



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA**

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS.  
ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN  
LUIS- NUEVO CHIMBOTE, 2016**

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

**AUTOR:**

**BRENDA ISABEL MORENO RODRIGUEZ**

**ASESORA:**

**DRA. ENF: MARÍA ADRIANA VÍLCHEZ REYES**

**CHIMBOTE – PERÚ**

**2018**

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**

**Dra. María Elena Urquiaga Alva**  
**PRESIDENTE**

**Mgtr. Leda María Guillen Salazar**  
**MIEMBRO**

**Mgtr. Fanny Roció Ñique**  
**MIEMBRO**

## DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado, por ello con toda la humanidad que de mi corazón puede salir, dedico mi trabajo primeramente a Dios.

De igual forma dedico esta tesis a mi madre que ha sido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles

Y por último dedico esta tesis a mi querida tía María Rodríguez quien me ayudó mucho a nivel académico y por el apoyo y mi hermana menor Abigail Moreno por el apoyo y el conocimiento hicieron de esta experiencia una de las más

## AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por permitirme culminar esta tesis que demanda de mucho esfuerzo, responsabilidad y mentalmente estar con energías de continuar.

A mi familia por motivarme a continuar adelante y ayudarme en los momentos que me Encontraba realizando mi tesis.

También expresar mi agradecimiento a la Dra. Enfermera Adriana Vílchez Reyes asesora del estudio de investigación quien con dedicación, paciencia y tiempo me oriento durante el proceso de la investigación

## **Resumen**

El presente estudio de investigación de tipo cuantitativo descriptivo, con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo general, describir los determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis Nuevo Chimbote, La muestra estuvo constituida por 90 adultos, a quienes se aplicó un instrumento: De determinantes de la salud, Además los datos fueron procesados en una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software PASW Statistics versión 18.0. Para su respectivo procesamiento. Se presentaron los datos en tablas simples y de doble entrada luego elaborar sus respectivos gráficos, cuyos resultados y conclusiones son: En determinantes biosocioeconomicos La mayoría de los adultos fueron de sexo femenino y el grado de instrucción de los adultos son de secundaria completa e incompleta; la ocupación del jefe de familia es eventual; tienen un ingreso económico menor de 750 soles; tienen abastecimiento de agua por cisterna y pasan recogiendo la basura por su casa al menos 2 veces por semana .En los determinantes de los estilos de vida la mayoría consume a diario fideos, arroz , pan y cereales; número de horas que duermen es de 6 a 8 horas ; menos de mitad realizan deporte en su tiempo libre y caminan. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias, la totalidad no reciben ningún apoyo social organizado, ningún apoyo de organizaciones; la mayoría refieren que no existe pandillaje; tiene seguro del SIS.

**Palabras clave:** Adulto, determinantes de la salud.

## **Abstract**

The present research study of descriptive quantitative type, with a single-box design. Its general objective was to describe the determinants of health in adults of the Human Settlement Jehovah Jireh San Luis Nuevo Chimbote, The sample consisted of 90 adults, to whom an instrument was applied: Determinants of health, In addition the data were processed in a database of Microsoft Excel to be later exported to a database in the PASW Statistics software version 18.0. For its respective processing. Data were presented in simple and double entry tables, then elaborated their respective graphs, whose results and conclusions are: In biosocioeconomic determinants The majority of adults were female and the degree of instruction of adults are complete and incomplete secondary school; the occupation of the head of the family is temporary; they have an economic income of less than 750 soles; they have water supply by cistern and they go picking up the garbage at home at least twice a week. In the determinants of lifestyles most consume noodles, rice, bread and cereals daily; number of hours that sleep is from 6 to 8 hours; Less than half perform sports in their free time and walk. In the determinants of social and community networks, the whole receive no organized social support, no support from organizations; most report that there is no gang; he has SIS insurance

**Key words:** Adult, determinants of health

## INDICE

	<b>pág.</b>
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCION.....	1
<b>II. REVISIÓN DE LITERATURA</b>	
2.1 Antecedentes.....	12
2.2 Bases Teóricas.....	15
<b>III. METODOLOGÍA</b>	
3.1 Tipo y Nivel de la Investigación.....	23
3.2 Población y Muestra .....	23
3.3 Definición y Operacionalización de variables.....	24
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	34
3.5 Plan de análisis.....	36
3.6 Principios éticos.....	37
<b>IV. RESULTADOS</b>	
4.1 Resultados.....	39
4.2 Análisis de resultados.....	46
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1 Conclusiones.....	85
5.2 Recomendaciones.....	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
ANEXOS.....	9

## INDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>TABLA 1</b> DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE, 2016.....	42
<b>TABLA 2</b> DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE,2016.....	43
<b>TABLA 3</b> DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE, 2016.....	46
<b>TABLA 4</b> DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE, 2016.....	48
<b>TABLA 5</b> DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE, 2016.....	49
<b>TABLA 6</b> DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE, 2016.....	

## INDICE DE GRAFICOS

Pág.

<b>GRAFICO 1.</b> DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE, 2016.....	97
<b>GRAFICO 2</b> DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE, 2016.....	
<b>GARAFICO 3</b> DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE, 2016.....	106.
<b>GRAFICO 4</b> DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JHOVA JIREH SAN LUIS NUEVO CHIMBOTE, 2016.....	
<b>GRAFICO 5</b> DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE, 2016 .....	<b>110</b>
<b>GRAFICO 6</b> DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE, 2016.....	<b>114</b>

## **I. INTRODUCCIÓN**

La Situación de Salud del adulto a nivel mundial se identifica las características sociodemográficas, la cual concede mejorar su calidad de vida e integración al desarrollo social, económico y cultural, y también así, contribuir al respeto de su dignidad. Y del otro lado, el análisis de este grupo social, proporciona información sobre las condiciones de riesgo cardiovasculares, hipertensión arterial y diabetes, que afectan la salud de los adultos. Asimismo, se puede conocer los indicadores relacionados con consumo de cigarrillo, bebidas alcohólicas, consumo de frutas y ensalada de verduras entre otros, como principales factores de riesgo que influyen en el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles. (1).

Según la organización mundial de la salud generalmente se establece en la edad comprendida entre los 25 y los 60 años, aunque como en el caso del resto de las etapas del desarrollo humano, no es fácil determinar en forma precisa cuando se inicia y cuando acaba ya que además de ser cambios graduales dependen de las circunstancias de cada uno de los individuos. (1)

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, ha dado a conocer sobre 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 una estrategia capaz de detener la incidencia de las enfermedades y mantener en

estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (2).

A nivel mundial consideran la salud como una de las mayores prioridades en algunos países existen problemas económicos el coste de vida elevado, el desempleo, etc. La salud como consecuencia se convierte en un problema político, porque algunos gobiernos intentan satisfacer las expectativas de la población. La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, todos ellos, tienen un impacto sobre la salud. Corregir las desigualdades en estos aspectos disminuirá las desigualdades que se producen en la sanidad (3).

En América Latina en Sudamérica, especialmente los de habla hispana y Brasil, se caracterizan por tener varias características similares la cultura, historia y desarrollo socioeconómico. Sin embargo, al interior de cada país, hay una gran diversidad relacionada con las distintas oportunidades de desarrollo humano y del bienestar tienen sus diversos grupos de población, lo que tiene implicancias en la situación de salud de cada grupo y en el nivel de equidad en salud logrado (4).

Un indicador insoslayable para evaluar el grado de éxito del sistema de salud de un país es la esperanza de vida de la población. Es imposible que las personas vivan muchos años en una nación con una infraestructura sanitaria precaria. Por el contrario, cuanto mejor sea esta, y mayores los cuidados que pueda brindar a los ciudadanos, más probable será que vivan más (5).

La situación de salud en el Perú En lo que respecta a aseguramiento de salud, se indicó que el 78.3% de la población adulta cuenta con un seguro de salud, ya sea público o privado. Esto representa un aumento de 3% respecto al año 2013. Según el INEI, la mayor proporción de afiliados es de Lima Metropolitana con el 85%. En el área rural, la población afiliada es de 77.6%, y en la urbana, alcanzó el 72.7%. Si se analiza por tipo de seguro, se observa que el 39.4% de la población accede al Seguro Integral de Salud (SIS), el 32.9% a Essalud y el 6.1% a otros seguros (6).

En la conferencia de Alma Ata en el año de 1976 la OMS definió la atención primaria de salud como un conjunto de valores para un desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una gran variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud esta declaración amplió el modelo médico para incluir factores sociales y económicos, y reconoció que las actividades de numerosos sectores, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, determinaban las perspectivas de mejorar la salud. (7).

También sobre la salud existen 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 (8).

Cuando se menciona el 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 (9). La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades que pueda tener el individuo (9).

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores (10).

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 entendido “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 (11).

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren 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 que se encuentran en modificación mediante intervenciones efectivas (12).

La salud de las personas es tan escasa a los sistemas de salud, que no son prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos que no se encuentran en base 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 (13).

Equidad en salud es el elemento para lo social, de especial manera cuando se toma en consideración el proceso de determinación social de la salud y se analiza la situación social desde la perspectiva de relaciones entre los distintos actores sociales y de las fuerzas que los une (14).

Inequidad son las desigualdades en materia de salud entre grupos de población de un mismo país. También se basa a las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme (15).

A mediados del siglo XXI se ha dado la búsqueda a la causas de la enfermedad en el individuo a la aparición de los determinantes sociales, los

principales siendo salud y la enfermedad. Se tiene en cuenta que salud y la calidad de vida son un resultado social directamente relacionado con las condiciones generales de la vida de las personas y con la forma de vivir; en este sentido se han hecho notables esfuerzos en las últimas décadas para comprender cómo interactúan los determinantes sociales y se producen los resultados en salud. Se analiza las aportaciones que han conseguido poner de manifiesto los principales factores generadores de las desigualdades sociales incluyendo un análisis de las desigualdades en salud de las mujeres, la vulnerabilidad y el riesgo de exclusión (16).

Desde hace siglos, se reconoció el vínculo entre los determinantes sociales y la situación de salud de las personas, pero en las últimas tres décadas ha renacido el interés en estudiar esa relación. Aumentaron las publicaciones científicas cuyos contenidos se relacionaban con las desigualdades sociales en salud y su vigencia lo convierte en tema obligado para el campo de la Salud Pública. (17).

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 (18).

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 (19).

Cerca del 40% de los hogares tienen al menos un adulto Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares del año 2014, el 39,1% de los hogares lo integra algún adulto mayor de 60 y más años de edad y en el 8,1% de los hogares vive alguno de 80 y más años de edad. Según lugar de residencia, se aprecia que en Lima Metropolitana los hogares con adultos mayores alcanzaron el 40,6%, en el área urbana 36,4% y en la zona rural 42,0%. Es necesario destacar que, en muchos hogares los adultos mayores constituyen una pieza fundamental para su funcionamiento. De acuerdo con la del 2014, el 33,4% de los hogares peruanos son conducidos por un adulto mayor. En Lima Metropolitana este porcentaje alcanzó el 34,3% y en el área rural el porcentaje de familias con un jefe adulto mayor se incrementó a 37,0%. En el área rural 81 de cada 100 adultos mayores tienen seguro de salud. En el trimestre abril-mayo-junio 2015, el 80,5% de los adultos mayores del área rural está afiliado a algún tipo de seguro de salud (20). 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 (21).

Frente a esta problemática no escapan los adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis Nuevo Chimbote, su organización vecinal y los procesos migratorios sucedían en Nuevo Chimbote debida a la atractiva, Plaza Mayor más grande del Perú con un monumento que despertaron en todos los rincones del País esperanzas de porvenir y progreso. Este Asentamiento Humano tuvo sus inicios en varias ubicaciones y construidas a base de palos, cañas y esteras, funcionando con pequeñas familias y nombrando a sus directivas. Viendo tanta necesidad los pobladores de este Asentamiento Humano. Decidieron decidir sus gestiones siendo así que se consiguió la fusión de construcción de las viviendas, en lo que ahora es el Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis Nuevo Chimbote creado el 19 de Julio del 2012 Actualmente el Asentamiento Humano Jehová Jireh (21). No cuenta con servicios básicos por la creación reciente, llevan viviendo 4 años desde que se creó la población y juntamente crearon sus propia directiva comunal para designar funciones en la comunidad, mayormente suelen enfermarse de alergias e infecciones respiratorias aproximadamente y por lo que acuden a la puesto de salud Nicolás de Garatea para ser atendidos ante cualquier situación de salud en la comunidad Jehová Jireh habitan 300 personas cada uno ya con un lote y manzana sé

que en la zona es peligrosa porque hay delincuencia por lo que se ven casos de robo en las viviendas se encuentra ubicada en la zona del Pacífico Norte(21).

Frente a lo expuesto se consideró pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema:

¿Cuáles son los determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis-Nuevo Chimbote?

Para dar respuesta al problema, se planteó el siguiente objetivo general:  
Describir los determinantes de salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis-Nuevo Chimbote.

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

Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico de los adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis-Nuevo Chimbote (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 de los adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh-San Luis Nuevo Chimbote: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias:  
Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud,  
apoyo social, en los adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San  
Luis-Nuevo Chimbote.

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

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

Esta investigación es necesaria para los establecimientos de salud porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud en todos los

ciclos de vida y reducir los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

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

## **II.- REVISIÓN DE LITERATURA:**

### **2.1. Antecedentes de la investigación:**

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

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

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

**Núñez E, (22).** En su investigación "Determinantes de la salud en los adultos mayores y alimentación Saludable, en dos Países de América Latina: Bolivia y Ecuador", 2013. Los resultados obtenidos indican, que la prevalencia de estos males ha aumentado como consecuencia de los malos hábitos alimenticios. La Falta de educación y orientación a nivel individual, familiar y comunitario sobre buenos hábitos alimenticios en esto influyen los usos, costumbres y cultura de las personas y de las familias, Tiene como objetivo: Identificar que determinantes de la salud sustentan esta investigación en los adultos mayores y alimentación saludable en dos países de América Latina: Bolivia y Ecuador. Esta investigación es de tipo descriptivo donde el autor describe que Los sistemas de salud de América del Sur siguen es decir, los países sudamericanos conviven con una doble carga de enfermedad, con

importante carga de enfermedades infectocontagiosas y creciente carga de enfermedades crónicas.

**Fernández J, (23).**en su investigación titulada: “Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y cuba”,2011. Esto es equivalente a decir que en España, ya hay más personas mayores de 65 años que jóvenes menores de 16 (Censos y en España hay más abuelos que nietos” tiene como objetivo Analizar los aspectos ‘objetivos’ de la calidad de vida, determinando ésta en función de la existencia/ausencia de condicionantes materiales cuantificables incluyendo también aspectos relacionados con la salud/enfermedad. se concluye Respecto de los condicionantes relacionados con el sexo, cabe decir que las mujeres presentan en general peor estado de salud y peor capacidad (subjetiva) para realizar las actividades básicas de la vida diaria,

#### **A Nivel Nacional:**

**Morales M, (24).**en su investigación titulada Hacinamiento y Vida Familiar, en la comunidad San Francisco de Andahuaylas – Sierra, 2014. Se encontró que los hacinamientos de las familias el 15% de las familias no cuentan con cobertura de servicios de agua. El 40% no cuentan con luz propia y el 25% de las familias aun sus viviendas están construidas con material precario y que haga que que las familias se imposibiliten a tener una vivienda saludable. Las familias en esta ciudad Se encontró que la vida familiar es tan

apresurada y que sus hijos tengan el derecho estudiar y algunos trabajan en chacras con sus hijos. Para dar fin esta problemática no tienen tanto el acceso a las postas por ende no saben el peso ni talla de ninguno de los miembros de la familia se auto medican por el motivo de no tener un puesto de salud cercano.

**Inga J y col, (25).** En su investigación titulada “Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú”, 2012. Tomando en cuenta a los ancianos albergados en un asilo 50% no ve a sus familiares hace más de un año, 15% los ve al menos una vez al mes, 10% los ve de dos a cinco veces al mes y 25% no responde esta pregunta.

Comparación con las ancianas, que no tienen contacto alguno con sus hijos o familiares de primer grado (Sólo el 55,6% de los ancianos que tienen hijos se contactan con ellos; mientras que en el caso de las ancianas, ese porcentaje es de 90,9%). Tiene como objetivo Fundamentar la problemática de la vida familiar sobre Hacinamiento en la comunidad de San Francisco de Andahuaylas Sierra del Perú: El tipo Se logró realizar la investigación con las personas específicas y se llegó a la conclusión que la mayoría de las familias que habitan y tienen una vivienda propia están escasa de hacinamiento básico y es una necesidad que ocurre en el país donde se puede lograr a llegar a la determinar que existe enfermedades en niños y adultos a la contaminación que ocasiono el no tener un lugar adecuado para habitar

### **A Nivel Local:**

**Navarro M, (26).**en su investigación titulada: Determinantes de la salud, el autocuidado y el grado de instrucción, 2014 Indica que las personas que no tienen el grado de instrucción culminado son analfabéticos no tienen la necesidad de cuidar su salud y ponen en riesgo su vida donde se encuentre cerca y cada vez que se encuentren enfermos consumen medicamentos que nos son recetados por el médico. Y atentan con su salud consumiendo tiene como objetivo Profundizar en el tema de la promoción de salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables acerca de la promoción de la salud y los estilos de vida saludables, la promoción de la salud se constituye como una estrategia encaminada a desarrollar procesos y actividades individuales o grupales con el fin de modificar conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables

**García S, (27).** En su investigación titulada “Demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud en el Perú, 2012. El perfil de las personas mayores varía significativamente entre las subregiones de América Latina y el Caribe, incluso dentro de los propios países La prevalencia de diabetes es actualmente de un 10,0% a 20,0% en personas mayores de 70 años de edad, y se espera un aumento considerable en las siguientes décadas. Varios estudios han hecho hincapié en la diabetes como un factor de riesgo para muchos síndromes geriátricos; sin embargo, ha sido poco estudiado, En el envejecimiento también hay diferencias respecto al género. Tiene como objetivo Analizar la

correlación entre demanda de atención de salud y percepción de la calidad de atención recibida según la población adulta mayor para el período de estudio. Para la realización de esta investigación, se tomó la información proveniente de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) para el período, sección: Salud de las Personas.

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

Este presente informe de investigación se basa en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, se presentan algunos de los conceptos de determinantes de la salud. Luego se describe los determinantes sociales en las declaraciones de las Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud a partir de Alma Ata. Para reconocer las intervenciones correspondientes. (28).

Desde la antigüedad han preocupado las causas, condiciones o circunstancias que determinan salud, lo que se conoce a partir de los años 70 como “determinantes”. Varios modelos han intentado explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes. Entre los modelos clásicos, toma especial relevancia el modelo holístico de Laframbroise desarrollado por Marc Lalonde, ministro de sanidad canadiense, en el documento Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses. Al final del estudio Lalonde presentó un Informe denominado: “New perspectives on the health of Canadians”, que marcó uno de los hitos importantes dentro de la Salud Pública, como disciplina orientadora del

accionar los servicios de salud encargados de velar por la salud de la población (29).



El modelo Dahlgren y Whitehead plantean un modelo donde coloca un énfasis en los diferentes niveles de acción para intervenir en los determinantes de la salud. Menciona este modelo las desigualdades sociales en la salud, Las políticas de acción en los determinantes de la salud también el mejoramiento del acceso a servicios. Aquí también se destacan la participación ciudadana en las decisiones y la acción intersectorial, además son el resultado de interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales, desde el individuo a las comunidades, y al nivel de políticas de salud nacionales (30).

Como se puede observar, Los dos lados extremos del modelo de determinantes de la salud se encuentran una expansión. Por el otro lado Se pueden dividir los determinantes de la salud en dos grupos los que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes

económicos, sociales y políticos de la sociedad Y aquellos que son de responsabilidad del sector Salud, dentro de la acción del estado a favor de la salud de la población, en lo que se manifiesta la vigilancia y control de casos de promoción y actuación directa Estos determinantes de la salud son los que están relacionados con los estilos de vida también llamados factores ambientales del entorno donde se habita factores relacionados con lo genético y biológico de la población. Y por último, los que se encuentran en relación con la atención sanitaria quiere decir lo que se encuentra relacionado con los servicios de salud que brindan a la sociedad (31).



Se puede evidenciar que este marco conceptual quiere decir que los Determinantes Sociales de la Salud que fueron propuestos por la OMS difieren que estos elementos fueron elaborados para satisfacer todos los criterios precisados. Este enfoque de los determinantes sociales de la salud empezó como un nuevo paradigma en el abordaje de las

inequidades en salud (es decir, las diferencias de salud por grupo racial o étnico o por factores socioeconómicos como ingresos y educación) (32).

**a) Determinantes estructurales:** Se evidencia que el primer grupo está distribuido con la estructura de la sociedad que van determinan las desigualdades en salud en qué condiciones esta la sociedad frente al problema de salud. Esto quiere decir, que son formas que pueden ofrecer a los grupos sociales mayor vulnerabilidad ante los problemas de salud o, mayores oportunidades para recuperar o mantener la salud. Sin embargo ambos dependerán de la posición social, ante los grupos sociales con mayor oportunidad a los recursos materiales, sociales, educativos, etc., se pueden dar la opción de que otros contextos menos vulnerables o con mayores facilidades para recuperar o mantener su salud de la sociedad (33).

**b) Determinantes intermediarios:** Como se puede evidenciar son las mismas condiciones de recursos materiales en que las personas viven y se desenvuelven, circunstancias psicosociales o socioambientales, factores comportamentales y al sistema de salud. En tal sentido, al sistema de salud se le atribuye la responsabilidad de desempeñar una función activa para reducir las inequidades, no sólo a través del acceso equitativo a los servicios de atención (acceso y cobertura), sino también en la planificación y ejecución de programas de salud pública, con una adecuada gerencia de la intersectorialidad. Es decir, el Estado debe asumir la responsabilidad de desarrollar un sistema más flexible que facilite espacios concretos de participación de

los ciudadanos, lo que implica una redistribución del poder, que permita a la comunidad poseer un alto nivel de influencia en la toma de decisiones y el desarrollo de las políticas que afectan su bienestar y calidad de vida. son situaciones que se perciben como estresantes y pueden ser parte del complejo causal de muchas enfermedades somáticas (34).

c) **Determinantes proximales:** Se observa que los determinantes de la salud son aquellos factores biológicos y genéticos, son factores individuales y también se encuentra los estilos de vida como influye en las personas los hábitos alimenticios. Realizan actividad física, acuden al médico para realizar los chequeos correspondiente etc., también encontramos lo ue son las influencias comunitarias y el estado social, el acceso a los servicios de atención de salud, las condiciones de vida y de trabajo, las condiciones socioeconómicas, culturales y por ultimo las ambientales, también el sistema de Salud, los determinantes externos ante la situación de salud o el desempeño del sistema de salud que tiene que ver con el contexto político, económico y social de la sociedad en general (35).

Mi salud: Es un estado de equilibrio también psíquico y espiritual. la salud es uno de los anhelos más esenciales del ser humano, y constituye la cualidad previa para poder satisfacer cualquier otra necesidad o aspiración de bienestar y felicidad (36).

Comunidad: Un grupo de individuos que viven en una zona geográfica determinada, comparten la misma cultura, valores y normas y están

organizados en una estructura social, conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo (37).

**Servicios de salud:** Los sistemas de salud cuyo principal objetivo es promover, restablecer o mantener la salud. Ésta se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de afecciones o enfermedades (38).

**Educación:** Son las actividades características del sector educativo. Persiguen el objetivo de mejorar los conocimientos y aptitudes de las personas. Educar y formar se consideran a veces términos sinónimos, cada uno incorpora un matiz que hace su significado diferente del otro (39)

**Trabajo:** es el fundamento del orden social y determina ampliamente el lugar de los individuos en la sociedad. Es el principal medio de subsistencia y ocupa una parte esencial de la vida de los individuos (40).

**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 (41).

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 (42).

El tema del adulto se ha presentado como la temática emergente de mayor relevancia de las últimas dos décadas, sobre todo si se considera que esta población ha experimentado un crecimiento notorio, como respuesta a numerosos factores, que se han conjugado para sustentar una mayor esperanza de vida (43).

Norbeck y Tilden, enfermeras estudiosas del apoyo social, refieren que en la literatura emergen unas suposiciones comunes, el apoyo social se refiere a las interacciones interpersonales que proporcionan apoyo emocional o ayuda real en las tareas o problemas; el cual es usualmente dado y recibido por los miembros de la red social informal, no por desconocidos, profesionales o conocidos casuales, integrantes de la red social formal

El rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor, generalmente, implica la interacción directa con la red social informal de la persona y sus efectos positivos son resultado del apoyo emocional, de la información y la ayuda que se intercambian durante esa interacción. El rol, es por tanto, indirecto e involucra esfuerzos, iniciativas para generar cambios en la conducta individual o las actitudes, en la calidad y frecuencia en la interacción entre el adulto mayor y uno o más miembros de su red social informal; creando una red más responsable y duradera, capaz de proporcionar al adulto mayor, beneficios a largo plazo, en la satisfacción de las necesidades

emocionales, en la participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida (44). Al realizar el cuidado, el enfermero tiene en consideración el contexto de vida, el conocimiento y la experiencia del adulto. La familia es considerada como un socio para la eficacia del cuidado dirigido a estas mujeres. Esa coparticipación es vista como positiva, tanto para el trabajo del equipo de salud como para otorgar a la mujer el apoyo físico y afectivo necesario en ese periodo de la vida: la familia tiene que participar junto al equipo de la unidad de salud. Si la familia no se involucra, yo la voy a cuidar, orientar, acompañar aquí, pero no va a tener esa continuidad en la casa.

El enfermero destaca, como un aspecto que limita este cuidado, Esta fragilidad se expresa por las deficiencias de movilidad, de audición y de visión, lo que dificulta la comunicación efectiva en la relación de intersubjetividad que se establece en el cuidado. Al considerar tales especificidades, el enfermero es capaz de prevenir el desarrollo o agravamiento de la fragilidad, disminuyendo los índices de institucionalización y hospitalización, así como las tasas de mortalidad de esa población (45).

### III. METODOLOGÍA.

#### 3.1 Tipo y nivel de investigación

Descriptivo: porque son aquellos que estudian situaciones que generalmente ocurren en condiciones naturales. (46)

Cuantitativo: porque es el procedimiento de decisión que pretende señalar, entre ciertas alternativas, usando magnitudes numéricas que pueden ser tratadas mediante herramientas del campo de la estadística. (47)

Mendoza R, investigación cualitativa 2010.

**Diseño de la investigación:** Diseño de una sola casilla.

#### 3.2 Población y Muestra

El Universo muestral estuvo constituido por 90 adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh –San Luis Nuevo Chimbote.

**3.2.1 Unidad de análisis:** Adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh.

##### 3.2.1. Unidad de análisis

Adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh. Que formaron parte de la muestra y respondieron a los criterios de la investigación.

### **Criterios de Inclusión**

- Adulto que vive más de 3 años en Asentamiento Humano Jehová Jireh.
- Adulto del Asentamiento Humano Jehová Jireh que acepta participar en el estudio.
- Adulto del Asentamiento Humano Jehová Jireh tuvo la disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización

### **Criterios de Exclusión:**

- Adulto del Asentamiento Humano Jehová Jireh que tuvo algún trastorno mental.
- Adulto del Asentamiento Humano Jehová Jireh que tuvo problemas de comunicación.

## **3.3 Definición y Operacionalización de variables**

### **I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONOMICOS**

#### **Sexo**

#### **Sexo**

#### **Definición Conceptual.**

Características fisiológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (48).

Unicef, definición de sexo 2010.

### **Definición Operacional**

- Escala nominal
- Masculino
- Femenino.

### **Grado de Instrucción**

#### **Definición Conceptual**

El nivel de instrucción de una persona 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 (49).

#### **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 (50).

#### **Definición Operacional**

Escala de razón

- Menor de 750
- De 751 a 1000

- De 1001 a 1400

- De 1401 a 1800

- De 1801 a más

### **Ocupación Definición Conceptual**

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (51).

### **Definición Operacional**

Escala Nominal

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

## **II. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA**

### **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 (52).

#### **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

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

### **Definición Conceptual**

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (53).

### **Definición operacional**

Escala nominal

### **Hábito de fumar**

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

### **Consumo de bebidas alcohólicas**

Escala nominal

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

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

### **Número de horas que duermen**

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

### **Frecuencia en que se bañan**

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

### **Actividad física en tiempo libre.**

Escala nominal

### **Tipo de actividad física que realiza:**

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

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

Escala nominal

Si ( ) No ( )

**Tipo de actividad:**

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

Deporte ( ) ninguno ( )

**Alimentación**

**Definición Conceptual**

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida que influyen en la alimentación (54).

**Definición Operacional**

Escala ordinal

Dieta: **Frecuencia de consumo de alimentos**

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

**IV. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS**

**Definición Conceptual**

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad. (55).

**Apoyo social natural**

**Definición Operacional**

Escala nominal

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

#### **Apoyo social organizado**

#### **Escala nominal**

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

#### **Apoyo de organizaciones del estado**

- Pensión 65
- Comedor popular
- Vaso de leche
- Otros
- No recibo

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

#### **Definición Conceptual**

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (56).

#### **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 trabajo de investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación del instrumento.

#### **Instrumento**

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

#### **Instrumento No 01**

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

- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno biosocioeconómico (sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, Vivienda, agua, Eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), Alimentos que consumen las personas.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Apoyo social natural, organizado, Acceso a los servicios de salud.

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

### **EVALUACIÓN CUALITATIVA:**

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

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en adultos de 18 a más años.

### **EVALUACIÓN CUANTITATIVA:**

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

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

Donde:

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

$l$  : Es la calificación más baja posible.

$k$  : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud en adultos de 18 años de edad en el Perú (Anexo 2).

## **Confiabilidad**

### **Confiabilidad interevaluador**

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (Anexo 3) (57).

## **3.5. Plan de análisis**

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

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

- Se informó y se pidió el consentimiento de los adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.

- Se coordinó con los adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada adulto del Asentamiento Humano Jehová Jireh.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos a cada adulto del Asentamiento Humano Jehová Jireh.
- El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa por el adulto del Asentamiento Humano Jehová Jireh.

### **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 tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos.

TÍTULO	ENUNCIADO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METODOLOGÍA
<p>Determinantes de la salud en adultos. asentamiento humano Jehová Jireh San Luis-Nuevo Chimbote, 2018</p>	<p>¿Cuáles son los determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis-Nuevo Chimbote?</p>	<p>Describir los determinantes de salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis-Nuevo Chimbote.</p>	<p>Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico de los adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis-Nuevo Chimbote (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental)</p> <p>Identificar los determinantes de los estilos de vida de los adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh-San Luis Nuevo Chimbote: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad.</p> <p>Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social, en los adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis-Nuevo Chimbote</p>	<p>Tipo y nivel de investigación</p> <p>Descriptivo: Son aquellos que estudian situaciones que generalmente ocurren en condiciones naturales.</p> <p>Cuantitativo: es el procedimiento de decisión que pretende señalar, entre ciertas alternativas, usando magnitudes numéricas que pueden ser tratadas mediante herramientas del campo de la <a href="#">estadística</a>.</p> <p>Diseño de la investigación: Diseño de una sola casilla.</p> <p>Población y Muestra</p> <p>El Universo muestral estuvo constituido por 90 adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh –San Luis Nuevo Chimbote.</p> <p>3.2.1 Unidad de análisis: Adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh.</p>

				<p>3.2.1. Unidad de análisis</p> <p>Adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh- San Luis Nuevo Chimbote.</p> <p>Que formaron parte de la muestra y respondieron a los criterios de la investigación.</p> <p>Criterios de Inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulto que vive más de 3 años en Asentamiento Humano Jehová Jireh.</li> <li>• Adulto del Asentamiento Humano Jehová Jireh que acepta participar en el estudio.</li> <li>• Adulto del Asentamiento Humano Jehová Jireh tuvo la disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin</li> </ul>
--	--	--	--	---

				<p>importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización</p> <p>Criterios de Exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulto del Asentamiento Humano Jehová Jireh que tuvo algún trastorno mental.</li> <li>• Adulto del Asentamiento Humano Jehová Jireh que tuvo problemas de comunicación.</li> </ul>
--	--	--	--	---

### 3.6 Principios éticos

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles, respetando la doctrina social de la iglesia como es la dignidad de la persona.

**Anonimato**

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

**Privacidad**

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

**Honestidad**

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

**Consentimiento**

Solo se trabajó con los adultos que acepten voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 04).

#### IV. RESULTADOS 4.1 Resultados

##### DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS NUEVO CHIMBOTE, 2016

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	38	42,0
Femenino	52	58,0
Total	90	100,0

<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Adulto Joven	18	20,0
Adulto Maduro	60	67,0
Adulto Mayor	12	13,0
Total	90	100,0

<b>Grado de instrucción</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin nivel e instrucción	7	7,8
Inicial/Primaria	30	33,0
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	44	49,0
Superior universitaria	8	9,0
Superior no universitaria	1	1,0
Total	90	100,0

<b>Ingreso económico (Soles)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menor de 750	78	87,0
De 751 a 1000	10	11,0
De 1001 a 1400	1	1,0
De 1401 a 1800	1	1,0

De 1801 a más	90	100,0
Total		
<b>Ocupación</b>		
Trabajador estable	14	16,0
Eventual	55	61,0
Sin ocupación	14	16,0
Jubilado	3	3,0
Estudiante	4	4,0
Total	90	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

## DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE, 2016

<b>Tipo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Vivienda unifamiliar	76	84,0
Vivienda multifamiliar	14	16,0
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0
Local no destinada para habitación humana	0	0
Otros	0	0
<b>Total</b>	90	100,0
<b>Tenencia</b>		
Alquiler	0	0
Cuidador/alojado	5	6,0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0
Alquiler venta	4	4,0
Propia	82	91,0
<b>Total</b>	90	100,0
<b>Material del piso</b>		
Tierra	89	99,0

Enablado	1	1,0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	0	0
Láminas asfálticas	0	0
Parquet	0	0
<b>Total</b>	90	100,0

<b>Material del techo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Madera, esfera	87	97,0
Adobe	0	0
Estera y adobe	2	2,0
Material noble, ladrillo y cemento	0	0
Eternit	1	1,0
<b>Total</b>	90	100,0

<b>Material de las paredes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Madera, estera	88	98,0
Adobe	0	0
Estera y adobe	2	2,0
Material noble ladrillo y cemento	0	0
<b>Total</b>	90	100,0

<b>N° de personas que duermen en una habitación</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
4 a más miembros	13	14,0
2 a 3 miembros	68	76,0
Independiente	9	10,0
<b>Total</b>	90	100,0

<b>Abastecimiento de agua</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Acequia	0	0
Cisterna	82	91,0
Pozo	8	9,0
Red pública	0	0
Conexión domiciliaria	90	100,0
<b>Total</b>		

<b>Eliminación de excretas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Aire libre	2	2,0
Acequia, canal	2	2,0
Letrina	0	0
Baño público	0	0
Baño propio	0	0
Otros	86	96,0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

<b>Combustible para cocinar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Gas, Electricidad	88	98,0
Leña, carbón	0	0
Bosta	0	0
Tuza (coronta de maíz)	2	2,0
Carca de vaca	0	0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

<b>Energía eléctrica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sin energía	1	1,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0
Grupo electrógeno	0	0
Energía eléctrica temporal	84	93,0
Energía eléctrica permanente	4	4,0
Vela	1	1,0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

<b>Disposición de basura</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
A campo abierto	2	2,0
Al río	0	0
En un pozo	2	2,0
Se entierra, quema, carro recolector	86	96,0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

<b>Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Diariamente	1	1,0
Todas las semana pero no diariamente	3	3,0
Al menos 2 veces por semana	76	84,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	10	11,0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

<b>Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Carro recolector	87	97,0
Montículo o campo limpio	1	1,0
Contenedor específico de recogida	1	1,0
Vertido por el fregadero o desagüe	1	1,0
Otros	0	0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

### DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE, 2016

<b>Fuma actualmente:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si fumo, diariamente	3	3,0
Si fumo, pero no diariamente	85	94,0
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	1	1,0
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	1	1,0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

<b>Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diario	1	1,0
Dos a tres veces por semana	0	0
Una vez a la semana	0	0
Una vez al mes	1	1,0
Ocasionalmente	3	3,0
No consumo	85	94,0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

<b>N° de horas que duerme</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
[06 a 08)	87	97,0
[08 a 10)	2	2,0
[10 a 12)	1	1,0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

<b>Frecuencia con que se baña</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diariamente	89	99,0
4 veces a la semana	1	1,0
No se baña	0	0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

**Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud**

Si	27	30,0
No	63	70,0
Total	90	100,0

<b>Actividad física que realiza en su tiempo libre</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Caminar	30	33,0
Deporte	6	7,0
Gimnasia	5	6,0
No realizo	49	54,0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

<b>En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Caminar	25	28,0
Gimnasia suave	6	7,0
Juegos con poco esfuerzo	1	1,0
Correr	55	61,0
Deporte	2	2,0
Ninguna	1	1,0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016

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	27	30,0	37	41,0	23	26,0	3	3,0	0	0
Carne	0	0	29	32,0	50	56,0	11	12,0	0	0
Huevos	0	0	28	31,0	29	32,0	33	37,0	0	0
Pescado	6	6,0	24	27,0	44	49,0	16	18,0	0	0
Fideos	3	3,0	43	48,0	32	36,0	12	13,0	0	0
Pan, cereales	14	16,0	38	42,0	28	31,0	10	11,0	0	0
Verduras, hortalizas	10	11,0	37	41,0	38	42,0	5	6,0	0	0
Legumbres	5	5,0	34	39,0	39	43,0	12	13,0	0	0
Embutidos enlatados	10	11,0	24	27,0	30	33,0	26	27,0	0	0
Lácteos	7	8,0	34	39,0	26	27,0	23	26,0	0	0
Dulces, gaseosas	10	11,0	29	32,0	42	47,0	9	10,0	0	0
Refrescos con azúcar	6	6,0	30	33,0	36	41,0	18	20,0	0	0
Frituras	6	6,0	27	30,0	44	50,0	13	14,0	0	0
Total	90	100,0	90	100,0	90	100,0	90	100,0	0	0

## DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 4. DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE, 2016

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	24	27,0
Centro de salud	20	22,0
Puesto de salud	25	28,0
Clínicas particulares	5	6,0
Otras	17	19,0
<b>Total</b>	90	100,0

Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n	%
Muy cerca de su casa	6	7,0
Regular	63	70,0
Lejos	17	19,0
Muy lejos de su casa	2	2,0
No sabe	2	2,0
<b>Total</b>	90	100,0

Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	10	11,0
SIS – MINSA	74	82,0
SANIDAD	5	6,0
Otros	1	1,0
<b>Total</b>	90	100,0

El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	12	13,0
Largo	46	51,0
Regular	29	32,0
Corto	1	1,0
Muy corto	0	0
No sabe	2	2,0
<b>Total</b>	90	100,0

<b>Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muy buena	4	4,0
Buena	21	23,0
Regular	62	69,0
Mala	2	2,0
Muy mala	0	0
No sabe	1	1,0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

<b>Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	11	12,0
No	79	88,0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

### **DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO**

TABLA 5. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE, 2016

<b>Recibe algún apoyo social natural:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Familiares	0	0
Amigos	1	1,0
Vecinos	0	0
Compañeros espirituales	1	1,0
Compañeros de trabajo	1	1,0
No recibo	87	97,0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>
<b>Recibe algún apoyo social organizado:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0
Seguridad social	0	0
Empresa para la que trabaja	0	0
Instituciones de acogida	1	1,0
Organizaciones de voluntariado	0	0

No recibo	89	99,0
<b>Total</b>	90	100.0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**TABLA 6. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE, 2016**

Apoyo social de las organizaciones	Si		No	
	N	%	n	%
Pensio 65	0	0,0	90	100,0
Comedor popular	0	0,0	90	100,0
Vaso de leche	0	0,0	90	100,0
Otros	0	0,0	90	100,0
<b>Total</b>				

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

#### 4.2 Análisis de resultados

**En la tabla 1:** Del 100 % de adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis Nuevo Chimbote el 58 % (52) son de sexo femenino, el 42 % (38) son de sexo masculino; en la edad el 67 % (60) son adultos ; en el grado de instrucción el 78 % (7) son sin nivel de instrucción, en el ingreso económico el 87 % (78) su ingreso económico es menor de 750 soles; en la ocupación el 61 % (55) tienen trabajo eventual.

Estos resultados obtenidos de la presente investigación difieren con los estudios de Rojas E, (57). “En su investigación titulada Estilos de vida de las

mujeres del Asentamiento Humano 3 estrellas, Chimbote 2014” quien en su estudio sobre Estilos de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta madura del asentamiento humano 3 estrellas, Chimbote, reporto que el 87.16% eran más mujeres solteras que invaden el lugar para construir su hogar y en los estudios el 28% de las personas eran hombres con sus esposas que ya tenían un hogar establecido en el Asentamiento Humano, la investigación afirma que los de sexo común que viven en esas zonas son más mujeres que hombres.

De acuerdo a estos resultados obtenidos de la presente investigación son casi similares a los estudios de Rucoba A. y col, (58). “En su investigación titulada Ingreso familiar como método de medición de la pobreza: manifiesta que realizo un estudio en caso en dos localidades rurales de Tepetlaoxtoc 2010” Se reportaron que alrededor de 50% de las familias de las dos localidades se encuentra en condiciones de pobreza de ingresos El 97% de los padres de familia dijo que sus hijos tuvieron la oportunidad de estudiar, aunque hubo casos en que manifestaron que alguno de sus miembros no pudo continuar por motivos económicos. El estudio que se realizó las personas manifestó que realizan más gastos en consultas médicas, mientras que los otros miembros acuden a un seguro del estado o acudir a una consulta médica particular.

Del mismo modo los resultados obtenidos de la presente investigación se asemejan con lo encontrado por Amat C. y cola, (59).En su investigación titulada “Situación en el Perú de la ocupación socioeconómico de los hogares, Lima 2010” Se observa que el 46% hay ingreso económico mayor porque en esta ciudad están las empresas grandes que el trabajo es dependiente, asimismo

los empleados del sector público residen principalmente en esta ciudad. A diferencia que en las ciudades rurales, existe el trabajo independiente, 38%, seguido por el trabajo dependiente por lo que ahora quedan familias sin trabajo seguro y no poder mantener un hogar estable para vivir y educar a su miembros del hogar en el Perú el trabajo es escaso y es por eso que los miembros del hogar se separan para ir en busca de empleo a otros países.

El tipo de sexo entre mujer y hombre ha sido definido como la diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales. Bajo esta perspectiva, sexo es una variable meramente física, producida biológicamente, que tiene un resultado predeterminado en una de dos categorías, el hombre o la mujer. Es una dicotomía con rarísimas excepciones biológicas y se manifiesta en roles sociales, especialización de trabajo, actitudes, ideas y, en lo general, un complemento entre los dos sexos que va más allá de lo físico generalmente en un todo que se conoce como familia, donde la reproducción se realiza en el medio ambiente ideal. (60).

Además la adultez media, empieza a los 35-40 y termina a los 60-65 años de edad. En esta etapa el adulto puede notar cierto deterioro en sus facultades físicas, es decir que ya no pueden hacer el mismo trabajo físico como cuando tenían 5 años menos. Esto se debe a que el cuerpo poco a poco se empieza a debilitar. Se encuentran también en la mejor etapa de su vida profesional, pero al mismo esto les causa gran estrés emocional ya que, en la mayoría de los casos descuidan su vida emocional, lo cual le causa más

desgaste físico. Así mismo durante esta etapa, por lo general, los padres de estas personas ya son adulto mayores, los cuales requieren mayor cuidado y sus hijos están en la adolescencia y tienen cambios de humor muy repentinos los cuales comienzan a sorprenderlos (61).

A sí mismo el nivel de instrucción de una persona 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. Se distinguen los siguientes niveles: Primarios y menos. Personas que no saben leer ni escribir, personas que saben leer y escribir pero no han terminado ningún tipo de estudios, Educación Infantil, Educación Primaria, la Enseñanza Primaria y estudios similares. Formación Profesional. Estudios de Formación Profesional.

Secundarios. Estudios de Bachillerato Elemental y equivalente, de Educación Secundaria Obligatoria, de Bachiller Superior de Bachillerato Acceso a la Universidad y similares. Medios-Superiores. Estudios de Ingenieros Técnicos y Peritos, Magisterio, Enfermería y otros del mismo nivel. Superiores. Estudios de Licenciatura, Ingenieros Superiores y similares, así como de doctorado y especialización. Las modalidades de la variable son las mismas que en las de titulación (62).

En lo que respecta a las teorías el ingreso familiar designa a todos aquellos ingresos económicos con los que cuenta una familia, esto obviamente incluye al sueldo, salario, de todos aquellos miembros de la misma que trabajan y que por ello perciben un sueldo y todos esos otros ingresos que puede considerarse extras, tal es el caso de por ejemplo una “changa”, el ingreso que se obtiene por un emprendimiento independiente que alguno de los integrantes de la familia

lleva a cabo, o aquella suma de dinero que se percibe mensualmente en concepto de renta de alguna propiedad que se posee. Todo ese ingreso familiar será con el que la familia en cuestión contará para poder cubrir sus necesidades básicas y el resto de los gastos que normalmente tiene una familia (63).

Además se define también que la ocupación es una acción que realiza el ser humano como actividades distintas son funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, donde va tener relaciones sociales que establecerá con determinados por la Posición en el Trabajo, Una ocupación podría ser algún trabajo o alguna tarea que tengas que hacer. También te pueden pagar por realizar una ocupación. Pero no es lo mismo que profesión. Un ejemplo podría ser que tú eres psicólogo (profesión) y te pagan por ello, pero realizas una actividad o alguna ocupación que sería tejer bufandas (por así decirlo), y las vendes (64).

De acuerdo con los resultados encontrados en esta investigación realizada a los adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis-Nuevo Chimbote tenemos como resultados que la mayoría de los adultos fueron de sexo femenino. La mayoría son adultos sin nivel de instrucción, con un ingreso económico menor de 750 S/, ocupación eventual. En general, el ingreso del hogar se define como la suma de los ingresos de todos sus miembros y los que se captan de manera conjunta, tanto en efectivo como en especie (65).

La educación primaria y secundaria es una educación elemental básica que permite a los individuos adquirir habilidades y competencias fundamentales para convertirse en ciudadanos empoderados capaces de participar activamente

en su cultura, sociedad y economía. Durante los mismos se construyen y transmiten valores y actitudes compartidas indispensables para la vida en sociedad y el desarrollo del capital y la cohesión social en la comunidad (66).

Se evidencio que el Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis-Nuevo los adultos la mayoría de los adultos fueron de sexo femenino es porque no tienen ocupación por esa razón las encontramos el día de la entrevista en sus casas haciendo labores de hogar, mientras que en otras viviendas las mujeres trabajan por la noche es otra de las razones. Además porque ellas son ama de casa por lo que tienen la responsabilidad de quedarse en casa atendiendo los quehaceres del hogar y esperar al esposo cuando viene de trabajar y a sus hijos y atenderlos cuando vienen a casa después del largo trabajo durante el día. La mayoría son adultos sin nivel de instrucción porque los que son padres son personas que tomaron la decisión de formar un hogar a muy temprana edad convirtiéndose en padres jóvenes sin nivel de instrucción, no terminaron la primaria, la secundaria por la razón de que quedaron embarazadas y eso trunco los estudios. Y se evidencio que existen personas de la parte sierra que se encuentran viviendo en la comunidad y manifestaron que no tienen nivel de instrucción porque Vivian en la sierra y sus padres les mandaban a trabajar en la chacra sembrando o recogiendo sus productos que cosechan por eso la mayoría de adultos decidieron salir de la ciudad para formar un hogar sin tener nivel de instrucción.

El ingreso económico menor de 750 S/. De los adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh no cuentan con una ocupación estable en esta comunidad las personas son muy humildes el trabajo que tienen es temporal, venden en el

mercado, trabajan en fábricas por temporadas cuando hay producción sus jefes les llama para realizar actividades y reciben un sueldo menos de 50 soles y el sueldo es menor, y eso les ayuda a mantener a la familia del hogar para salir adelante con un pequeño trabajo y son menores de edad por lo que no encuentran trabajo con facilidad además tienen hijos y tienen que cuidar mientras que esposo sale a trabajar pero no es suficiente para mantener a la familia u otro que el sueldo que ganan es menos y no alcanza y son muchos en el hogar para alimentar a la familia. Existe otro caso donde la familia ambos miembros del hogar trabajan pero aun así el sueldo que ganan es mínimo no les alcanza para mantener el gran número de la familia, la mayoría de las familias no tienen dinero para adquirir un hogar propio es por eso razón que se va tan lejos a invadir un terreno donde vivir quizá no con las comodidades, menos la comunidad no cuenta con hacinamiento básico.

**En la tabla 2:** Del 100 % de adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis Nuevo Chimbote el 84 % (76) son de tipo de familia unifamiliar , el 91 % (82) son de tendencia propia ; el 99 % (89) su material de piso es de tierra ; en el material de techo el 97 % (87) son de madera y estera , en el material de las paredes el 98 % (88) son de madera y estera; en el número de personas que duermen en una habitación 76 % (68) duermen de 2 a 3 miembros, el 91 % (82) su abastecimiento de agua es en cisterna, el 96 % (82) la eliminación de excretas son otros ; en combustible para cocinar el 98 % (88) songas , electricidad ; en la energía eléctrica el 93 % (84) son de energía eléctrica temporal, en la disposición de basura el 96 % (86) Se entierra, quema, carro

recolector; en la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa el 84 % (76) pasa al menos 2 veces por semana, el 97 % (87) suelen eliminar su basura en el carro recolector.

A si mismo estos resultados obtenidos de la presente investigación se asemejan con los resultados de Vásquez D, (67). En su investigación titulada “Infraestructura de la vivienda en zonas rurales en Peru 2010” manifestó que existen viviendas en mal estado donde viven adultos mayores y a causa del mal estado de la vivienda los adultos mayores frecuentemente presentan infecciones respiratorias el 86.3%. Esto ocurre en las viviendas que se encuentran muy alejadas de la ciudad en donde las personas se ven en oportunidad de construir su vivienda poniendo en riesgo la vida de sus familias porque se encuentran en una zona peligrosa donde el vivir no es confortable y no se puede habitar también no está cerca algún puesto de salud donde alguna emergencia puedan acudir y existen múltiples accidentes que para movilizarse a un centro de salud más cercano ocurren desgracias que afectan a la población

Del mismo modo los resultados obtenidos de la presente investigación son similares con lo encontrado por Robles C, (68).” En su investigación titulada “Perfil sobre asentamientos humanos Perú” Se investigó que en las zonas urbanas el agua llega al 86.8% y el saneamiento al 89.5%. Algunas viviendas son de tenencia propia y completamente pagada; resultado de que invadir suelo eriazos es una “cultura” de la gran mayoría del 54% de la población pobre para obtener un lote y luego autoconstruir viviendas y barrios. Aunque, existen familias que estarían viviendo en chozas, sin seguridad de desalojo o de riesgo de colapso (viviendas tugurizadas en alquiler de los centros históricos), o

viviendo literalmente en la calle (más de 15,000).la provisión de servicios básicos a la vivienda se ha incrementado, la cobertura de agua al 75.4%, el saneamiento al 73.7% y electricidad al 72% evidenciándose un crecimiento anual del 1.3% en agua potable y 3% en saneamiento.

Estos resultados obtenidos de la presente investigación difieren con los estudios de Rosales R, (69). En su investigación titulada “La iniciativa de vivienda saludable en el Perú” actualmente la mayoría de Peruanos construyen su vivienda en cerros en áreas arenales donde existe la basura y la humedad donde se ven en riesgo de contraer múltiples enfermedades esto ocurre porque en el país existen muchas familias y se ven en la obligación de compartir una casa para muchas familias el 5% de las familias que viven en los cerros no tienen saneamiento básico pero aun así lo habitan y forman su propio hogar esto ocurre solo en las familias que no tienen la economía para adquirir un hogar propio que tengan las comodidad y el bienestar para vivir como personas dignas

Ante eso se define que la vivienda debe permitir el desarrollo de las actividades humanas en condiciones de higiene y salud para sus ocupantes, creando espacios seguros para la familia que la habita, proponiendo una solución acorde con el medio ambiente. Los ambientes deberán disponerse de manera tal que garanticen su uso más eficiente, empleando materiales que demanden un bajo grado de mantenimiento. Los constructores de viviendas deberán informar a los propietarios sobre los elementos que conforman su vivienda, sus necesidades de mantenimiento y el funcionamiento de las

instalaciones eléctricas, sanitarias, de comunicaciones, de gas y mecánicas si fuera el caso. Para la edificación de viviendas se deberá verificar previamente la resistencia y morfología del suelo mediante un estudio. El suelo debe tener características que permitan una solución estructural que garantice la estabilidad de la edificación (70).

Se define que la tenencia de la tierra es la relación, es definida como entre personas, en cuanto individuos o grupos, con respecto a la tierra (por razones de comodidad, «tierra» se utiliza aquí para englobar otros recursos naturales, como el agua y los árboles). Se definen de qué manera pueden asignarse dentro de las sociedades los derechos de propiedad de la tierra. Y cómo se otorga el acceso a los derechos de utilizar, controlar y transferir la tierra, así como las pertinentes responsabilidades y limitaciones. Es decir los sistemas de tenencia de la tierra determinan quién puede utilizar qué recursos, durante cuánto tiempo y bajo qué circunstancias. La tenencia de la tierra es una parte importante de las estructuras sociales, políticas y económicas. Es de carácter multidimensional, ya que hace entrar en juego aspectos sociales, técnicos, económicos, institucionales, jurídicos y políticos (71).

Además se define y aclara el concepto del derecho a una vivienda digna y adecuada, se debe considerar como el un derecho de vivir en seguridad, paz y dignidad se deben planificar, proyectar, ejecutar, utilizar y conservar de tal forma que se cumplan los requisitos básicos de funcionalidad, seguridad, habitabilidad y accesibilidad, establecidos por las normas de cada país. Donde cumpla con unos mínimos requisitos de confort, aislamiento climático Debe tener lo indispensable para la salud, la seguridad, la comodidad y la nutrición

una vivienda adecuada deberían tener acceso permanente a recursos naturales y comunes, a agua potable, a energía para la cocina, la calefacción y el alumbrado, a instalaciones sanitarias y de aseo, de almacenamiento de alimentos, de eliminación de desechos, de drenaje y a servicios de emergencia (72).

También se menciona que la familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad que tiene el derecho a la protección de la sociedad y del Estado. familia nuclear, padres e hijos (si los hay); también se conoce como «círculo familia, familia extensa, además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines; familia monoparental, en la que el hijo o hijos viven sólo con uno de los padres; Otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros (73).

Así mismo también se define que la infraestructura son estructuras básicas pequeñas, infraestructuras técnicas y sistemas construidos a nivel local que son importantes para la subsistencia de la población que vive en dichas comunidades. Se define que las infraestructuras pequeñas de bajo coste que se construyen con el tiempo a través de iniciativas llevadas por las comunidades de acuerdo a las necesidades y aspiraciones de la población. Este microinfraestructura está relacionadas socialmente, económicamente y operacionalmente con las opciones de vida de las comunidades y aseguran unos

servicios básicos a su población y se conciben por lo tanto como sustentos para la supervivencia de la comunidad. Los tipos de infraestructura son diversos y varían de una comunidad a otra dependiendo de los factores geo-físicos, socioculturales y económicos que influyen en las probabilidades de vida de la población en una comunidad (74).

Se evidencio que en el Asentamiento Humano Jehová Jireh San LuisNuevo Chimbote los adultos casi la totalidad de la vivienda es propia, material del piso es tierra, material del techo madera y esfera, material de las paredes es madera y estera, entendemos que por tenencia de la vivienda Se refiere al terreno en el cual está ubicada la misma cuando existe algún documento que abala que el hogar es de la persona con documentos propios a nombre de la persona quien adquirió el terreno, El material de la vivienda se entiende que la infraestructura de la vivienda como se construyeron las paredes si es de cemento, esteras entre otros materiales el piso también con que material se construyó, las habitaciones como están divididas es decir toda la vivienda como se inició. Cuanto es la medición del terreno si es pequeño, grande conocer para realizar un buen plano y la vivienda este en un buen estado para poder vivir dignamente.

Los adultos de este pueblo cuentan actualmente una constancia de posesión y están espera en que más adelante adquieran el título de propiedad. Al inicio de la invasión los moradores lucharon por adquirir un lote de terreno para vivienda durante años vienen apoyando a la municipalidad asistiendo a reuniones, ceremonias que realizaba la municipalidad de Nuevo Chimbote y Chimbote con el fin de recibir apoyo de parte de la municipalidad como por

ejemplo el apoyo en agua potable en forme de cisterna, el ripiado de las pistas, y actualmente cuentan con luz provisional, y los resultados fueron positivos manifestaron que tanta lucha el consejo provincial del santa -Chimbote logro darles la constancia de posesión a los moradores del Asentamiento Humano Jehová Jireh mientras que la otra parte de la población no tuvieron buenos resultados porque no lo hacían vivencia.

Los adultos del pueblo Jehová Jireh no cuentan con una infraestructura adecuada porque algunos están organizándose en el terreno que se les dio la constancia de posesión poco a poco están empezando a construir, en el momento que se realizó la encuesta manifestaron que el motivo era de que estaban empezando a vivir se observó que algunas viviendas los materiales estaban deteriorados y Viven niños, ancianos en esas condiciones propensos a muchas enfermedades o hacer robados por el tipo de material que tiene la vivienda y por ultimo riesgo a incendio como ha sucedió en algunos pueblos cercano, el compartimiento de las habitaciones es solo un triplay no existe privacidad en las divisiones de las habitaciones sus puertas están colocadas de cortina de tela o plástico , la cocina y la letrina estaban a una distancia muy apartado de la cocina no era una vivienda saludable para vivir manifestaban las personas que Vivian en el Asentamiento Humano. También se evidencio que algunas viviendas se encontraban deshabitadas pero que tenían una estructura con material precario manifestaban algunas personas que solo lo construyen para comercio pero no lo habitan eso manifestaron los moradores del Asentamiento Humano.

Estos resultados obtenidos de la presente investigación difieren con los de

García S, (75). En su investigación titulada Mapa del Déficit de Agua y Saneamiento Básico a Nivel Distrital, Perú llego a la conclusión que el en el área urbana en total existen 4 millones 789 mil 588 viviendas, de ellas el 81,7% se abastece de agua potable por red pública dentro de la vivienda, red pública fuera de la vivienda pero dentro de la edificación y por pilón de uso público, y el abastecimiento en el 18,3% restante se da mediante ríos, acequias, manantiales, pozos, vecinos y otros. Por el contrario, en el área rural, la principal fuente de abastecimiento de agua en las viviendas, proviene de los ríos, acequias, manantiales y similares, seguida de pozos y finalmente él se abastece de agua mediante camiones, cisternas, similares u otros; es decir, el 74,6% de las viviendas de esta área, no disponen de agua apta para el consumo humano, solo él se abastece de agua potable y lo hacen ya sea por red pública dentro de la vivienda, por red pública fuera de la vivienda pero dentro de la edificación o por pilón de uso público

Del mismo modo los resultados obtenidos de la presente investigación s asemejan con lo encontrado por Naranajo F, (76). en su investigación titulada La problemática de la salud, en relación con las cocinas de leña en áreas rurales a nivel mundial.2010, El aire contaminado en el interior de las viviendas crea problemas respiratorios como EPOC (enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, por ejemplo bronquitis crónica o enfisema), problemas de irritación en ojos y cataratas; además, se aumenta el riesgo de

neumonía y otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores. Por otra parte, la exposición al humo en el interior de las viviendas con asma, tuberculosis, manifiesta que En África Oriental, cocinas baratas que usan leña reducen la contaminación en un 50%; las cocinas de ‘tipo plancha’ en América Latina disminuyen los niveles de humo interior hasta en un 90%.

A si mismo estos resultados obtenidos de la presente investigación son casi similares a Soto C, (77). En su investigación titula Generación de Residuos y Desechos Sólidos Domiciliars. Por medio de su investigación llevo identificar que en las zonas urbanas, especialmente, el incremento en la proporción de hogares que queman los desechos. Este indicador pasó de 90.4% en lo que significa que los hogares utilizan la práctica. Aunque se hicieron algunos esfuerzos incipientes en lo que respecta a dar un servicio de recolección en las áreas rurales, los mismos terminan siendo bastante insignificantes, No obstante, permanece aún un número importante de hogares (459,892) que no cuenta con un servicio de recolección de desechos en el ámbito urbano. Es importante decir que la mayoría de los lugares donde se depositan residuos y desechos, no poseen la infraestructura necesaria para dar el tratamiento adecuado a los mismos, y que en la mayoría de los casos, sólo son sitios de disposición final.

Por lo tanto se define que la red de abastecimiento de agua potable es un sistema que permite tener acceso a la vivienda de los habitantes de una ciudad,

pueblo o área rural con población relativamente densa, el agua potable. El almacenamiento del agua tratada tiene la función de compensar las variaciones horarias del consumo, y almacenar un volumen estratégico para situaciones de emergencia, como por ejemplo incendios el agua para consumo humano pasa por tratamiento hipo clorado para estar apto para el ser humano y realizar las actividades correspondientes. (78).

La exposición al humo de leña se ha asociado a bronquitis crónica y a obstrucción bronquial en adultos así como a las infecciones respiratorias agudas en niños El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de han observado toda la gama de enfermedades pulmonares producidas por el tabaquismo, en personas que nunca fumaron y que estuvieron expuestas al humo de leña De acuerdo a un estudio reciente de casos y controles el riesgo para el desarrollo de y de enfisema en mujeres expuestas al humo de leña es cinco veces mayor que en las no expuestas y se incrementa con la dosis (79).

A si mismo se define que un camión de basura se recogen los de desechos, es un camión diseñado especialmente para recoger pequeñas cantidades de desechos y transportarlos a vertederos y a centros de tratamiento y reciclaje. También puede ofrecer la función de comprimir los desechos para conseguir una mayor capacidad de almacenado. Son muy comunes en áreas urbanas y también prestan servicio en las zonas rurales. Para evitar menos contaminación en algunas zonas del país (80).

El Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis-Nuevo los adultos casi la totalidad

Los estudios que tenemos se llegó se evidencio que la mayoría de los adultos Casi la totalidad, el abastecimiento de agua son en cisterna, la eliminación de excretas es en otros, el combustible para cocinar es en gas, disposición de basura se entierra, se quema, carro recolector entendemos que abastecimiento de agua es almacenar el agua en un lugar para cualquier uso que necesite la persona utilizar durante el día para realizar sus quehaceres diarios, se entiendo que el combustibles es un elemento que sirve para hacer reacción contra el fuego, en este caso se usa el gas un medio de combustible para cocinar, la disposición de basura es un lugar para desechar la basura y no contamine el ambiente. Así mismo los adultos del Asentamiento Humano manifestó que el carro recolector pasa por las calles llevando las basuras que votan a la calle pero se evidenció que el lugar tenía mucho montículo de basura en cada pasaje es mas en las casa inhabitadas colocaban la basura a esperan que pase el carro recolector manifestaron que el carro pasaba seguido pero en la comunidad se observó mucha presencia de basura

En este Asentamiento Humano los adultos se observa que no tienen acceso a los servicios básicos como el agua, luz y desagüe manifestaron que el medio de transporte del agua es mediante una cisterna de la municipalidad que pasa 2 veces por semana, hay otro tipo de cisterna que pasa todo los días y que se tiene que pagar por cada “chavo” se paga 5 soles por chavo eso es la situación del pueblo Jehová Jireh. El carro recolector pasa dos veces por semana se evidencio la basura en cada esquina del pueblo acumulándose por varios días algunas viviendas se encuentran cerca de la basura, ellos cuentan con luz

provisional que brinda hidramida y pagan el recibo de acuerdo a su consumo si cuentan con letrina en la vivienda.

**En la tabla 3:** Del 100 % de adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis Nuevo Chimbote el 94 % (85) si fuma, pero no diariamente , el 94 % (85) no consumen con frecuencia bebidas alcohólicas ; en el número de horas el 97 % (87) duermen entre 6 a 8 horas diario ; en la frecuencia como se baña el 99 % (89) suelen bañarse diariamente , en la realización del examen médico periódico 70 % (63) no se realizan examen médico periódico , el 54% (49) no realizan actividad física , el 61 % (55) en las últimas semanas realizan actividad fisca durante 20 minutos correr, el 78% (70) consumen a diario pan y cereales el 50% (45) consumen fideos tres o más veces a la semana, el 66%(59) consumen legumbres una o dos veces por semana, el 34% (31) suelen consumir alimentos embazados menos de una vez a la semana, el 27 % (24) casi suelen consumir embutidos.

En estos resultados obtenidos de la presente investigación se asemejan a los estudios encontrados por Quispe T. y col, (81). En su investigación titulada “Adultos que se realizan examen médico de un Hospital en el Perú 2010”, Índico que se realizó un estudio donde se revisó las historias clínicas de los pacientes adultos, y se evidencio que un 80% de los adultos acudían al hospital por atención del personal de salud por diversas enfermedades que le causa al adulto, también se encontró sobre algunos exámenes médicos mensuales que se realizaban los adultos, también indico que habían adultos que fueron

internados en el hospital por alguna enfermedad y se encontraron adultos de diversas edades acudiendo al hospital donde se evidencio por las historias clínicas. En conclusión los adultos si realizan algún examen médico.

A si mismo estos resultados obtenidos de la presente investigación son casi similares con los estudios Vidarte J. y col, (82). En su investigación titulada “actividad física estrategia de promoción de la salud, 2010” indico que el 14% de la población entre 12 y 69 años realiza regularmente ejercicio o actividad física ligera en su tiempo libre. En cuanto a la distribución de la población según la realización regular de la actividad física vigorosa, se estimó para toda la población entre 12 y 69 años en un 21,6%. Considerando que las dos grandes edades, la distribución resulta en un 12,5% para los adultos y de un 23,5% en el resto de la población. Lo expuesto anteriormente evidencia los bajos porcentajes de la realización de actividad física en nuestro país, mostrándonos la ausencia de programas de intervención, seguimiento y control, específicamente, en estos temas.

Del mismo modo los resultados obtenidos de la presente investigación se difieren con lo encontrado por Zavala F, (83) En su investigación titulada “Los consumidores de cigarros en el Perú”2010. En qué edad empiezan a fumar, indico que el consumo de esta sustancia es en los adultos de 20 a 50 años, cerca de la tercera parte de ellos ha consumido tabaco en el último año (29%) y el 18.7% estas personas que consumen el tabaco no fueron orientadas de las enfermedades que causa el consumir el tabaco manifestó que al menos la mitad (49.8%) de la población urbana de diversas ciudades, entre 12 y 65 años, han

consumido alguna vez en la vida tabaco y el 13.3% de esta población fumó cigarrillos en el último mes. También la quinta parte de los consumidores del último año han presentado signos de dependencia al tabaco .porqué se da esta dependencia porque tienen mucho tiempo utilizando el tabaco es por ello que se representa alrededor de 468,159 personas entre 12 y 65 años consumiendo tabaco.

Se define como establecimientos de salud, Es la unidad básica funcional del de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros) organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad. Unidad productora de servicios de salud, y que a través de los servicios que produzcan resuelvan necesidades de salud individual de un usuario en el entorno de su familia y comunidad (84).

Si comparamos con los estudios en la presente investigación se define que los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta, actividades ocupacionales es decir, trabajo, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir y depresión, se recomienda que los adultos de 18 a 64 años dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75

minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas, la actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo (85)

Además algunos adultos consumen tabaco por lo que fumar se define que el fumar tabaco acarrea un fuerte aumento del riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón, de la cavidad oral de boca, de faringe, de laringe, de esófago, de páncreas, de vejiga y de pelvis renal de riñón. También incrementa el riesgo de cáncer de la cavidad nasal nariz y de senos paranasales, de estómago, hígado, riñón, cervix cuello uterino y médula leucemia mieloide.

El riesgo depende del periodo durante el cual una persona ha fumado y del número de cigarrillos fumados. El riesgo de desarrollar

algunos cánceres aumenta cuando además de fumar se consume alcohol. (86)

En los estudios que casi la totalidad suelen fumar pero no diariamente, es así que el fumar traer consigo el cáncer al pulmón más cuando se empieza a fumar desde temprana edad y llega hacer adultos y continúan consumiendo y aunque las personas que viven con niños en el hogar también causa peligro el consumir tabaco al lado de ellos, no consumen con frecuencia bebidas alcohólicas, número de horas que duermen es de 6 a 8 horas diaria, la frecuencia con que se baña es diariamente Y que la mayoría no se realiza algún examen médico en un establecimiento de salud, en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal. Los centros de salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales y de los sanatorios ya que si bien

cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones, no disponen de grandes tecnologías ni de espacios complejos que sí existen en hospitales.

Y

En las dos últimas dos semanas la actividad física que realizan durante más de 20 minutos fue correr (86).

Se llegó evidencio que en el Asentamiento Humano algunos los adultos consumían tabaco pero que antes si habían fumado ve observo algunos jóvenes que tiene hijos en casa por eso dejaron de consumir cigarrillos para no dañar la salud de sus menores hijos y algunos manifestaron que tienes diversas enfermedades y el medico les prohibió fumar esa también esa una de las razones que dejaron de consumir el cigarro, no se realizan examen médico porque manifestaron que se encuentran lejos de la posta y tienen que caminar mucho y no tienen donde dejar a sus hijos, aparte porque se “olvidan de ir al médico” y no tienen malestar ninguno por eso no acuden algún establecimiento de salud y por ultimo no tenían tiempo. El número de horas que duerme se redujeron por las responsabilidades que tienen los adultos día a día el alistar a sus hijos para ir a estudiar el motivo de trabajo se levantan muy temprano, frecuencia con las que se baña es frecuente, pero manifestaron que el agua lo venden y manifestaron que el agua tratan de consumir lo menos posible para que le alcance durante el día o durante la semana.

Los estudios encontrados se evidencia que el adulto debe realizar actividad física y se observa los minutos que se debe realizar pero en este estudio los adultos manifestaron que no realizan ninguna actividad física manifestaron algunos que caminaban en el trayecto del mercado al su casa para ellos eso era

realizar actividad física, pero algunos autores en su estudio de investigación el realizara actividad física implica de caminata por lo menos 30 minutos al día para el buen funcionamiento de los músculos y el sistema cardiovascular también había moradores donde manifestaron que ellos ya no pueden realizar actividad física porque les duele los huesos eso también es un impedimento para realizar actividad física, algunos no les daba tiempo para realizar actividad física por lo que en ningún momento realizan ejercicios.

En estos resultados obtenidos de la presente investigación se asemejan con los estudios de Gonzales J,(87).En su investigación titulada “Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan nueva sonrisa dispensario Santa Francisca Romana 2010” En los estudios obtenidos revelaron que el 15% de la población un estudio se encuentra en mal estado nutricional, el 66% en riesgo de malnutrición y el 19% en estado nutricional satisfactorio, siendo el mayor porcentaje de la muestra 72,5% mujeres y 27,5 % varones, el 62,5% se encuentra en el grupo etario de 70-79 años, seguido por 32,5 % entre 80 y 89, el 4% de 60 a 69 años y el 1% corresponde al rango mayor de 90 años, el 100% recibe menos de un salario mínimo. Finalmente la concordancia de las respuestas entre los adultos mayores y sus familiares fue favorable arrojando como resultado una fuerza de concordancia del 66% entre muy bueno y bueno.

A si mismo estos resultados obtenidos de la presente investigación son casi similares por Asmat C, (88). En su investigación titulada “El consumo total de las carnes en el Perú, 2010” Menciona en su estudio de investigación , que el

pollo es la carne preferida por los peruanos con el 53% del consumo total de carnes, seguida del pescado (31%), vacuno (8%), porcino (6%) y ovino (2%), también está asociado al alto consumo per cápita de carne de pollo en el país, que en el 2013 alcanzó 39 kilogramos, siendo Lima el departamento con más alto consumo per cápita con 60 kilos anuales también destacó que el consumo por capital de pollo en el Perú se encuentra entre los más altos en la región, después de Brasil 58 kilos y Argentina , superando a Bolivia, Chile y Colombia , consumos calculados en base a cifras de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

Del mismo modo los resultados obtenidos de la presente investigación se difieren con lo encontrado por Briceño L, (89).En su investigación titulada “Alimentación saludable, 2010 ” El 62% de los peruanos de los latinoamericanos manifestaron que siguen una dieta especial que los limita o restringe de comida o ingredientes específicos, Sin embargo, de acuerdo con el 67% de los encuestados, sus necesidades dietéticas se encuentran parcialmente cubiertas por los productos ofrecidos en el mercado, mientras que el 23% dice tenerlas totalmente cubiertas y solo el 10% indica que no están siendo satisfechas en lo absoluto. Este resultado revela las oportunidades para minoristas y fabricantes que se ocupan de ofrecer a los consumidores productos que se ajusten a sus preferencias.

Si comparamos con los estudios anteriores los adultos de entre 40 y 65 años cobran necesitan micronutrientes como el calcio y la vitamina D, como factores preventivos de osteoporosis, una enfermedad muy frecuente en esta etapa de la vida, especialmente en mujeres tras la menopausia, así como el

potasio y el sodio por su relación con la presión arterial. En cuanto a las proteínas, El resto de la energía total deberá ser aportada por hidratos de carbono, en mayor medida los complejos, limitando la cantidad de azúcares sencillos y grasas, también imprescindibles en una dieta equilibrada. Otros nutriente imprescindible que no conviene olvidar es la fibra dietética, y que debe ir siempre acompañada por una correcta hidratación, que no sea inferior al 1,5-2 litros de agua al día, lo que supone entre seis y ocho vasos (90).

Se ve que en los adultos consumen la carne por que le se define que la carne es el tejido animal, principalmente muscular, o vegetal que se consume como alimento.<sup>3</sup>Se trata de una clasificación coloquial y comercial que solo se aplica a animales terrestres normalmente vertebrados: mamíferos, aves y reptiles, pues, a pesar de que podría aplicarse a los animales marinos, estos entran en otra categoría, la de pescado, especialmente los peces los crustáceos, moluscos y otros grupos suelen recibir el nombre de marisco. Más allá de su clasificación biológica, otros animales, como los mamíferos marinos, se han considerado a veces carne y a veces pescado .Desde el punto de vista nutricional, la carne es una fuente habitual de proteínas, grasas y minerales en la dieta humana. De todos los alimentos que se obtienen de los animales y plantas, la carne es el que mayores valoraciones y apreciaciones alcanza en los mercados y, paradójicamente, también es uno de los alimentos más evitados y que más polémicas suscita (91).

Además los alimentos proporcionan la energía y los nutrientes que necesita para estar sano. Entre los nutrientes se incluyen proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y el agua. Hay estudios que demuestran que una buena dieta en la edad avanzada reduce el riesgo de osteoporosis, hipertensión arterial, enfermedades cardíacas y algunos tipos de cáncer. A medida que envejece, usted puede necesitar menos energía. Pero aun así necesitará la misma cantidad de nutrientes en los alimentos. Las grasas saturadas suelen provenir de los animales. Lea las grasas trans en las etiquetas de los alimentos procesados, margarinas y mantecas (92). La mayoría de los alimentos que consumen diariamente es pan y cereal, suelen consumir legumbres 1 o 2 veces por semana. Las frutas y los vegetales son bajos en promoción energética, lo que se traduce en que tienen pocas calorías por porción comparados con otros alimentos, sin embargo son muy ricos en nutrientes y ofrecen una gran cantidad de fibra que promueve el control del apetito y la función digestiva. Que las personas mayores deben hacer hincapié en el consumo de verduras de colores brillantes, como el brócoli, las zanahorias y las frutas de color oscuro como; el melón y las bayas, para proveerse de un ingesta óptima en nutrientes.

Se evidencio que en este Asentamiento Humano los adultos consumen 2 veces a la semana huevos es porque algunas familias trabajan y en el almuerzo suelen preparar sus alimentos como son los huevos un alimento rápido para preparar también consumen el pescado aunque manifestaron el costo del pescado es un muy alto y que el mercado está lejos de la comunidad por lo tanto no es mucho el consumo del pescado aun así existen menores de edad que

necesitan alimentarse de pescado sabiendo que Chimbote es el primero puerto pesquero, pero en Nuevo Chimbote no se consigue fácil el pescado porque las comunidades están muy lejos de los mercados o tiendas grandes y el precio es elevado por eso no lo consumen a diario, Se ve que los adultos en el alimento también consumen los fideos en sopas mayormente lo cocinan en la noche como cena pero en la comunidad también hay tiendas pequeñas donde los niños consumen dulces, gaseosas aunque no es mucho el consumo pero es parte de la cifra del estudio donde existe el consumo también de refrescos con azúcar, las comidas embazadas y los carritos de hamburguesa que de noche algunas personas lo venden y los adultos de la comunidad lo consumen como cena porque algunos adultos trabajan y el cansancio no les permite cocinar una comida saludable.

**En la tabla 4,5,6:** Chimbote el 28% (25) se atendieron estos 12 últimos meses en un puesto de salud el 70%(63) consideran que el lugar donde lo atendieron esta regular la distancia de su vivienda, el 82%(74) el tipo de seguro que tienen es el SIS-MINSA, el 51%(46)el tiempo de espera para ser atendido es largo, el 69%(62) la calidad de atención que recibieron en el establecimiento fue regular, el 88%(79) manifiestan que no hay pandillaje cerca de su casa, el 97%(87) no reciben alguna apoyo social organizado, el 99%(89) no reciben algún apoyo social organizado, el 100% (90) no reciben ningún apoyo social organizado. Estos resultados obtenidos de la presente investigación son casi similares con los estudios de Gomero L, (93). En su investigación titulada “Puesto de salud y los profesionales en su atención Perú 2011”.Indico que la mayoría de las personas con recursos económicos menos de 800 soles acuden a un centro del estado por

problemas de salud, y manifestaron el 69% de las personas que el lugar de atención está cerca de su casa por lo que en general se ven en condiciones de asistir las enfermedades más comunes son por resfrió o alguna infección leve y pasan por consultorios externos para recibir algún medicamento mientras que un 20% de la población encuestada manifestó que el puesto de salud está muy lejos de su casa por eso no llegan a sacar consulta y solo se auto medican y días después ya están recuperados de salud. La mayoría refiere que sus niños menores son más comunes al resfrió o a las infecciones el personal de salud son pocas las veces que llegan casa por casa por la zona.

A si mismo estos resultados obtenidos de la presente investigación se asemejan con lo encontrado por Philipps F, (94). “En su investigación titulada Tipo de salud en el Perú y tipos de seguros Perú 2015”.Manifesto que hay padrón donde hay datos del seguro que se actualiza cada tres días y se puede visualizar quienes y cuantas personas cuentan con el seguro integral de salud, el 79% indico también que hay un incremento de personas que tienen cuenta bancaria suma cantidad y ellos tienen acceso al seguro mientras que otras personas con bajo recurso económico no están afiliadas al seguro, también se realizó una encuesta y el tiempo de espera a los que pasan por el seguro integral de salud incremento a 82 minutos por otro lado Asimismo, el tiempo promedio para obtener una cita médica pasó de 17 días en el 2014 a 18 días en el 2015. Asi manifestó el autor de los problemas en el sector salud.

Menos de la mitad se atendió en estos últimos 12 meses en un puesto de salud. Son espacios de atención primaria en las pequeñas comunidades Esto

quiere decir que mientras en algunas regiones los centros de salud son el único espacio disponible para recibir atenciones del tipo, en otros lugares como en las grandes ciudades los centros de salud conviven de manera adecuada con otros centros de salud más importantes como hospitales, sanatorios, nosocomios, etc.(95).

Se define que los establecimientos de salud de primer nivel de atención principalmente desarrollan actividades de promoción de salud son llamados aquellos que cuentan con unidades productoras de servicio de salud para brindar atención integral de salud a la persona en el ámbito de su familia y comunidad también se encargan de lo que es la promoción de la salud, la prevención, la recuperación y brindar también a la comunidad bienestar en atención de salud y así prevenir enfermedades pues el establecimiento de salud especialidades como enfermería, medicina, obstetricia, odontología psicología entre otros que están capacitados para atender a las personas.

Además en este estudio de investigación se define que el seguro integral de salud es una atención que se da a las personas con recursos económicos bajos, sirve para las intervenciones con patologías de tratamientos médicos ya sea una medicina o de costo elevado también intervenciones quirúrgicos que demanda de precio alto y el seguro integral de salud cubre para las personas que lo necesitan estos casos se dan más en comunidades lejana donde especialistas observan el estado de la persona el que no tiene recibe el seguro integral de salud (97).

La mayoría consideran que el lugar donde lo atendió esta regular de distancia, el tipo de seguro de los adultos es el SIS-MINSA. El seguro de atención integral de salud lo tienen las personas que lo necesitan y están aptos para adquirirlos pero en el estudio manifestaron que hubo personas que no lo deberían tener y lo usan para su beneficio.

Se evidencio que los adultos del Asentamiento Humano acuden a un puesto de salud más cercano para ser atendidos, mientras que otras personas no acuden a un centro de salud por falta de tiempo o porque sanaron la enfermedad con medicamento o con hiervas, en este Asentamiento Humano se observa que la gente es muy humilde y ellos no pagan una consulta para hacer atendidos, lo que manifestaron que tenían un seguro social que se les brindo para ser atendidos en un hospital, centro de salud o posta pero manifiestan que no cubre todo los gastos como la medicina, hay medicinas que receta el médico y tienen que conseguirlo fuera de la farmacia y las medicinas son del alto costo que solo compran una toma y no se sanan del todo, mayormente las personas que acuden a un puesto de salud más cercano son niños y adultos ellos que se encuentran en riesgos de enfermedades porque donde habitan el suelo es tierra y la principal enfermedad que ocasiona este tipo de zona son infecciones dérmicas que en el verano incremento y las infecciones respiratorias, la presencia de perros también ocasiona múltiples enfermedades como parásitos en los niños y en adultos la mayoría de casos por lo que acuden a un puesto de salud son por curaciones de herida algún síntoma grave que les aqueja acuden al establecimiento de salud para ser atendidos, el lugar donde viven se encuentra muy lejos un puesto de salud por lo que les toma de tiempo llegar manifestaron

que la municipalidad debería construir una posta cerca del Asentamiento para cualquier emergencia acudir y ser atendidos esa razón no acuden atenderse cuando existe dolencia solo se auto medican comprando medicamentos en una tienda es un riesgo para su salud de los adultos que habitan.

“La calidad está recibiendo una creciente atención en todo el mundo y se debe a que está presente en lo esencial de toda actividad humana. Es por ello, que se ha tenido la presión urgente de convertir y desarrollar los servicios de salud hacia mejores niveles de calidad y competitividad, principalmente en servicios como gineco-obstetricia, en los que el médico debe de ganar la confianza plena de la paciente. Ginecología y obstetricia son áreas en las que se debe de cuidar el pudor femenino para que la paciente se sienta satisfecha durante su atención médica. Actualmente podemos definir "calidad como la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores”

Estos resultados obtenidos de la presente investigación difieren con los estudios de Paredes A, (98). En su investigación titulada “El tiempo de espera en los hospitales de Colombia 2013”. Manifestó que realizo un estudio en el hospital y evaluó el tiempo de cada paciente que ingresaba a medicina el tiempo por cada paciente era 30 minutos y en algunos casos no llegaban a atender a todos y al siguiente turnos los paciente aumentaban y no terminaba la cola de personas, un 70% de las personas que realizo el estudio manifestó que el tiempo de espera era muy largo en el hospital y que cada día era más el tiempo de

espera por eso las personas y eso impide que las personas sean atendidas con calidad manifestó que

A si mismo estos resultados obtenidos de la presente investigación son casi similares a los estudios de Alcántara J, (99). “En su investigación titulada Calidad de atención en los hospitales de Perú 2010”.La calidad de atención es importante porque ayudara a solucionar los problemas de salud tales como mortalidad materna, desnutrición infantil entre otros y también a llevarnos bien con los usuarios un 73% de la población manifestó que al ir a un establecimiento de salud el trato de parte de los profesionales de salud no es tan bueno y no tienen donde quejarse, para ello se requiere una capacitación de parte de los profesionales de salud para evaluar el trato del paciente con las personas y tratar de llegar a una estrategia para mantener una relación positiva con el paciente y el personal de salud para su pronta recuperación.

Del mismo modo los resultados obtenidos de la presente investigación se asemejan con lo encontrado por Corcuera J, (100). En su investigación titulada “Exploración en el contexto y orígenes del comportamiento transgresor en los jóvenes Perú- Lima, 2013”. La disminución de la percepción del desempleo, como problema principal de los países, No obstante, los problemas de seguridad por esto, en la región, el nivel de preocupación por la delincuencia se encuentra más elevado 79% este caso de la delincuencia tiene varias causas el ingreso económico no es adecuado en las familias, el maltrato en el hogar el estudio que se realizó manifestaron que esa una de las causas de la delincuencia y se realizó un estudio de pandillaje en las calles y algunos entrevistados manifestaron que eso fue la causa que les llevo a la delincuencia juvenil y hoy

en día ellos no cuentan con un hogar están alejados de sus familias y se dedican al pandillaje en las calles

La delincuencia en este estudio de investigación se define que el fenómeno de delinquir o cometer actos fuera de los estatutos impuestos por la sociedad son sujetos que observan una conducta antisocial tipificada en la ley como delito que se encuentra en una etapa de desarrollo de su personalidad y que tiene deteriorada su capacidad de relación social, la delincuencia es la conducta resultante del fracaso del individuo en adaptarse de las demandas de sociedad en las que vive (101).

Por lo tanto el tiempo de espera en un hospital demanda de mucho porque hay labores por cumplir los llenados de formatos, eso es mucho tiempo a parte depende de cada profesional como distribuye su tiempo para la atención y dar una atención de calidad a los usuarios El tiempo de espera en el ámbito de la farmacia hospitalaria, ha sido definido como la cantidad de tiempo desde que el usuario ingresa hasta que recibe su medicamento .Se ha tratado de determinar cuál sería el tiempo de espera aceptable por un paciente antes de ser atendido encontraron un promedio de 7,9 minutos, otros estudios demuestran que este no debería de exceder los 30 minutos, La satisfacción del usuario es un componente integral de la calidad de atención en los servicios de salud . Un alto nivel de satisfacción promueve conductas positivas tales como conformidad y continuidad con los proveedores de salud de esta manera, la evaluación de la satisfacción del usuario puede ayudar a la mejora continua de la calidad de atención (102).

La mayoría considera que la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de salud fue regular, no hay pandillaje, “La delincuencia es enormemente compleja de precisar porque se manifiesta en toda sociedad, es una expresión de rechazo o inconformidad una muestra de descomposición social a la cual se requiere la aplicación de un procedimiento correctivo delincuencia pero en los estudios de investigación de algunos autores manifestaron que la delincuencia, algunos de los factores relacionados con la delincuencia son el sexo, hay más hombres delincuentes que mujeres, las habilidades, existen estudios que corroboran la relación entre la relación entre bajo coeficiente intelectual y delincuencia, A si mismo predomina en las zonas rurales cerca su casa, más de la mitad el tiempo de espera es largo”

Se evidencio que este estudio de investigación donde los adultos del Asentamiento Humano manifestaron que el tiempo de espera para ser atendido en un puesto de salud es largo, muy largo observaron que hay mucho trámite para ser atendido y las colas en las madrugadas para recibir su ticket por la mañana es mucho el tiempo y solo manifestaron que se les atiende a los 15 primeros y los demás quedan para la tarde para ser atendidos y en conclusión el día se perdió por no ser atendidos, mientras que otros no saben el tiempo porque se atienden en clínicas particulares donde solo pagas para por la atención, en el tipo de calidad que reciben los usuarios es pésima manifestaron, que no es buena el abuso viene de parte de los profesionales de salud ya sea médico o enfermera abusan con el trato del paciente son déspotas para tratar o reciben mala información para ser atendidos, manifestaron que esto se da en

los hospitales los profesionales con este carácter son aquellas personas de edad adulta, no tienen paciencia para tratar al paciente y ese motivo las personas no acuden a un centro de salud por ser tratados de esta manera la atención de calidad no es buena, el pandillaje en el Asentamiento Humano es notable porque hubieron casos de robo por la zona, las viviendas no están aseguradas y las pertenencias es visible ante las personas y en el lugar de estudio existen personas de mal vivir que roban las pertenencias de las viviendas cuando los moradores salen a su respectivos trabajos y las viviendas la mayor parte queda sola, y ahí aprovechan en robar, existe seguridad pero la población es grande para cuidar, la población pidió ayuda a la municipalidad para rodear la zona por la mañana con ayuda de serenos y policías dispuestos a cuidar las pertenencias de las viviendas , los casos de robo han ocurrido seguido los moradores ya hacen vivencia donde le corresponde traer con ellos todos sus artefactos para vivir pero aun así las casas aseguradas existe riesgo de robo mayormente los robos ocurren durante el día o la noche pero existe

Estos resultados obtenidos de la presente investigación difieren con los estudios de Pinazo S y Col, (103).En su investigación titulada, “El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores España 2010”, según datos del mencionado hay organizaciones de apoyo que ayudan y cuidan a las personas adultas el 63.8% de los cuidados; otros allegados (familiares, parientes, amistades, vecinos) asumen el 8.1% de la carga de atención; empleadas del hogar asumen el 5.4% de los cuidados, y finalmente servicios sociales asumen el 3.8% de los cuidados. En el estudio se observó que los cuidados que precisan las personas mayores dependientes son asumidos por

familiares y allegados, el apoyo social informal. Las personas mayores en su búsqueda de ayuda prefieren acudir a la red informal de apoyo que acudir a los servicios formales. Sólo un 4% de los mayores necesitados reciben únicamente de los servicios de apoyo formal la ayuda necesitada para actividades cotidianas como comer o vestirse según el estudio.

A si mismo estos resultados obtenidos de la presente investigación son casi similares a los estudios de Zapata I y Col, (104). En su investigación titulada “Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011”, En el estudio se observó que a pesar de que la mayoría de los adultos mayores se encontraban satisfechos con el apoyo recibido por parte de la familia y amigos, se resalta que el 95 % de ellos se ha sentido maltratado por sus familiares. Revisando otros estudios realizados en España, se encontró que los adultos mayores fueron víctima de maltrato por parte de algún familiar, siendo la población femenina la más afectada pero similar al reporte nacional. En un estudio en adultos mayores institucionalizados se observó que a pesar de estar en esa condición, 15,8 % respondieron ser maltratados por sus familias, recibiendo humillaciones, insultos, amenazas verbales, golpes, gritos, aislamiento y empujones, superando los hombres a las mujeres fueron maltratados, con humillaciones, por sus cuidadores principalmente las mujeres. Lo que indica que a pesar de que los adultos mayores no conviven con sus familias.

Del mismo modo los resultados obtenidos de la presente investigación se asemejan con lo encontrado por Arias C, (105). En su investigación titulada

“El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad, Brasil-Sao Paulo.2013” En un estudio realizado en la ciudad de Mar del Plata, se constató que los adultos mayores consideraban que el disponer de buenas relaciones familiares y sociales era un aspecto de gran relevancia para la calidad de vida en la vejez. En este sentido, el 85% lo incluyó como uno de los factores determinantes, lo ubicó entre los primeros tres lugares. Los hallazgos de otro estudio desarrollado en la misma ciudad mostraron que los adultos mayores que poseían niveles de participación, integración y apoyo informal más elevados presentaban las mayores puntuaciones en satisfacción, Al respecto, la formación de redes, la participación en variadas organizaciones y la integración comunitaria tienen estrecha relación con procesos de empoderamiento en los adultos mayores.

David J. Ekerdt, define sobre “Apoyo Social”: “Proceso de interacción social en el cual las acciones de un individuo o grupo benefician a otro individuo o grupo. Aunque puede entenderse que "apoyo social" es un concepto que forma parte de otros términos más genéricos, como integración social, redes sociales o relaciones sociales, esta expresión se diferencia de las demás porque es un término positivo y con ella se destaca tanto la intención del proveedor de ese apoyo como los beneficios potenciales que obtendrá el receptor Este apoyo puede venir desde diferentes esferas, si bien ateniéndonos a las fuentes de apoyo que emanan del ambiente laboral caben subrayar el apoyo que puede ofrecer el supervisor o jefe, y el de los compañeros de trabajo o colegas. Básicamente son dos los modos en el que se puede expresar este

apoyo: con el apoyo instrumental, se hace referencia a una conducta que ayuda directamente a la persona que lo necesita (106).

Se define el apoyo social como ya se definió antes por Cobb, se comprende como información dada por un sujeto o más a otro sujeto, ya sea para informar que es apreciado, querido, valorado o que pertenece a una red social de comunicación; otros autores definen el apoyo social como abastecimientos instrumentales o expresados, reales y recibidas que aporta la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. El apoyo social incluye muchos elementos que son favorables en general para el ser humano. Para poder analizar a fondo el apoyo social como agente ayudante es importante poder enfocar la atención en el apoyo social como una forma de mejorar la sintomatología de personas víctimas de desastres naturales. El apoyo social se puede dividir en cuatro diferentes áreas, emocional, material, interacción positiva y apoyo afectivo (107).

También en este estudio se define que el inconveniente radica en que estas redes son improvisadas: dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa. Así, por ejemplo, un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social natural precario o inexistente que además propiciará un mal afrontamiento de su enfermedad. Organizaciones de ayuda al enfermo, Seguridad Social, Empresa para la que se trabaja: muchas cuentan con sistemas organizados de ayuda al empleado, Instituciones de acogida, Organizaciones de voluntariado el apoyo organizado tiene como ventajas la solidez de sus

estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos (108).

La totalidad no reciben apoyo social de las organizaciones, casi la totalidad no reciben apoyo social natural, no reciben apoyo social organizado. El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas". El apoyo comunitario es un concepto relevante tanto en el nivel individual como en el nivel comunitario. Tanto desde el punto de vista de la investigación como de la intervención resulta útil analizar este constructo como una característica de los individuos y como una característica de comunidades concretas. En el nivel de análisis comunitario el apoyo comunitario puede entenderse también como el resultado de las características particulares de una comunidad determinada. En este sentido, las diferencias individuales en los niveles de apoyo comunitario percibido pueden estar reflejando también diferencias en las comunidades donde residen esas personas. Por ejemplo, las personas que viven en vecindarios derivados y con altos niveles de riesgo puede que no se beneficien tanto de las redes sociales en la comunidad como lo puedan hacer aquellas personas que viven en vecindarios más seguros y de mayor calidad. En comunidades donde predomina la pobreza, el apoyo que puede proveer una red social sometida ya a altos niveles de estrés puede estar comprometido por las demandas que esas mismas personas realizan y, como consecuencia, los costos de mantener una implicación activa en las actividades y organizaciones de esas comunidades puede sobrepasar sus beneficios potenciales.

Se evidencio que los adultos de este Asentamiento Humano nadie recibe algún apoyo social natural ni de amigos, vecinos nadie, algunos manifestaron que hay poca ayuda de parte de la municipalidad para este Asentamiento Humano porque se está creando nuevos proyectos, entre ellos mismos solicitaron que existe alguna ayuda en beneficio de las familias que necesitan como un comedor popular, un vaso de leche, etc. lograron obtenerlo pero para eso necesitaron miembros para que el comedor popular funcione las familias se inscriben para entrar a este nuevo proyecto hoy en día ellos reciben ayuda de la municipalidad el comedor popular funciona, también se evidencio adultos que salen adelante con sus propios medios como por ejemplo trabajan independiente construyeron una pequeña tienda que eso es sustento para vivir otros se dedicaron a tejer muebles y eso es el trabajo que realizan cada día para vivir pero también son apoyados por el comedor popular y vaso de leche y los vecinos cercanos de la manzana eso quiere decir que algunos adultos mayores no se encuentran solos ni desamparados pero algunos otros adultos mayores en soledad donde se sienten discriminados por la familia y los hijos, algunos sufrieron el abandono de parte de los familiares, también manifestaron que donde habitan actualmente solos no existe familia eso también se observó en el Asentamiento Humano, familias humildes familias que también tienen empresas que vinieron habitar con su familia

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 Conclusiones

- En los determinantes biosocioeconomico en los adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis-Nuevo Chimbote casi la totalidad de la vivienda es propia, material del piso es tierra, material del techo madera y esfera, material de las paredes es madera y estera, el abastecimiento de agua es en cisterna, la eliminación de excretas es en otros, el combustible para cocinar es en gas, electricidad, energía eléctrica es energía eléctrica temporal, disposición de basura se entierra, se quema, carro recolector, la eliminación de la basura en algunos lugares es el carro recolecto, La mayoría son adultos maduros sin nivel de instrucción, con un ingreso económico menor de 750 S/, ocupación eventual, de vivienda unifamiliar, el número de personas que duermen en una habitación son de 2 a 3 miembros, frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa al menos 2 veces por semana.
- Los determinantes de los estilos de vida en los adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis- Nuevo Chimbote casi la totalidad suelen fumar pero no diariamente, no consumen con frecuencia bebidas alcohólicas, número de horas que duermen es de 6 a 8 horas diaria, la frecuencia con que se baña es diariamente, La mayoría n se realiza algún examen médico en un establecimiento de salud, en la dos últimas dos semanas la actividad física que realizan durante más de 20 minutos fue correr, alimentos que consumen diariamente es pan y cereal, suelen consumir legumbres 1 o 2 veces por semana, en apoyo social natural no

recibe apoyo el lugar donde lo atendieron se encuentra la distancia regular de su casa, Mas de la mitad no realizan actividad física, la mitad consumen fideos 3 o más veces a la semana, meno de la mitad consumen menos de una vez a la semana embutidos, casi nunca consumen embutidos.

- Los determinantes de redes sociales y comunitarias en los adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis- Nuevo Chimbote La totalidad no reciben apoyo social de las organizaciones, casi la totalidad no reciben apoyo social natural, no reciben apoyo social organizado la mayoría consideran que el lugar donde lo atendieron esta esta regulara la distancia, el tipo de segur de los adultos es el SIS-MINSA, la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de salud fue regular, no hay pandillaje delincuencia cerca su casa ,más de la mitad el tiempo de espera es largo, menos de la mitad se atendió en estos últimos 12 meses en un puesto

## **5.2 Recomendaciones:**

- Informar a las autoridades encargadas de las comunidades los resultados de la investigación para que puedan intervenir a través de reuniones o asambleas de acuerdo a los resultados.
- Vigilar y controlar que la toda la población completamente con los servicios públicos, especialmente agua y recolección de basuras.
- Recomendar el consumo de 5 comidas diarias con el fin de cubrir los requerimientos nutricionales de la población, esto mediante alternativas económicas y acorde a los gustos de la población.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud, El informe sobre la situación mundial sobre el alcohol y la salud 2014.
2. Copyright Organización Mundial de la Salud (OMS), Salud mental un estado de bienestar, diciembre del 2013.
3. Organización Mundial de la Salud, informe sobre salud en el mundo, 2010.
4. Organización Panamericana de la Salud en Sudamérica, edición de 2012: panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud Washington DC: 2012.
5. Sistema de salud en América Latina titulado La salud en el adulto publicado en el año 2015.
6. Instituto Nacional de Estadística situación de salud del adulto 2016.
7. Organización Mundial de la Salud, Chan M, Directora General de la OMS publicado el 15 de septiembre de 2010
8. Fernández E. La edad adulta (revista en internet) (acceso el 3 agosto del año 2011).
9. Declaración de Alma Ata Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, , publicado el 12 de setiembre del 2012
10. Tardy M. Copyright 2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: [http://www.psico-web.com/salud/concepto\\_salud\\_03.htm](http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm).
11. Tardy M. Copyright 2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: [http://www.psico-web.com/salud/concepto\\_salud\\_03.htm](http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm)
12. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2011.

13. Organización Mundial de la Salud (OMS), determinantes sociales de la salud, diciembre del 2013.
14. Ferrelli R. equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales, México junio 2015.
15. Comisión sobre determinantes de la salud OMS, 2010.
16. Palomino P y Col, Revista Internacional de Sociología la salud y sus determinantes sociales Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI, Vol. 72, extra 1, 71-91, junio 2014
17. Santos H, Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación Rev Cubana Salud Pública v.37 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2011
18. Santos H, Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación Revista Cubana Salud Pública v.37 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2011.
19. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
20. Instituto nacional de estadística informativa INEI En el Perú viven más de 3 millones de adultos mayores publicado el 25 agosto del 2015.
21. Oficina de estadística de la Red Pacifico Norte Nuevo Chimbote.2016.
22. Núñez J. investigación Determinantes de la salud en los adultos mayores y alimentación Saludable, en dos Países de América Latina: Bolivia y Ecuador 2013.
23. Fernández J. determinantes de la calidad en España y Cuba. universitat de valencia servei de publicacions 2011.

24. Morales M. hacinamiento en la vida familiar, mayo 2014.
25. Inga J y colaboradores universidad nacional Federico Villareal y universidad san Martín de Porres, lima Perú 2012.
26. Navarro M. determinantes de la salud, el autocuidado y el grado de instrucción 2010.
27. García S. Demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud Lima, noviembre de 2012.
28. Mejía L. Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública 2013.
29. Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención 28 de abril 2011.
30. Wong C. Determinantes Sociales de la Salud Buenos Aires 2011.
31. Villar M. artículo de opinión Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención 2011.
32. Carmona Z. Artículo, Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano 2015.
33. García A. Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición Revista Peruana de Epidemiología- septiembre, 2014 Lima, Perú.
34. García y otros Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición Revista Peruana de Epidemiología, vol. 18, núm. 1, septiembre, 2014, pp. 1-6 Sociedad Peruana de Epidemiología Lima, Perú.
35. Chávez H. Determinantes de la salud, proximales 2011 Perú- Lima
36. López F. Ética profesional de la enfermería, PPC, Madrid publicado en el 2011
37. OMS Unidad administrativa sanitaria: tema 1.5 la comunidad 2017

38. Los servicios de salud en el nivel primario 2011
39. Luengo J. la educación como objeto de conocimiento. el concepto de educación.2011.
40. Dominique Méda, Le travail, Ed. Presses Universitaires de France, collection « 3ème édition 2010, capítulo 1.
41. Mirabal E. edición 3pag.10 y 12 definición de territorio publicado en el 2011
42. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2010
43. Briceño R. Longevidad. México: McGraw Hill; 2010.
44. Fernández A. rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor Junio 2010 Revista electrónica cuatrimestral de enfermería.
45. El enfermero y el cuidado el adulto: Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original 20(5): [09 pantallas] sep.-oct. 2012.
46. Valdivia G.Enfoque descriptivo y experimental 2008 universidad de Chile.
47. Mendoza R, investigación cualitativa 2010.
48. Unicef, definición de sexo 2010.
49. Instituto Vasco de Estadística, 2010 nivel de instrucción.
50. 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: <a href="http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf">http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf</a>		

51. Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2011.[Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
  
52. 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](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf).
  
53. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2011.
  
54. Martínez R. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 2011. Disponible en [http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0\\_736\\_1.pdf](http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf).
  
55. Carrión E. Analisis 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>
  
56. Sánchez L: “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>
  
57. Rojas Esquivel, Estilos de vida de las mujeres del Asentamiento Humano 3 estrellas Chimbote 2014.
  
58. Rucoba A. y colaboradores Ingreso familiar como método de medición de la pobreza: estudio de caso en dos localidades rurales de Tepetlaoxtoc, 2010.
  
59. Amat C. y colaboradores Situación en el Perú de la ocupación socioeconómico de los hogares En Lima ,2010.
  
60. Mora L. Sección: Sección: Asuntos, SEXUALIDAD, Y MATERIAL ACADEMICO Catalogado en: naturaleza humana ,Sexo y Género: Definiciones

61. López H. El rol del adulto en la sociedad actual año 2014.
62. López R. definición del grado de instrucción, instituto de vasco estadística, 2010.
63. Andrade K. Que es el ingreso económico familiar, PERU 2017.
64. Lucia Cano, significado de la ocupación publicado el año 2012.
65. Robles M. Determinación del ingreso familiar. Encuesta integrada de hogares 2010.
66. Declaración Mundial sobre Educación para Todos 2010.
67. Vázquez J. la migración internacional como estrategia de reproducción familiar en la región oriente de tlaxcala.
68. Robles C, Perfil sobre asentamientos humanos Perú publicado en el año 2011.
69. Rosales R, revista peruana La iniciativa de vivienda saludable en el Perú Rev. Perú. med.exp. Salud publica v.25 n.4 Lima oct. /dic. 2010.
70. Torres J, que es vivienda capítulo I generalidades publicadas en el 2010 ed. Cultura.
71. Soto C. Tenencia de la tierra publicado en el 2011.
72. ONU “Declaración Universal de Derechos Humanos”. Artº 25 publicado en 2010.
73. Ramírez F, la familia: concepto, tipos y evolución enciclopedia británica en español, 2010.
74. Gómez A. Infraestructura comunitaria de la vivienda 2010.
75. García S. Déficit de Agua y Saneamiento Básico a Nivel Distrital, Lima, abril 2010.
76. Francisco Naranjo La problemática de la salud, en relación con las cocinas de leña en áreas rurales a nivel mundial año 2010.
77. Soto C, En su investigación titula Generación de Residuos y Desechos Sólidos Domiciliares publicado en el 2010.

78. Julca K, (Volumen I; II y III). Trabajos Técnicos del departamento de Medio Ambiente del Banco Mundial publicado en el 2011
79. López M. Consecuencias a futuro de cocinar en leña publicado en el 2010, Perú.
80. Herrera H. Función del recolector de basura publicado el 12 de agosto de 2013.
81. Quispe T, Adultos que se realizan examen médico de un Hospital en el Perú 2010.
82. Vidarte J. y col. actividad física: estrategia de promoción de la salud febrero 18 de 2011.
83. Zavala F, Los consumidores de cigarros en el Perú”2010
84. Norma técnica de salud “categorías de establecimientos del sector salud “resolución ministerial n° 546-2011/minsa.
85. OMS Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud 2010.
86. Julca P. Consumidores del tabaco publicado el 6 de setiembre de 2013.
87. González G. Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan nueva sonrisa dispensario santa francisca romana pontificia universidad javeriana facultad de ciencias carrera de nutrición y dietética Bogotá d.c. junio 7 de 2011.
88. Asmat C. El aumento de las carnes en Perú. Publicado 15 de julio del 2014.
89. Briceño L, Alimentación saludable, publicado en el 2010
90. Cano L. Alimentos en los adultos ed. Sabi, publicado en mayo del 2010.
91. Miñano J. Importancia de la carne para el consumo humano publicado en el 2011.
92. Montenegro S. Alimento Saludable Brasil Ed, Publicado en el 2010.
93. Gomero L, Puesto de salud y los profesionales en su atención Perú 2011 facultad de enfermería

94. Philipps F, Tipo de salud en el Perú y tipos de seguros Perú publicado en el año 2015
95. Gonzales Que es un puesto de salud 2010.ed pírrica noviembre.
96. Soto H. Definir establecimiento de salud, Colombia publicado 14 de enero 2010.
97. Palomar K, Definición sobre el seguro integral de salud 2010.
98. Paredes A, El tiempo de espera en los hospitales de Colombia 2013
99. Alcántara J, En su investigación titulada Calidad de atención en los hospitales de Perú 2010.
100. Corcuera R. Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: Agosto de 2013 Impreso en Lima, Perú Exploración en el contexto y orígenes del comportamiento trasgresor entre los jóvenes.
101. Gamboa E. La delincuencia la era de la globalización, Ed Porrúa 1° edición México, Abril 2010.
102. Gutiérrez E. tiempo de espera y su relación con la satisfacción de los usuarios en la farmacia centralde un hospital general de lima 2010.
103. Pinazo S, y Sánchez m, el apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores (universidad de valencia) capítulo 8, 2010.
104. Zapata I y Col .Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011 Rev. Salud pública
105. Arias C. (2013, dezembro). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. Revista Kairós Gerontologia, 16(4),“Dossiê Gerontologia Social”, pp.313-329. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil
106. Contreras D. Tisoc Internacional, apoyo social 16 de agosto del 2011

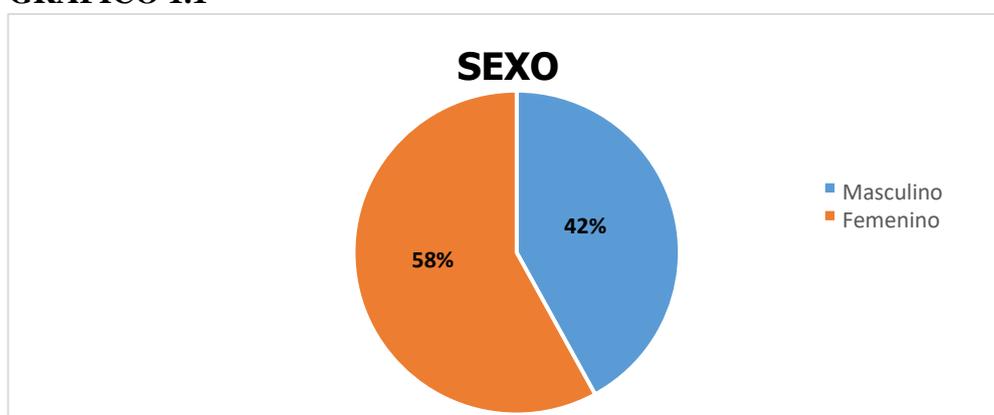
107. Muñoz A, Psicología Quito, El apoyo social y su influencia en los síntomas de trastorno de estrés postraumático con depresión en víctimas de desastres naturales. Proyecto de Investigación, 10 de Agosto de 2016.
108. González S,). 13.1.2 ¿Qué es el apoyo social? Retrieved publicado el 24 de noviembre del 2010, from OCW Universidad de Cantabria Web site:  
<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/cienciaspsicosocialesi/materiales/bloque-tematico-iv/tema-13.-el-apoyo-social1/13.1.2-bfque-es-el-apoyo-social>.

## ANEXO N° 1

### GRAFICO DE TABLA N° 1

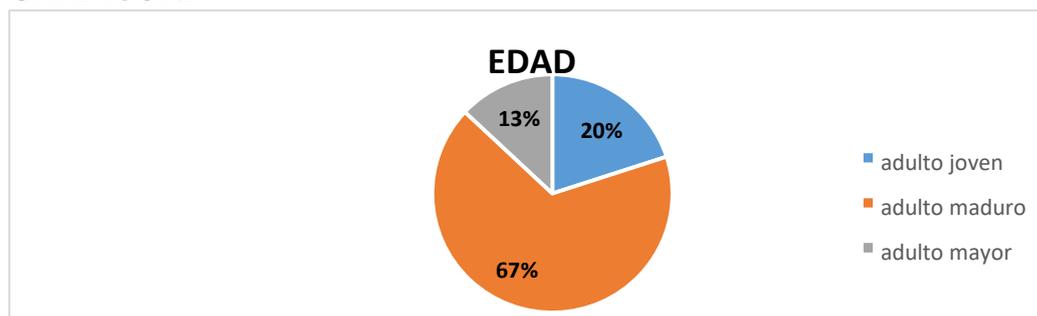
**DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE, 2016.**

**GRAFICO 1.1**



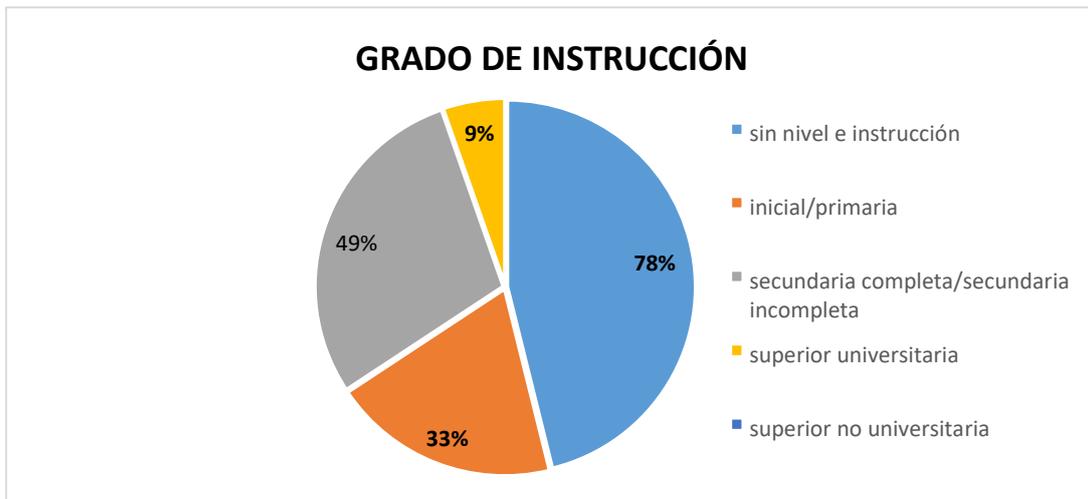
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016

**GRAFICO1.2**



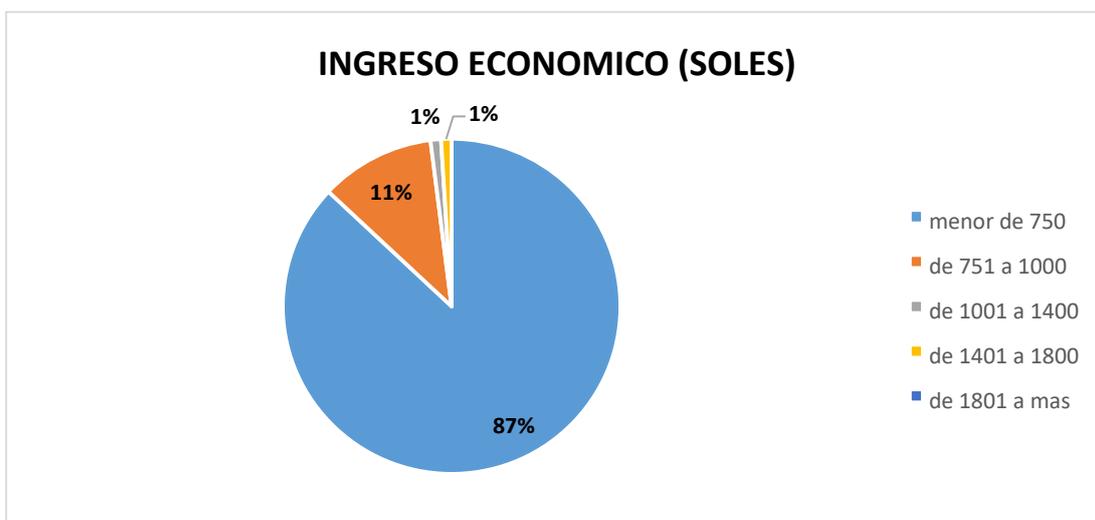
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**GRAFICO 1.3**



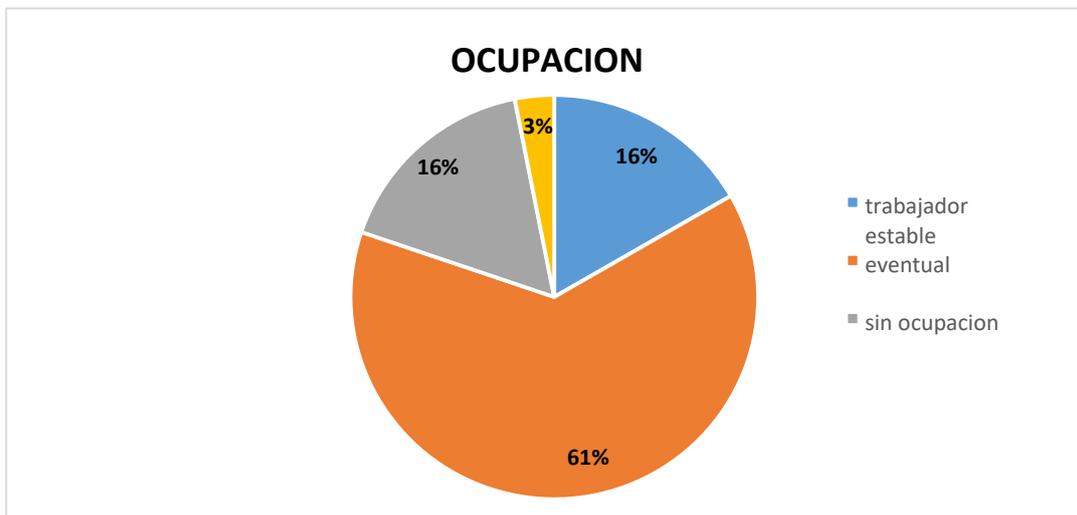
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**GRAFICO 1.4**



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**GRAFICO 1.5**

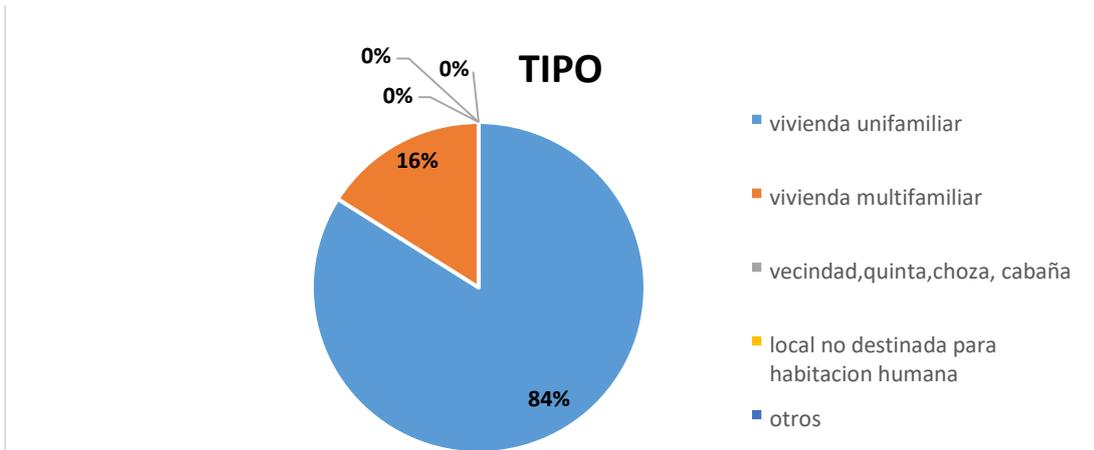


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**GRAFICO DE TABLA 2**

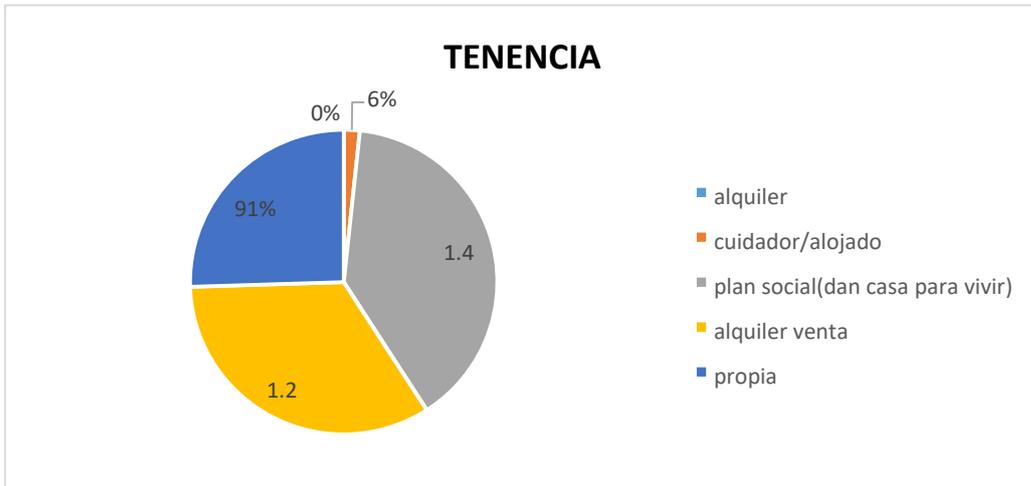
**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS - NUEVO CHIMBOTE, 2016.**

**GRAFICO 2.1**



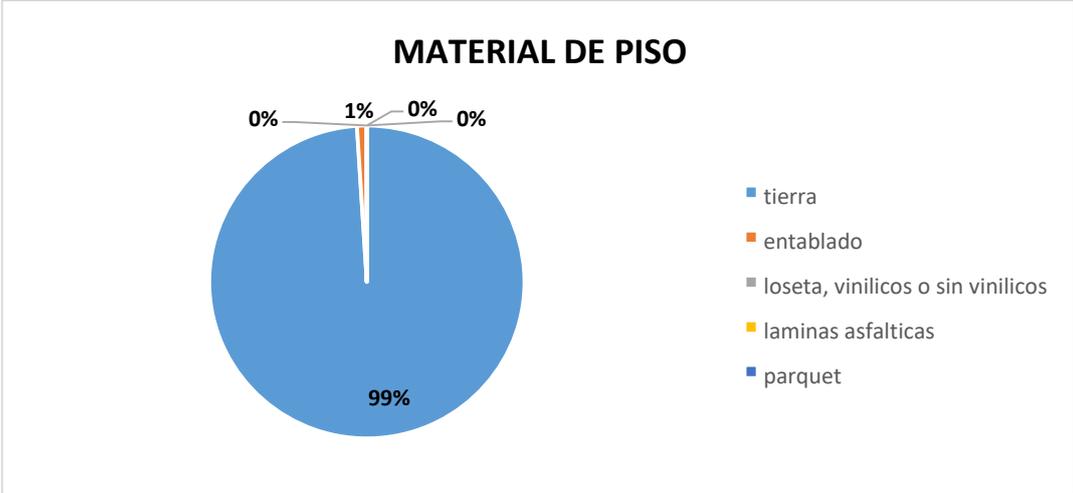
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**GRAFICO 2.2**



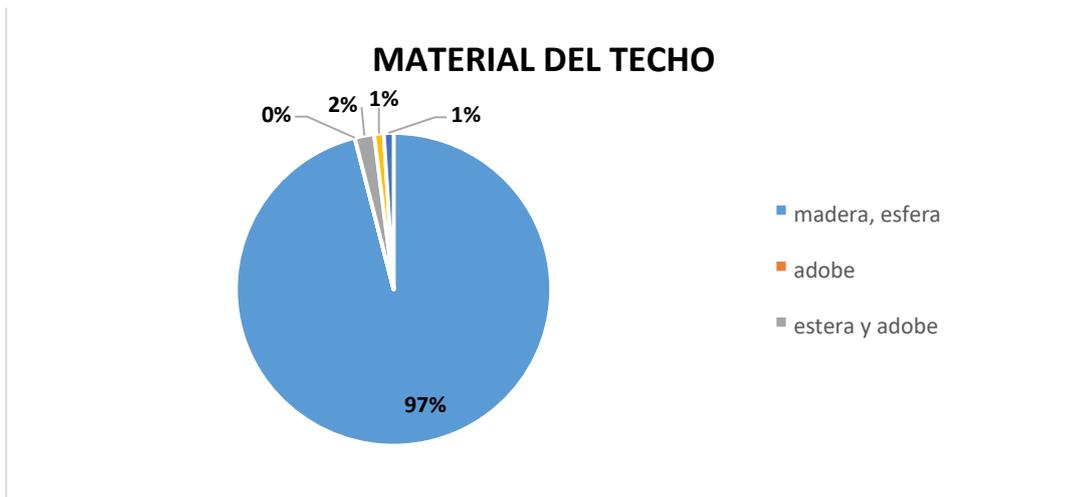
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**GRAFICO 2.3**



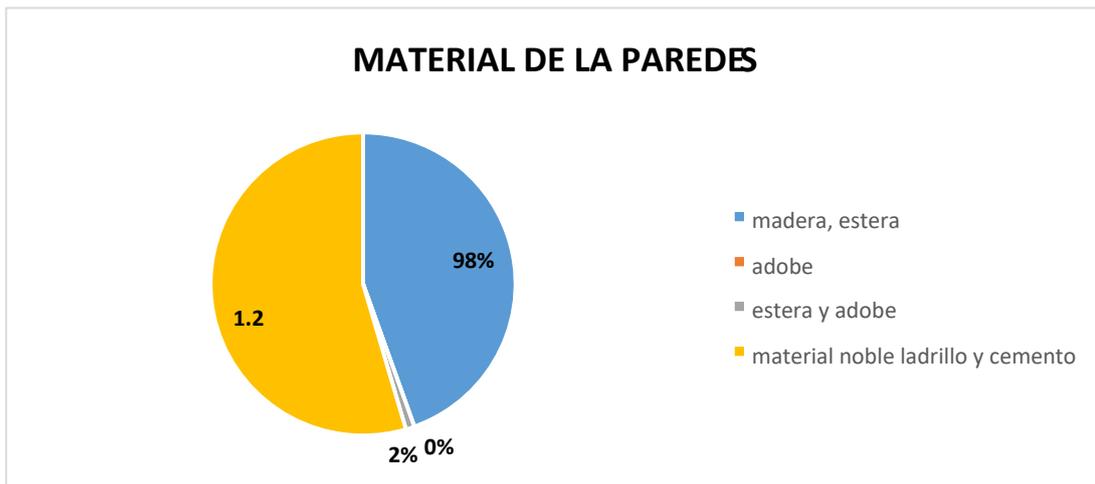
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**GRAFICO 2**  
**.4**



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**GRAFICO 2.4**

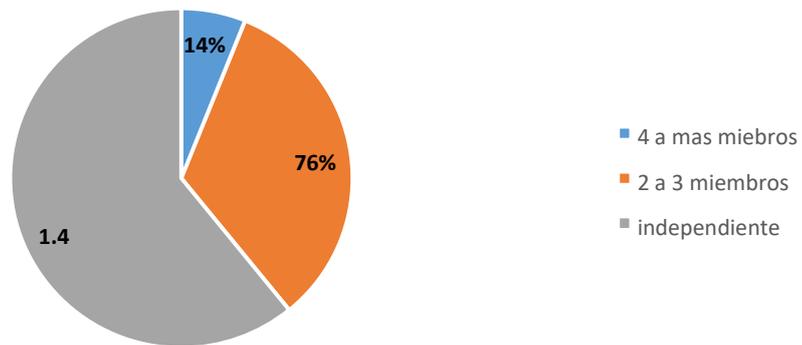


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

## GRAFICO 2

.5

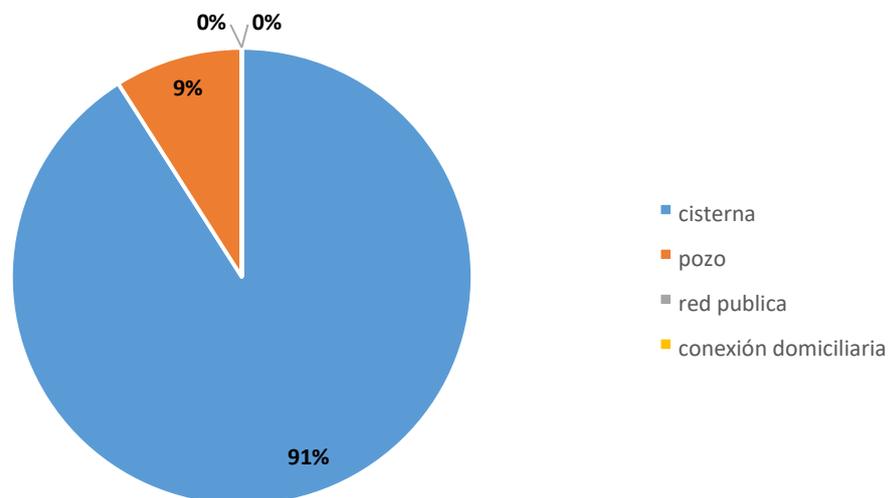
### NUMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACION



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

## GRAFICO 2.6

### ABASTECIMIENTO DE AGUA



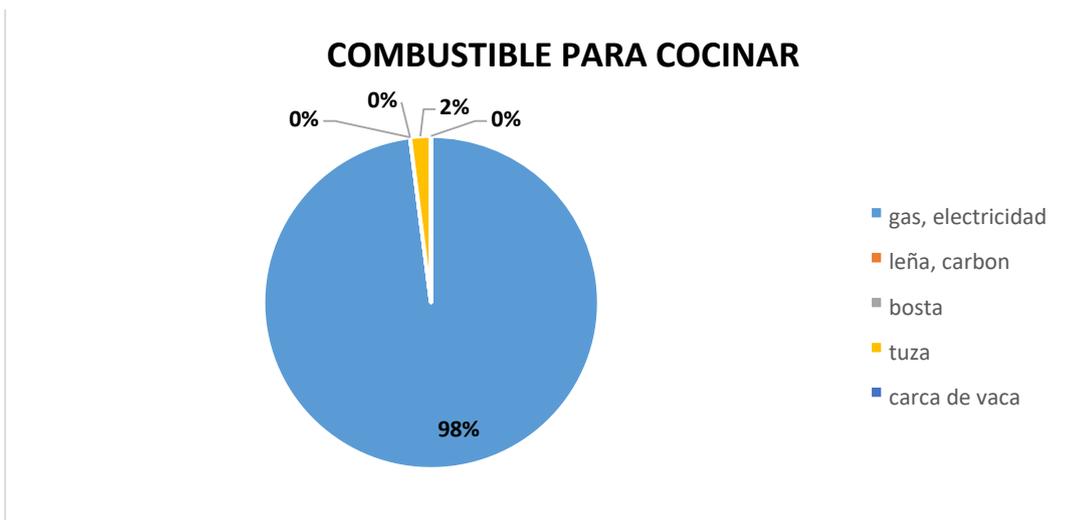
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

## GRAFICO 2

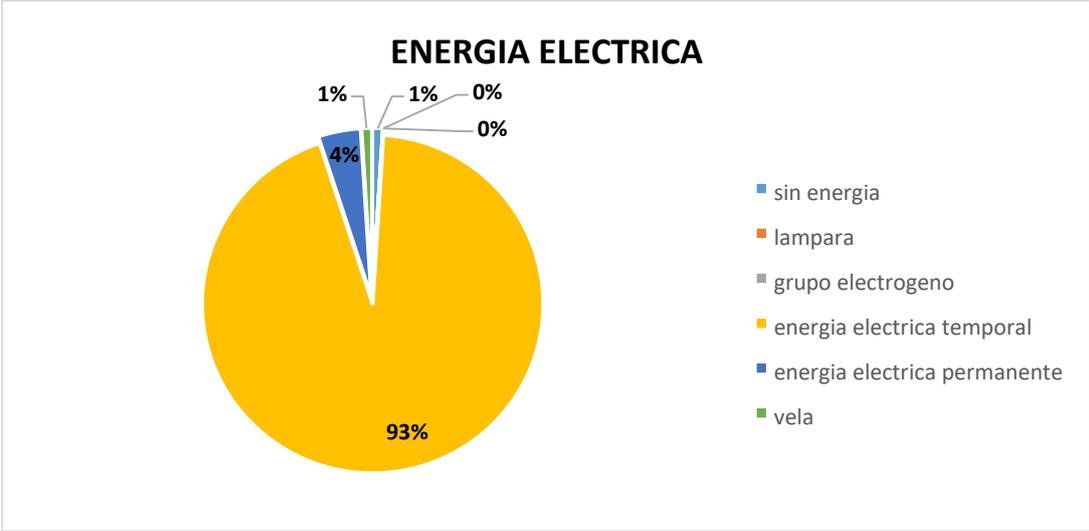
.7



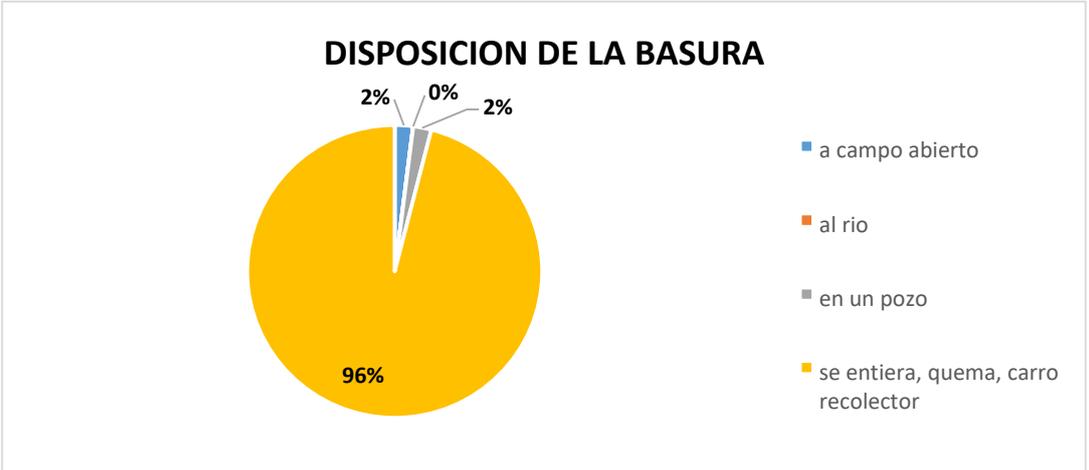
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

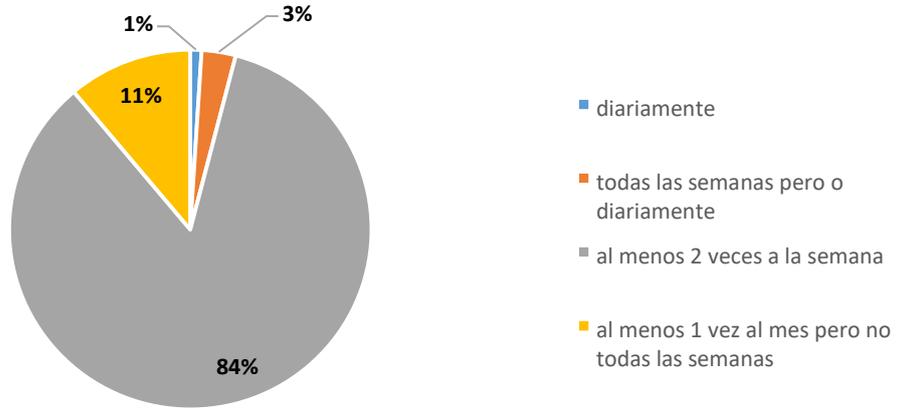


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.



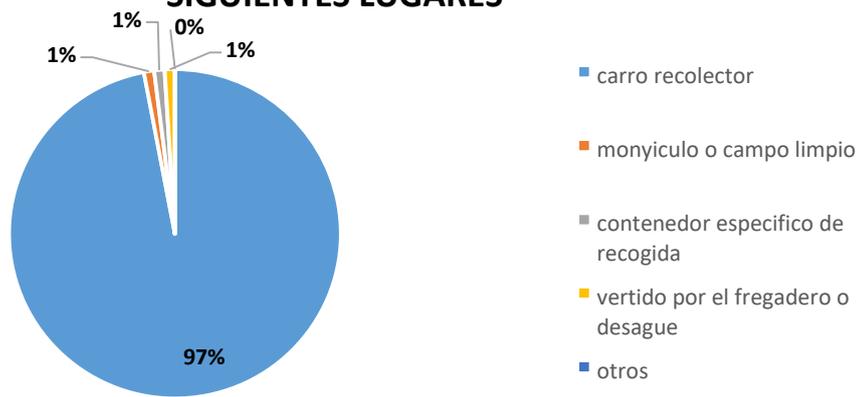
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

### FRECUENCIA CON QUE PASA RECOGIENDO LA BASURA POR SU CASA



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

### SUELE ELIMINAR SU BASURA EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES LUGARES

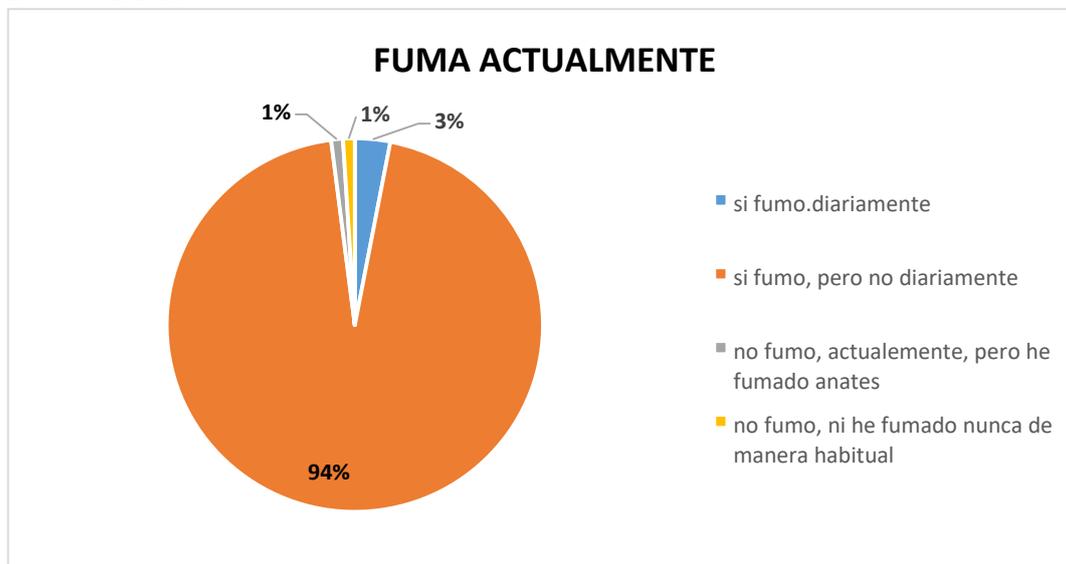


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

### GRAFICO N° 3

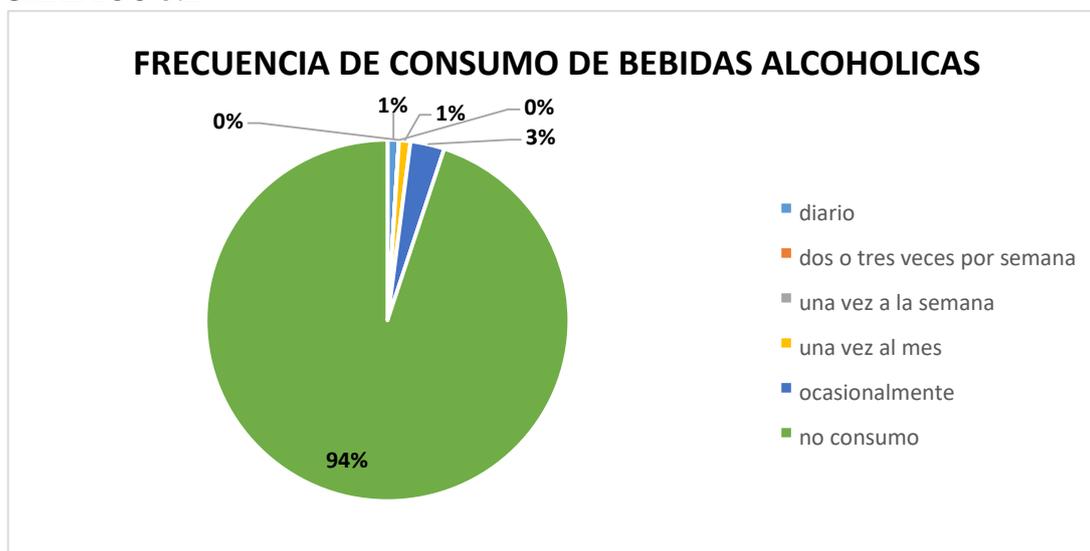
#### DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE, 2016.

GRAFICO 3.1



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

GRAFICO 3.2



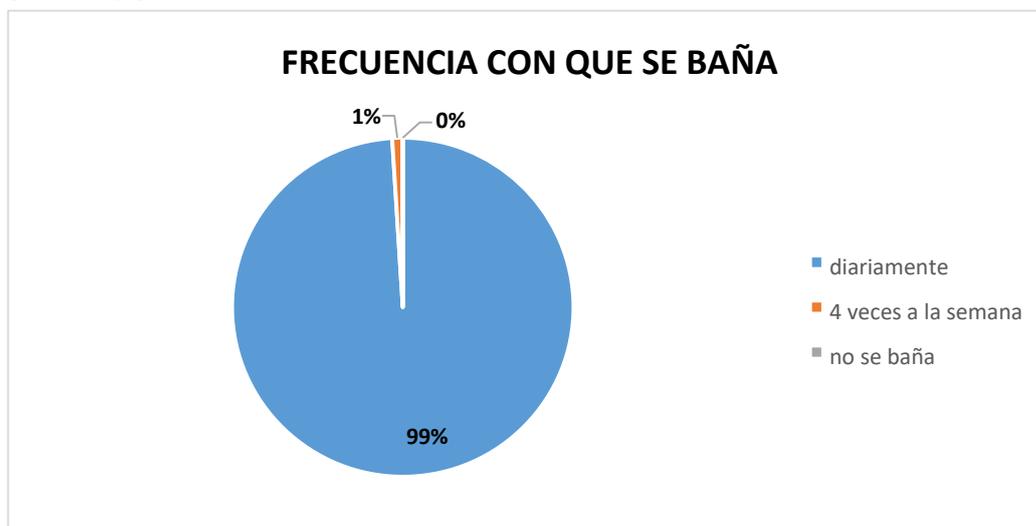
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**GRAFICO 3.4**



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**GRAFICO 3.5**



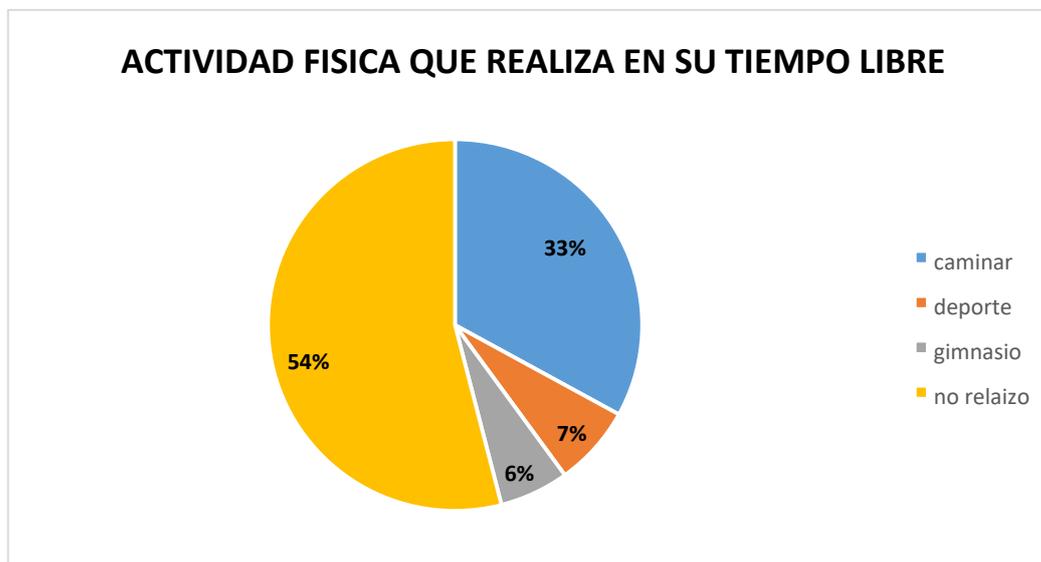
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**GRAFICO 3.6**



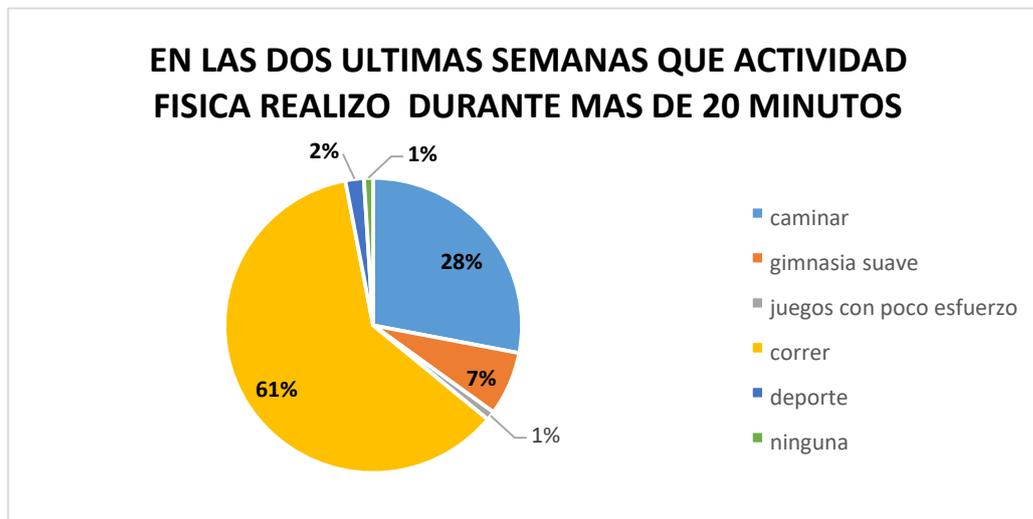
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**GRAFICO 3.7**



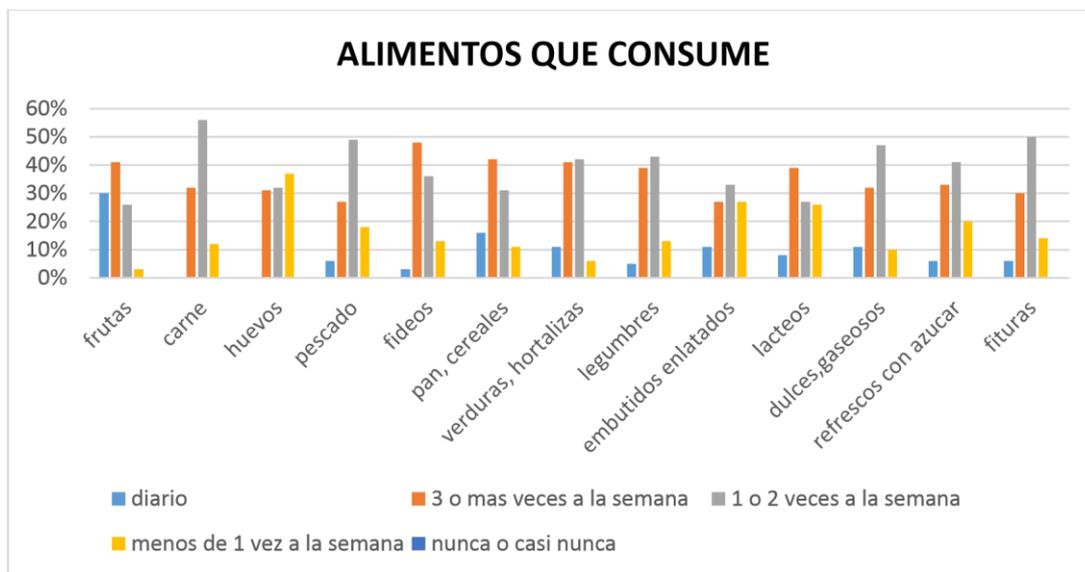
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**GRAFICO 3.8**



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**GRAFICO 3.9**

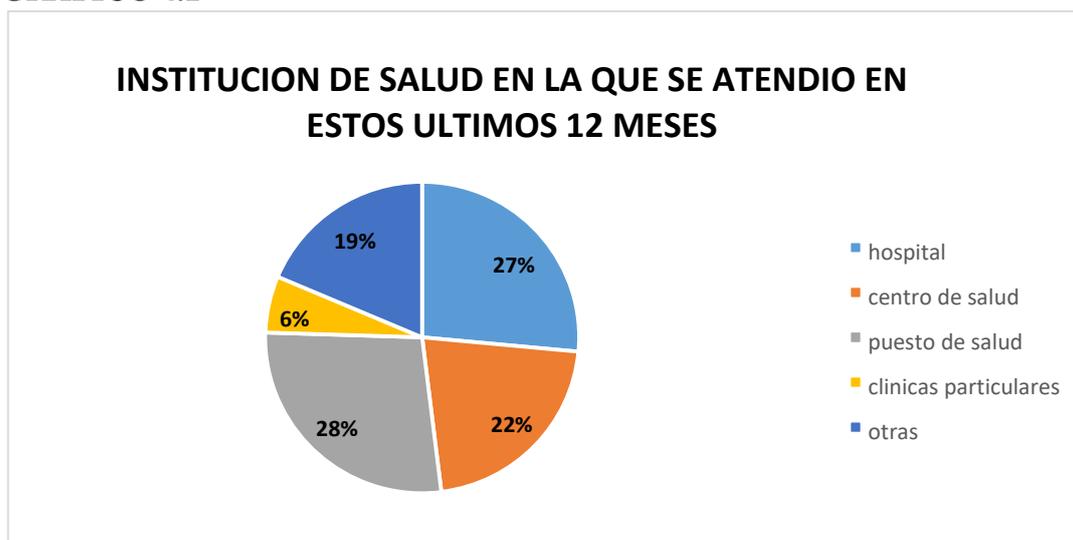


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

#### GRAFICO N° 4

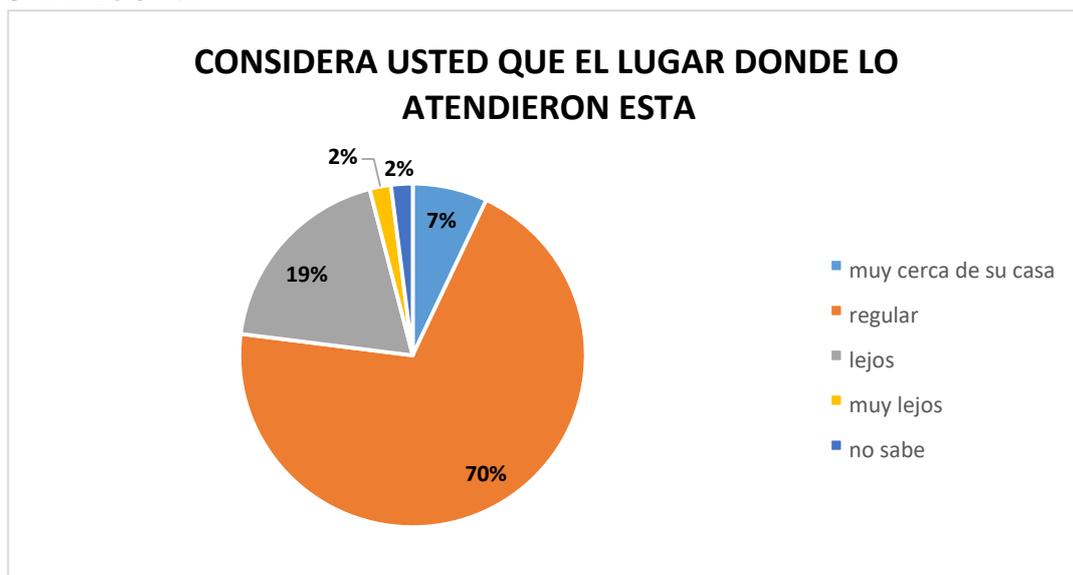
**DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS DEL  
ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE,  
2016.**

**GRAFICO 4.1**



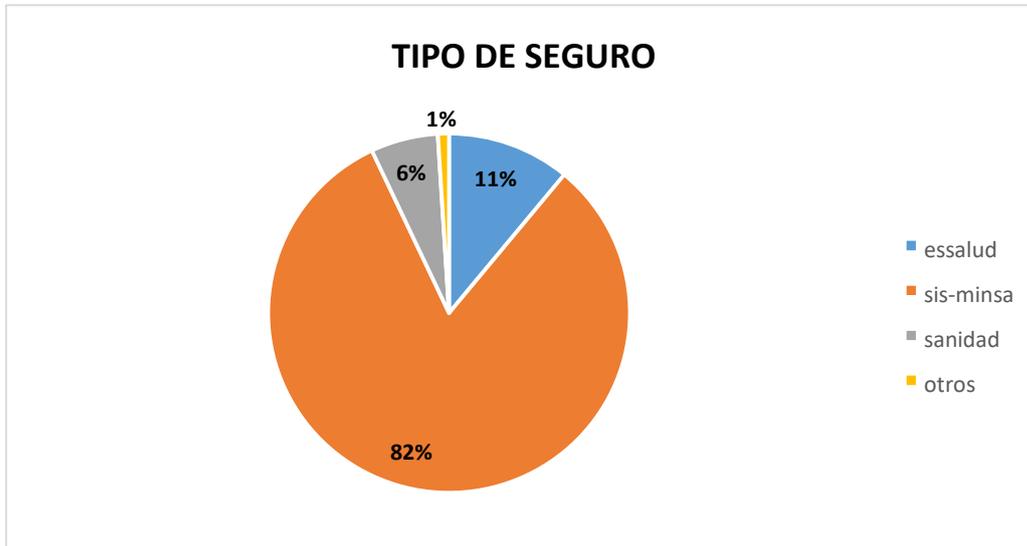
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**GRAFICO 4.2**



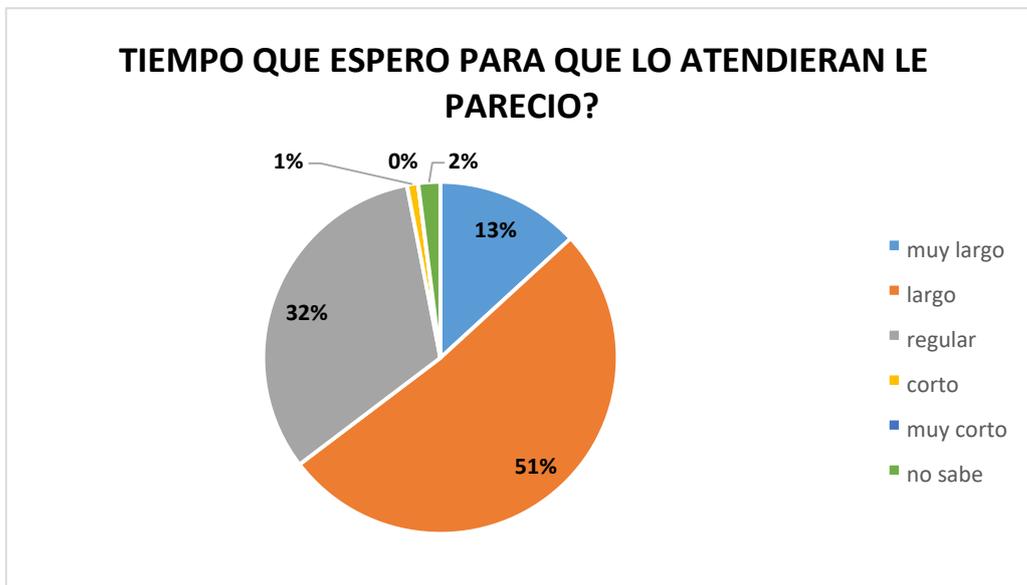
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**GRAFICO 4.3**



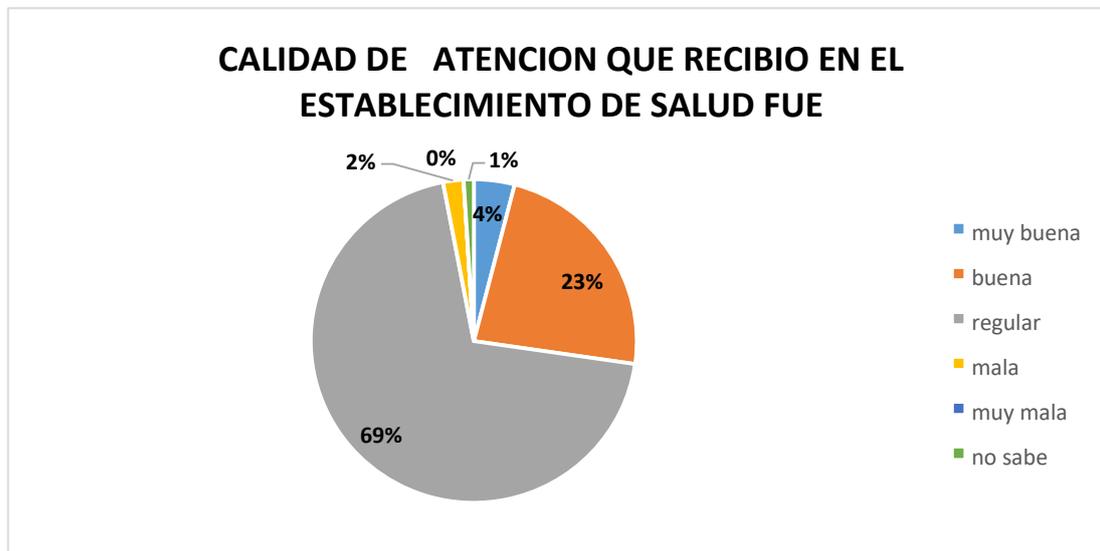
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**GRAFICO 4.4**



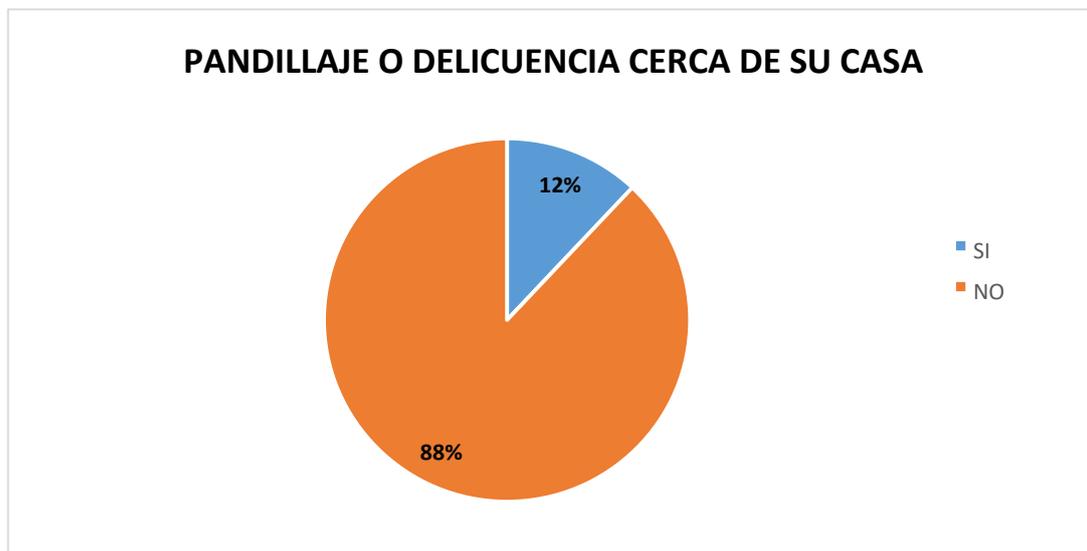
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**GRAFICO 4.5**



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

**GRAFICO 4.6**

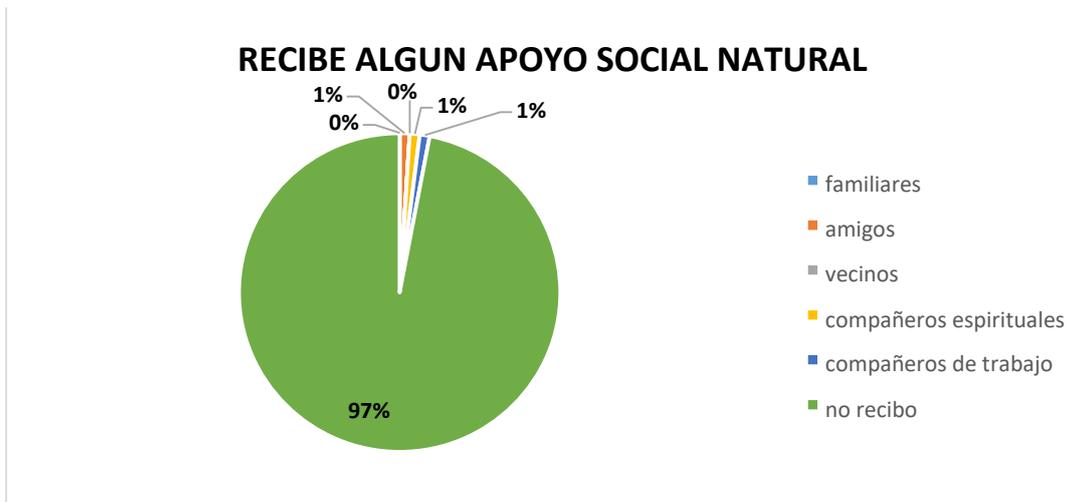


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

## GRAFICO N° 5

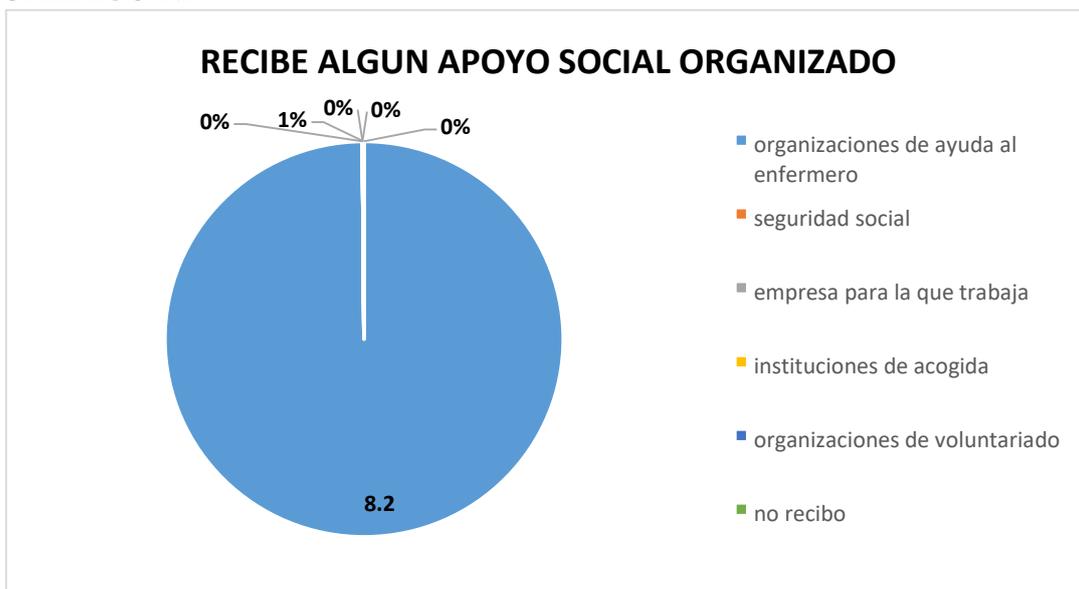
### DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE, 2016

GRAFICO 5.1



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

GRAFICO 5.2



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.

## GRAFICO 6.1

### GRAFICO N° 6

**DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIEN RECIBE APOYO EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN LUIS -NUEVO CHIMBOTE, 2016**



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos del Asentamiento Humano Jehová Jireh San Luis - Nuevo Chimbote, 2016.



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

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

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN  
ADULTOS. DEL ASENTAMIENTO HUMANO JEHOVA JIREH SAN  
LUIS-NUEVOCHIMBOTE, 2016**

Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María 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 ( )
- Enladrado ( )
- 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
<input type="checkbox"/> Fruta					
<input type="checkbox"/> Carne (Pollo, res, cerdo, etc.)					
<input type="checkbox"/> Huevos					

<input type="checkbox"/> Pescado					
<input type="checkbox"/> Fideos, arroz, papas.....					
<input type="checkbox"/> Pan, cereales					
<input type="checkbox"/> Verduras y hortalizas					
<input type="checkbox"/> Legumbres					
<input type="checkbox"/> Embutidos, enlatados					
<input type="checkbox"/> Lácteos					
<input type="checkbox"/> Dulces, gaseosas					
<input type="checkbox"/> Refrescos con azúcar					
<input type="checkbox"/> 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 ( )

*Muchas gracias, por su colaborac*

## 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 en adolescentes de 12 a 17 años en el Perú** desarrollado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en adolescente de 12 a 17 años.

#### **EVALUACIÓN CUANTITATIVA:**

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

Giacobbi, 2004).

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

Dónde:

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

$l$  : Es la calificación más baja posible.

$k$  : Es el rango de los valores posibles.

### **Procedimiento llevado a cabo para la validez:**

1. Se solicitó la participación de un grupo 10 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada uno de los expertos la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS EN EL PERÚ”.
3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
  - esencial?
  - útil pero no esencial?
  - no necesaria?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla 1)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 10 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla 2)

**Tabla 1**

**V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud en adolescentes de 10 a 19 años en el Perú.**

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

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

12 a 17 años de edad en el Perú.

### **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 (36)



**TABLA 2**

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

N <sup>o</sup>	Expertos consultados										Sumatoria	Promedio	n (n <sup>o</sup> 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	Experto 10					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000

<b>6.1</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
<b>6.2</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
<b>6.</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000

<b>3</b>															0
<b>6.4</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
<b>6.5</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
<b>6.6</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
<b>7</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
<b>8</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
<b>9</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
<b>10</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
<b>11</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
<b>12</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000

<b>13</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>14</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>15</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>16</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>17</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0

<b>18</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>19</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>20</b>	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,95 0
<b>21</b>	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,95 0
<b>22</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>23</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>24</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>25</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0

<b>26</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>27</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>28</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>29</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>30</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>31</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>32</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
															0
<b>33</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>34</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>35</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>36</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>37</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0

<b>38</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,00 0
<b>Coefficiente de validez del instrumento</b>															0,99 8

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL  
DE ENFERMERÍA FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO  
SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL  
ADOLESCENTE DE 12 A 17 AÑOS EN EL 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
<b>4 DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO</b>								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P3.1								

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

Comentario:									
P8									
Comentario:									

P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
<b>5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA</b>									
P14									
Comentario:									
P15									

Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentario:									
P18									

Comentario:									
P19									
Comentario:									
P20									
Comentario:									
P21									
Comentario:									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									

Comentario									
P25									
Comentario									
P26									
Comentario									
P27									
Comentario									
P28									
Comentario									
<b>6 DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIA</b>									
P29									
Comentario									
P30									
Comentario									
P31									
Comentario									
P32									
Comentario									
P33									
Comentario									
P34									
Comentario									
P35									
Comentario									
P36									
Comentario									

P37									
Comentario									
P38									
Comentario									

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

*Gracias por su colaboración*



**ANEXO 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 ADOLESCENTES  
DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA  
JURISDICCION DE LA RED PACIFICO NORTE, 2016**

Yo,.....acepto

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

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

**FIRMA**

.....