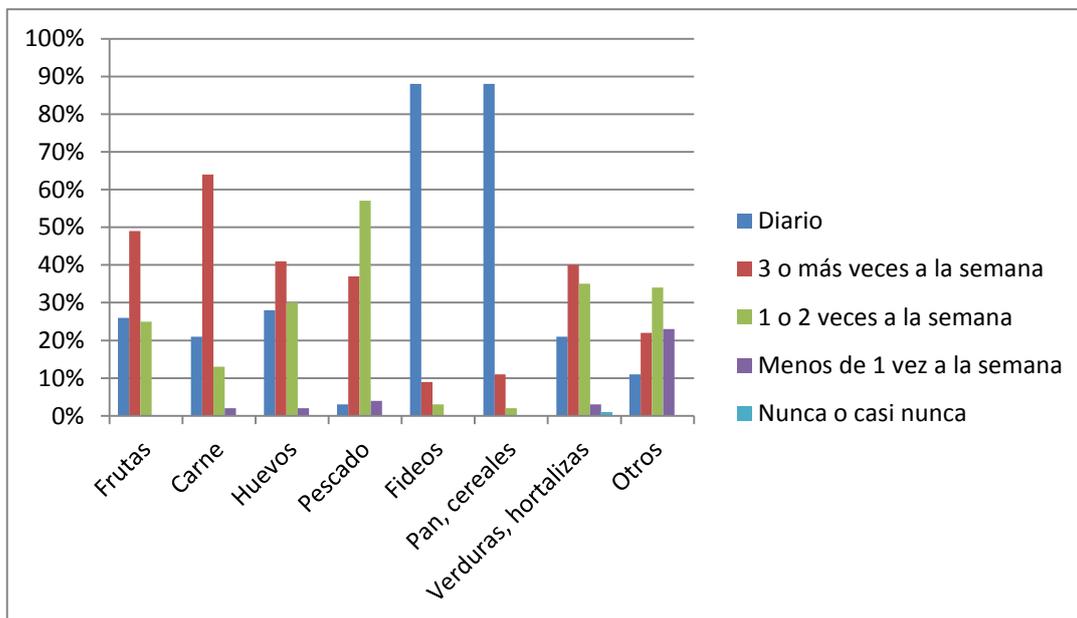
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación

GRÁFICO 24: EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS REALIZARON ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE MÁS DE 20 MINUTOS



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

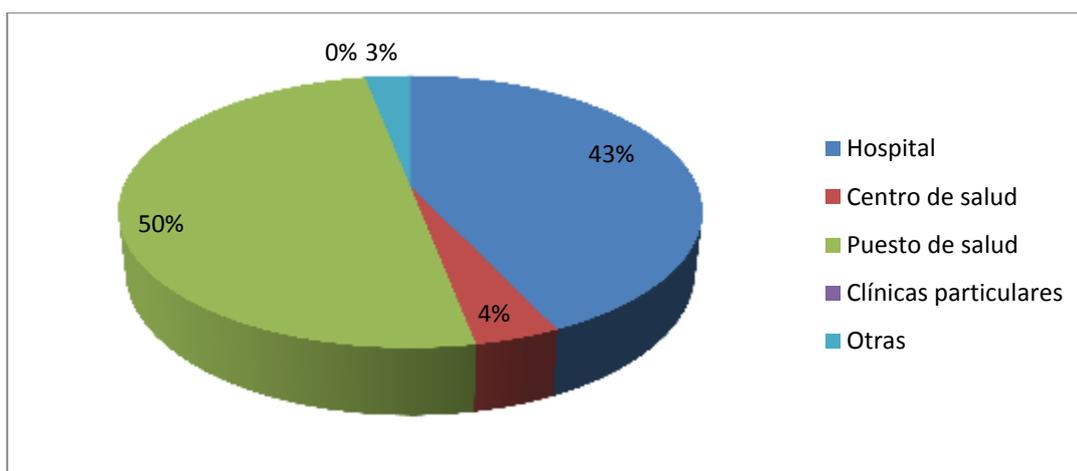
GRÁFICO 25: FRECUENCIA CON QUE CONSUME LOS ALIMENTOS



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

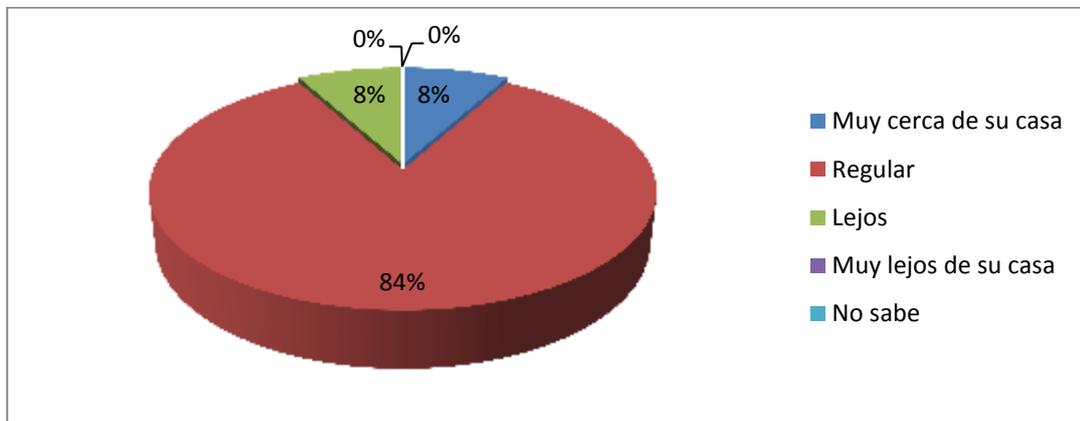
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIA

GRÁFICO 26: INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIERON EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES



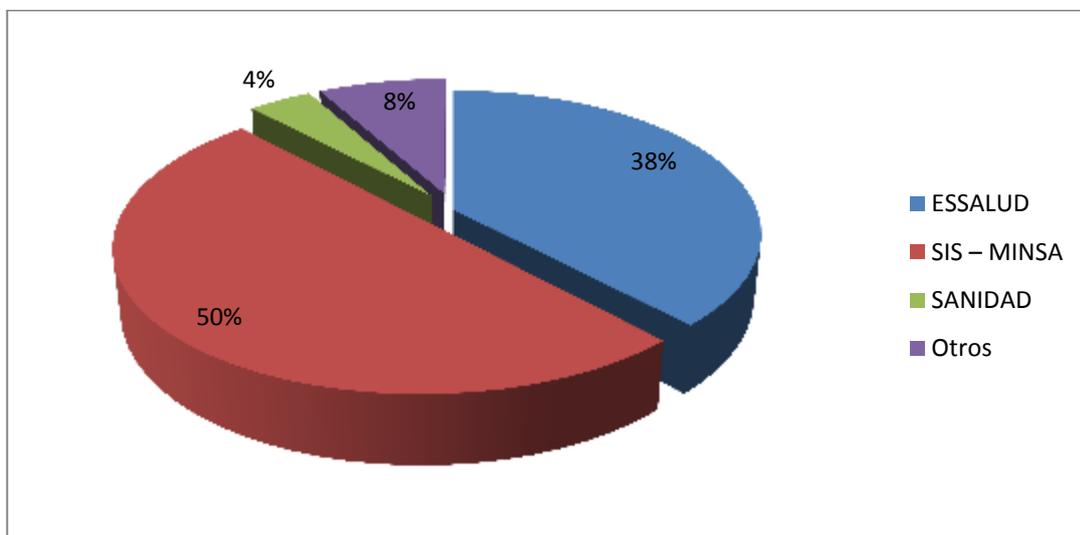
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 27: EL LUGAR DONDE LAS ATENDIERON



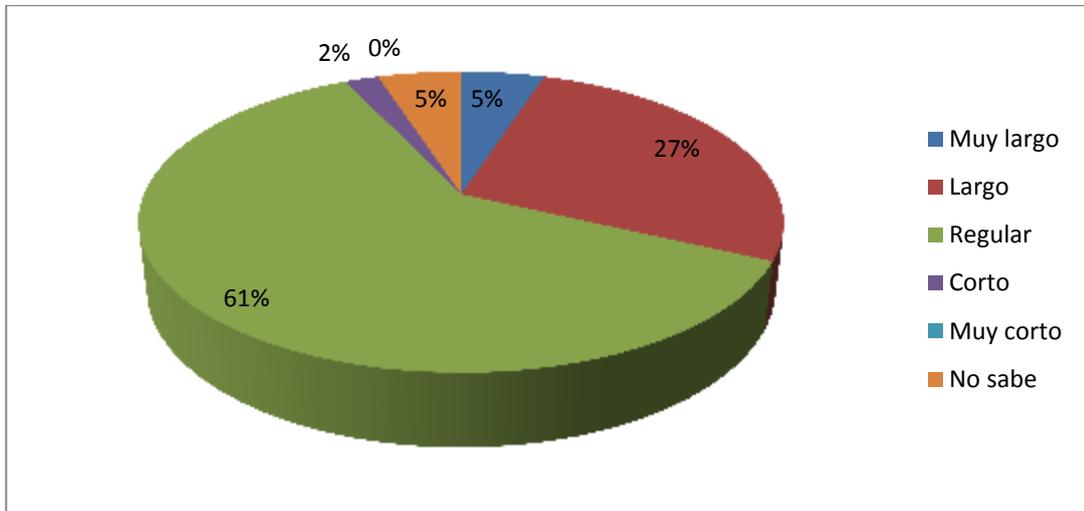
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 28: TIPO DE SEGURO



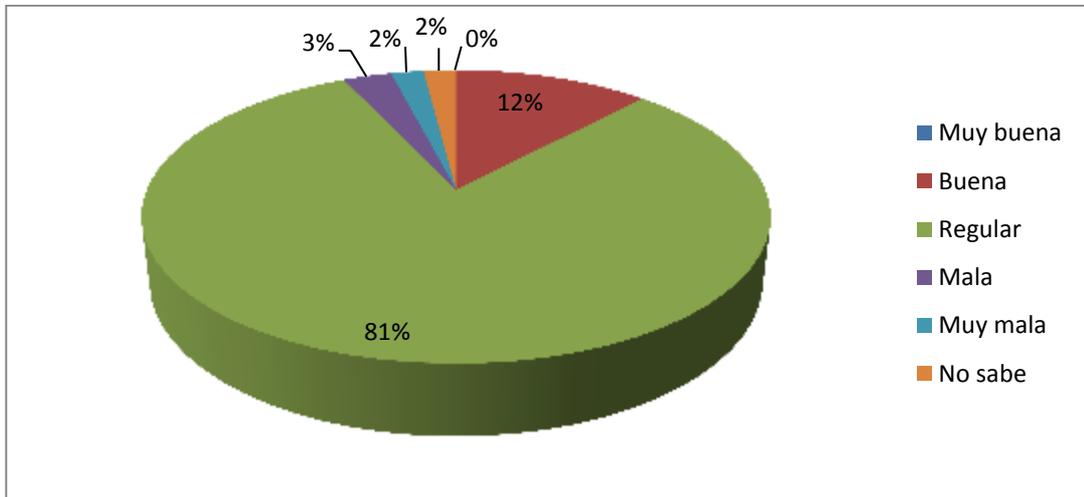
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 29: TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENDIERON



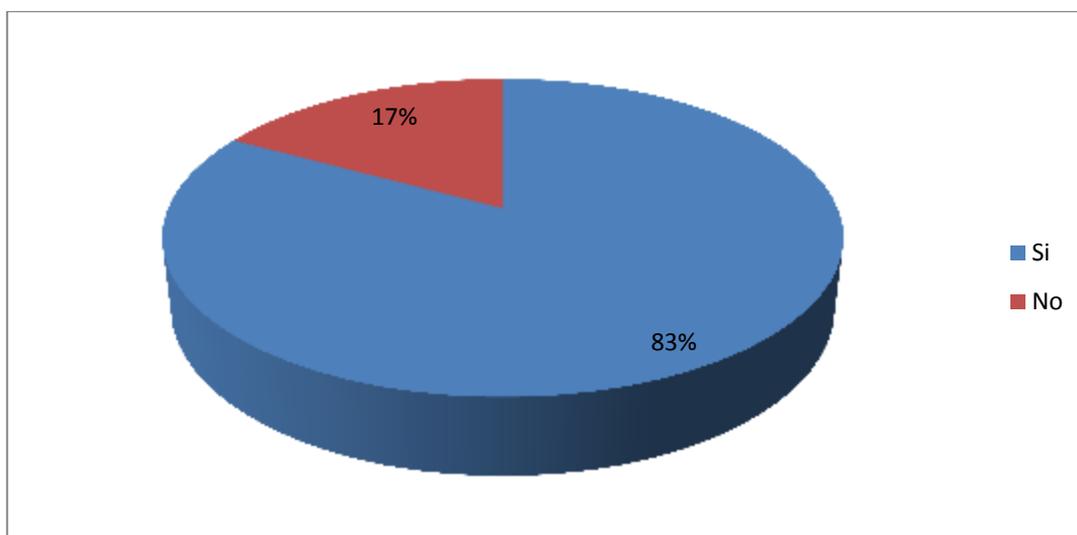
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 30: CALIDAD DE LA ATENCIÓN QUE REALIZA EN EL PUESTO DE SALUD



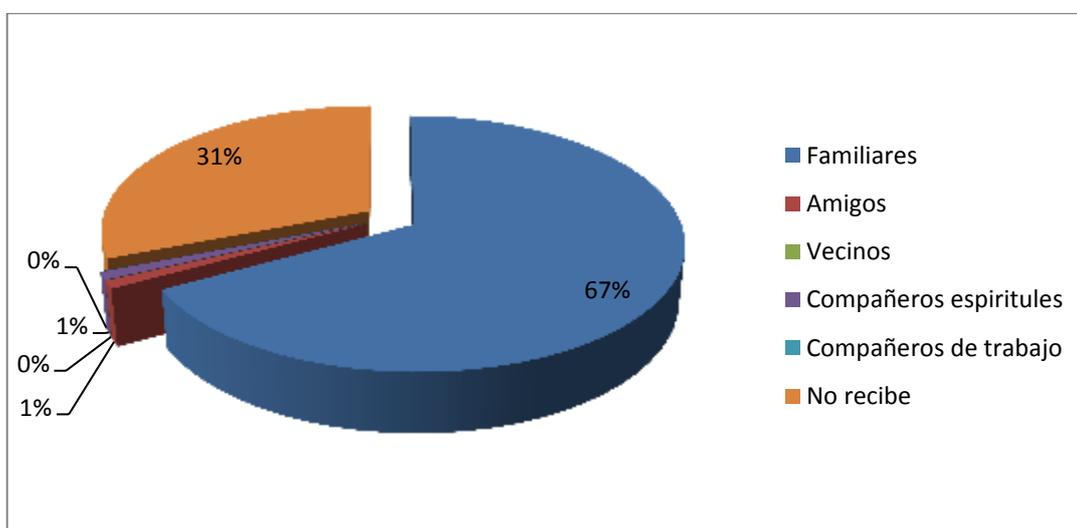
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 31: PRESENCIA DE PANDILLAJE O DELICUENCIA DE SU CASA



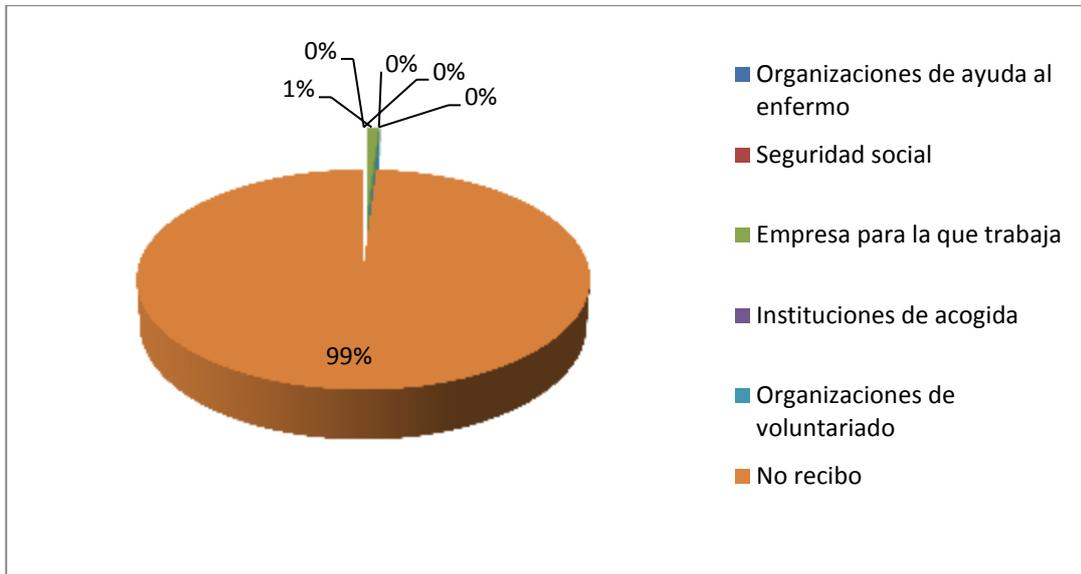
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRÁFICO 32: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL NATURAL



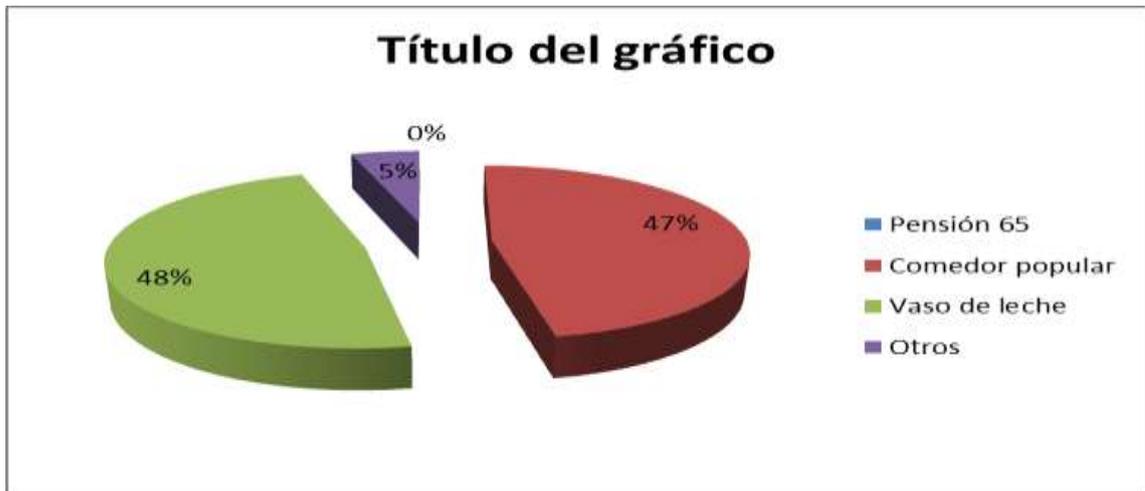
FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 33: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

GRAFICO 34: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO



FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud en los adulto mayores del asentamiento humano San Pedro – Chimbote, 2014 elaborado. Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

ANEXO 02



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA D

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA
ADULTA DEL PERU

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

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

2. **Edad:**

▪ Adulto Joven (18 años a 29 años 11 meses 29 días) ()

▪ Adulto Maduro (De 30 a 59 años 11 meses 29 días) ()

▪ Adulto Mayor (60 a más años) ()

3. **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 ()
- Energía eléctrica temporal ()
- Energía eléctrica permanente ()
- Vela ()

11. Disposición de basura:

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

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

- Si fumo, diariamente ()
- Si fumo, pero no diariamente ()

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

17. Con que frecuencia se baña?

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

18. ¿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 ()

21. DIETA:

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

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

• frituras					
------------	--	--	--	--	--

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 ()

ANEXO 02

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

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

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).

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

Donde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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 la 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 --)

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.

ANEXO 03

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO: _____

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE: _____

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

Comentario:									
P3									
Comentario:									
P4									
Comentario:									
P5									
Comentario:									
P6									
Comentario:									
P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
Comentario:									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									

P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentarios									
P18									
Comentario									
P19									
Comentario									
P20									
Comentario									
P21									
Comentario									
6 DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS									

P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario:									
P25									
Comentario:									
P26									
Comentario:									
P27									
Comentario:									
P28									
Comentario									
P29									
Comentario									
P30									
Comentario									

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

Gracias por su colaboración.

ANEXO 04



UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES
DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN PEDRO – CHIMBOTE,
2014**

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

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

FIRMA

.....