



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Determinantes de la salud de los adultos mayores en el Centro de
Salud Candungos – Amazonas**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Ruiz Morales, Alberto Guillermo (ORCID: 0000-0002-0321-2741)

ASESORA:

Dra. Rivera Castañeda, Patricia (ORCID: 0000-0003-3982-8801)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Políticas de los servicios de salud

CHICLAYO – PERÚ

2021

Dedicatoria

A mi esposa e hija, por su comprensión, tolerancia y paciencia para poder llevar adelante mi proyecto de estudio, que cedieron su tiempo para que pueda alcanzar mi meta personal a otro emprendimiento más de familia.

Alberto Guillermo

Agradecimiento

A Dios por darme la fortaleza y sabiduría para emprender este valioso trabajo de investigación.

A mis maestros que me brindaron su conocimiento y apoyo para seguir adelante.

A mi equipo de trabajo del Centro de Salud Candungos, por brindarme su apoyo de manera incondicional, y así finalmente terminar con mi investigación.

Autor

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	14
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	14
3.2. Variables y operacionalización.....	15
3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	16
3.5. Procedimiento.....	17
3.6. Método de análisis de datos.....	18
3.7. Aspectos éticos.....	18
IV. RESULTADOS.....	19
V. DISCUSIÓN.....	32
VI. CONCLUSIONES.....	39
VII. RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS.....	41
ANEXOS.....	48

Índice de tablas

Tabla 1	Determinantes Biosocioeconómicos de los adultos mayores - Centro de Salud Candungos.....	19
Tabla 2	Determinantes Biosocioeconómicos - Relacionados con la vivienda.....	20
Tabla 3	Determinantes Biosocioeconómicos - Relacionados con la vivienda.....	22
Tabla 4	Determinantes de los estilos de vida de los adultos mayores.....	24
Tabla 5	Determinantes de los estilos de vida de los adultos mayores. Según Dieta.....	26
Tabla 6	Determinantes de redes sociales según apoyo social natural y organizado.....	28
Tabla 7	Determinantes de redes sociales según apoyo social de las organizaciones del Estado.....	29
Tabla 8	Determinantes de apoyo comunitario de los adultos mayores.....	30

Resumen

La investigación tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud de los adultos mayores en el Centro de Salud Candungos - Amazonas, 2021. El tipo de estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La población estuvo constituida por los adultos mayores que acuden al establecimiento, 83 adultos mayores. Se calculó la muestra mediante muestreo probabilístico aleatorio simple resultando 51 adultos mayores. Se aplicó un cuestionario, técnica la entrevista. Los datos fueron procesados en el programa Microsoft Excel, y en programa estadístico IBM SPSS Statistics 24.0. con el fin de analizar mediante la estadística descriptiva. Se concluye, los determinantes biosocioeconómicos: 51% es género masculino, 100% ingreso económico “Menor a 750 soles”, 60.8% son trabajadores “eventuales”, 62.7% presenta vivienda Unifamiliar, 76.5% abastece de agua en acequia, 70.6% cocina con leña, 74.5% entierra o quema su basura; los determinantes de estilos de vida: 41.2% no consume con frecuencia bebidas alcohólicas, 60.8% duerme “08 a 06 horas”, 54.9% consume “diario” fideos, arroz y papas; los determinantes de redes comunitarias: 49% recibe apoyo social por familiares, 100% no recibe apoyo social organizado, 100% recibe atención en el Centro de Salud, 100% tiene seguro SIS – MINSA, 62.8% su calidad de atención es regular.

Palabras clave: Determinantes de la salud, adulto mayor, estilos de vida, redes comunitarias, biosocioeconómicos

Abstract

The objective of the research was to describe the determinants of the health of the elderly in the Candungos Health Center - Amazonas, 2021. The type of study is quantitative, descriptive, cross-sectional. The population was made up of the elderly who attend the establishment, 83 older adults. The sample was calculated by simple random probability sampling, resulting in 51 older adults. A questionnaire was applied, the interview was technical. The data were processed in the Microsoft Excel program and in the IBM SPSS Statistics 24.0 statistical program. in order to analyze using descriptive statistics. It is concluded, the biosocioeconomic determinants: 51% is male gender, 100% economic income "Less than 750 soles", 60.8% are "temporary" workers, 62.7% have a single-family home, 76.5% supply water in irrigation ditch, 70.6% kitchen with firewood, 74.5% buries or burns their garbage; the determinants of lifestyles: 41.2% do not frequently consume alcoholic beverages, 60.8% sleep "08 to 06 hours", 54.9% consume noodles, rice and potatoes "daily"; the determinants of community networks: 49% receive social support from relatives, 100% do not receive organized social support, 100% receive care at the Health Center, 100% have SIS - MINSA insurance, 62.8% indicate the quality of care is Regular.

Keywords: Determinants of health, elderly, lifestyles, community networks, biosocioeconomic

I. INTRODUCCIÓN

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, conceptualiza a los Determinantes de la Salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (OMS, 2008, p.03).

En América Latina y el Caribe, el envejecimiento es paulatino, y esta realidad sucede de manera generalizada en los países de esta región. Cuba muestra un índice de envejecimiento de 18.7% y se pronostica que para el año 2025 trascienda el 24%. Esto se debe a la situación biosocioeconómica (OPS, 2010, párr.15). Así mismo Pérez (2019), señala que el 70% de salud – enfermedad se debe a causas directas como del medio ambiente y hábitos de vida, y que el 30% a causas genéticas (p.45). El envejecimiento no viene determinado genéticamente (Mora, 2009, p.17).

En estudios realizados en Perú se observó que, en los Departamentos de Huancavelica, Apurímac, Huánuco y Amazonas, vivían para el año 1993 altos porcentajes de adultos mayores desnutridos (50%) cuyo ingreso económico es mínimo (González, 2015, p.08). En los adultos mayores de la Región Amazonas (en total 92,343) registrados en el 2015; las principales causas de morbilidad fueron: Infecciones respiratorias 12.9%, Enfermedades hipertensivas 8.9%, enfermedades del estómago, esófago y duodeno 7.3%, infección intestinal 2.9% (Bustamante, 2015, p.98).

Las personas adultas mayores de 60 años están dentro de la categoría vulnerable frente a la nueva pandemia SARS-CoV-2 (COVID-19), sobre todo aquellas que sufren enfermedades crónicas. Es por ello que se debe determinar los factores causales de una enfermedad, y así sean menos susceptibles a las afecciones de patogenicidad y virulencia de un microorganismo.

La localidad del Centro de Salud Candungos, Distrito “Río Santiago”, es una de las zonas consideradas de extrema pobreza, con la creciente DCI – ANEMIA,

siendo invadida por VIH – SIDA, no tiene servicios básicos la gran mayoría de las comunidades que se ubican a la rivera del RIO SANTIAGO, el 99% no cuenta con agua entubada, 100% de viviendas no cuenta con desagüe, el 99.9% no cuenta con electricidad, el 85% se dedica a la agricultura, el 5% tiene trabajo independiente (negocio, oficios y otros), el 10% son trabajadores dependientes (entidad pública o privada), lo que amenaza la salud de todos sus pobladores (Municipalidad Distrital de Río Santiago, 2019, p. 16).

El Centro de Salud Candungos, perteneciente a la Red de salud Condorcanqui, de la Dirección Regional Amazonas, se ubica en el caserío de Candungos, Distrito Río Santiago Provincia de Condorcanqui – Departamento de Amazonas, declarado con Oficio N° 317-2017-GR. AMAZONAS/DRSA-DESP-DSS, de fecha 13 de Setiembre de 2017. Resolución 1339 de 2017 [Gobierno Regional de Amazonas].

Frente a lo anteriormente sustentado, se plantea el siguiente problema: ¿Cuáles son los determinantes de la salud de los adultos mayores en el Centro de Salud Candungos – Amazonas, 2021?

Se justifica realizar la investigación por que genera conocimiento a la literatura del campo de la salud. Permitiendo ello facilitar en el control de problemas sanitarios y en estrategias de prevención.

El presente estudio es indispensable para el Centro de Salud Candungos, porque contribuye a evaluar las deficiencias de las necesidades básicas en la Salud en este importante periodo de vida, y disminuir las causas externas. Permitiendo favorecer al MINSA con información de la comunidad.

De igual manera la presente investigación contribuye para futuras investigaciones, con una mayor población; y en donde se realice una investigación a nivel de Región Amazonas.

Por lo consiguiente, se planteó el Objetivo General: Describir los determinantes de la salud de los adultos Mayores en el Centro de Salud Candungos - Amazonas, 2021. Y los Objetivos Específicos, siguientes: Identificar los determinantes biosocioeconómico de los adultos mayores en el Centro de Salud Candungos – Amazonas, 2021. Identificar los determinantes de los estilos de vida de los adultos mayores en el Centro de Salud Candungos – Amazonas, 2021. Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos mayores en el Centro de Salud Candungos – Amazonas, 2021.

II. MARCO TEÓRICO

Hincapié, S y Muñoz, D. (2018) en su tesis de investigación realizado en Medellín, efectuaron una investigación de enfoque cuantitativo, observacional y descriptivo, con diseño transversal en 158 adultos de 60 años a más, seleccionados por conveniencia. La medición de actividad física se realizó por medio de una encuesta cara a cara para obtener datos sociodemográficos. El 69,62% de la población reportó vivir acompañado (casado o en unión libre). Respecto al nivel de escolaridad alcanzado, se encontró que para el 44,30% de la población de estudio, su formación fue básica primaria o menos (ninguna). El 51,90% de los adultos mayores reportó no estar recibiendo ningún tipo de pensión. Además, se reportó que el 81,65% de la población no tenía un empleo actual.

Sánchez, R. (2018) en un estudio tesis de maestría realizado en México de tipo no experimental transversal, cuyo método de muestreo fue por conveniencia, se maneja la asistencia de los Adultos Mayores en la Casa del Día. El rango de edad es de 60 a 92 años, integrada por 203 individuos. El instrumento es la escala GENCAT. Se concluye, el 95% cuenta son seguro social, el 31% se atiende por IMSS, y el 9% tiene ISSSTE.

Villegas, B. (2017) en su tesis de maestría realizada en Venezuela efectuó un estudio de tipo descriptivo, transeccional. Se usó una muestra de 83 adultos mayores de ambos géneros. Se utilizó un cuestionario y la entrevista estructurada como instrumento. Resultado: El 47% recibió atención médica en el puesto más próximo a su casa. El 72.3% opinan no recibir atención de forma voluntaria y planificada en su puesto más cercano. Se concluye que la población adulta mayor tiene la menor probabilidad de acceder a las atenciones de servicios de salud y mayor probabilidad de vulnerabilidad.

Sanchez, D. (2017) en su tesis realizado en Colombia, de tipo descriptivo transversal, cuantitativo. La muestra lo conformó 328 adultos mayores con padecimientos crónicas causales de discapacidad, el instrumento de medición fue mediante un cuestionario de preguntas. Resultado: El 65.24% del género femenino

tienen mayor morbilidad y comorbilidad, mayor analfabetismo, menor nivel educación técnica, mayor estado civil viudez y ocupación hogar. El 84,45% indican no presentar barreras en el acceso al servicio de salud.

Carmona, S. (2016) en su tesis de investigación realizado en México, de diseño prospectivo, no experimental, transversal. Conformada por el rango de edad 70 a 104 años o más, realizado en 549,9 individuos. El instrumento utilizado fue un cuestionario y como técnica la entrevista. Resultados: El 70.7% son mujeres y el 29.3% hombres. El 47% de la población eran casados, el 43% eran viudos, el 7% restante divorciados o solteros. El 67% cuenta con servicio médico. El 8% trabajaba, el 3% recibía pensión económica, el 11% recibe apoyo económico por su familiar, el 82% vive con su familia y el 85% tiene casa propia. El 73% señala actividad habitual.

Teyssier, M. (2016) en su tesis doctoral, realizado en México, estudio no experimental, cuantitativo. Se utilizó como instrumento: CASP-12 para la calidad de vida. El rango de edad fue 66 - 76 años. Resultado: El 27.6% convive con su conyugue. El 26.3% su ingreso económico oscila entre \$1,500.00 y \$1,900.00, el 24.8% trabaja. El 22.8% se dedican a las labores del hogar (60-65 años). El 33.3% tiene escolaridad primaria. El 22.6% viven con su conyugue. El 59.6% nunca se sienten excluidos de los que ocurre en su entorno (59.6%).

Llanga, F. (2016) en tesis de investigación realizada en Riobamba (Ecuador). Se utilizó la entrevista para la recolección de datos y un cuestionario. La población estuvo conformada por 89 adultos mayores. Resultado: El 46% considera que la actividad física mejora la salud mental y física, el 35% indica sólo a veces, el 19% indica que su actividad física no determina su salud. Se concluye: La Actividad Física es determinante de la población anciana, porque mejora las capacidades Coordinativas.

Orrego, S. (2016) en su tesis de investigación realizado en Huesca (España). Estudio descriptivo transversal. La muestra fue obtenida por conveniencia, conformado por 31 adultos mayores. El instrumento utilizado fue un cuestionario y

la técnica fue la entrevista. Resultado: 84.4% es género femenino. El 16.1% indica educación primaria incompleta, el 54.8% indica educación primaria completa, el 19.4% educación secundaria, el 9.7% indica bachillerato. El 53.1% es casado, el 31.3% viudos. El 6.3% indica estar separados, un 6.3% divorciados y solamente el 3.1% son solteros. El 67.7% indica vivir con su conyugue. Se concluye: Conocer el nivel de actividad física y el sedentarismo, es útil para la planeación de estrategias orientadas a cambiar dichas conductas.

Tantaleán, A. (2020) en su tesis de investigación, realizado en Tarapoto (Perú), de enfoque cuantitativo no experimental, descriptivo, transversal, la muestra fue 40 adultos mayores, con rango de edad de 60-70 años, el instrumento utilizado fue la Escala de "Estilo de Vida", modificado por las autoras de la presente investigación de la fuente original Walker, Sechrist y Pender, en 1990. Resultados: el 57.5% sexo masculino, el 66.5% son no letrados, el 67.5% son agricultores, el 57.5% tienen de 1 a 3 hijos, El 85,0% tienen estilos de vida no saludables, y sólo el 15% presentan estilos de vida saludables. En la dimensión de alimentación, el 28% se encontró con un estilo de vida no saludable. En la dimensión de actividad y ejercicio, el 24% no presentaban un estilo de vida saludable.

Cereceda, F. (2019) en su tesis de investigación, realizado en el asilo Santa Luisa de Marillac, ubicado en Guatemala. Tipo descriptivo transversal. La muestra la conformó 53 adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión. La técnica fue la entrevista y el instrumento utilizado fue un cuestionario relacionado a los factores nutricionales y socioeconómicos. Resultado: el 37.7% indica un mal estado nutricional, el 45.4% indica un estado nutricional satisfactorio, el 90% indica consumir alimento saludable. Se concluye que los aspectos socioeconómicos, determinan el estado nutricional.

Águila, S. (2019) en su artículo de investigación realizado en Chimbote, de tipo descriptivo transversal, muestra: 662 adultos mayores, instrumento: cuestionario, técnica: entrevista y observación. El 40% tiene escolaridad inicial y primaria. El 53% tiene ingreso económico menor de 750 soles, el 40% manifiesta trabajo eventual. El 68% tiene vivienda multifamiliar, el 86% tiene casa propia, el

29% tiene piso de láminas asfálticas, el 66% tiene techo construido con material noble, ladrillo y cemento, el 71% tiene paredes de adobe, el 56% comparten habitación. Así mismo el 97% tiene conexión domiciliaria para suministro de agua, el 99% cuenta con baño propio, el 97% cocina a gas, el 98% cuenta con energía eléctrica permanente, el 99% excreta su basura en carro recolector.

Wong, J. (2018) en su tesis de investigación realizado en Huacho, tipo cuantitativo, descriptivo. La muestra conformada por 135 adultos mayores del "Club del Adulto Mayor". Un cuestionario como instrumento, elaborado por Vílchez Reyes María. Resultado: Del 100% (135); el 68,1% es género femenino; el 43,7% presentan educación inicial/primaria, el 95% indica un ingreso económico menor a 1000, y el 60% no tiene ocupación, el 14.8% cuenta con trabajo eventual, y el 20% son jubilados.

Chavez, T. & Diaz, B. (2017) en su tesis de investigación realizada en Celendín, tipo cuantitativo descriptivo, la muestra constituida por 190 individuos, se aplica como instrumento un cuestionario (realizado por su propia autoría) y la técnica la entrevista. Resultado: El 62,7% son de sexo femenino, el 66,1 tiene trabajo eventual, el 56,4% educación incompleta, el 57,2% posee ingresos menores a 750 soles. Tipo de vivienda: el 70% unifamiliar, 74% vivienda propia, 71,2% tiene piso de tierra, 76% comparten habitación con 2 o 3 miembros, el 100% desechan su basura en carro recolector.

Tito, Y. (2017) en su tesis de investigación, diseño no experimental, descriptivo, analítico, muestra integrada por 109 adultos mayores del distrito de Coasa (Puno). Se utilizó la entrevista para la recopilación de datos y como Instrumento un Cuestionario. Resultado: el 83.49% realiza caminatas, el 72.48% consume de agua diario; el 63.30% consume alimentos ricos en proteína, el 69.72% consume de sal; el 49.54% consume plátano, el 75.23% consume frutas y verduras, el 63.30% consume café, el 37.61% consume coca. En relación a la calidad de vida; El 57.80% es baja, el 38,53% es regular; y el 3,67 es buena.

Hipólito, R. (2016) en su tesis de investigación, realizado en Chimbote, tipo cuantitativo, descriptivo. La muestra constituida por 100 adultos mayores, Instrumento: Cuestionario, Técnica: la entrevista y observación. Resultados: El 67% son género femenino; el 49% tienen estudios inicial/primaria; el 65% su ingreso es menor a 750 soles, el 65% tiene trabajo eventual. En relación a su vivienda: El 78% tiene vivienda unifamiliar, el 98% tiene casa propia, el 82% tiene piso de loseta, vinílicos o sin vinílicos, el 60% es de eternit, el 54% cuenta con habitación independiente y el 100% cuenta con abastecimiento de agua y eliminación de excretas, el 100% utiliza gas.

El presente informe de investigación está basado en las teorías propuestas por Dahlgren y Whitehead del año 1991, siendo el modelo más utilizado hasta la actualidad por desarrollar claramente los factores o determinantes de la salud (Comisión de determinantes de la Salud, 2006, p.12, como citado en Caballeros, 2012, p.03). El cual será utilizado para desarrollar la presente investigación de los adultos mayores en el Centro de Salud Candungos, Amazonas.

“El año 2020 es el inicio de la Década del Envejecimiento Saludable, este año se subraya la importancia de que los gobiernos regionales y locales, en conjunto con la sociedad civil, trabajen juntos, es decir en sentido de gobernanza, para optimizar la salud pública y privada de la sociedad, y que las personas de tercera edad, y la comunidad luchen frente a la discriminación basada en la edad y el estigma” (OPS, 2020, párr.4).

La OMS, define que la edad del adulto mayor inicia desde los 60 años, ya que se manifiesta debilidad funcional en el organismo, entre ellas, dificulta para la audición, visión y movilidad; todas se relacionan con el incremento de edad (OMS, 2011, p 17). Las Naciones Unidas consideran anciano a los mayores de 60 años para los estados en proceso de desarrollo como Perú, y de 65 años para los estados desarrollados.

En Estados Unidos se pronostica que la cifra de estadounidenses duplicará de 46 millones a más de 98 millones para el año 2060. Según la American

Psychological Association, la población mundial de adultos mayores, crece de manera notable, especialmente en los estados desarrollados, donde el promedio de vida ha elevado de manera considerable. Las mujeres adultas mayores poseen casi el doble de probabilidad de vivir en la pobreza que los varones de más edad (APA, 2017, p.4).

CELADE, define en sus proyecciones por medio de CEPAL, que los países Brasil y México poseen mayor población de adultos mayores en América Latina, seguidos por Colombia, Argentina y Perú (Paéz, 2021, p.8), lo que nos conlleva a tomar medidas estratégicas para asumir con responsabilidad las necesidades de este grupo etáreo.

En la región Amazonas, según el censo realizado por la INEI, actualmente existe un total de 428 752 de la población, de la cual el 50.4% representa a los hombres y el 49.6% representa las mujeres. El 41.5% de la población vive en zona Urbana y el 58.5% en zona rural. El 72.9% cuenta con acceso a agua, el 45.8% cuenta con servicio higiénico y el 73.7% cuenta con Alumbrado eléctrico. El 75.6% cuenta con servicio de información y comunicación (INEI, 2018, p.25).

Al analizar las brechas de inequidad, durante el año 2015, la región Amazonas en la tabla de mortalidad general, figura 3.69 x 1000hb; lo que demuestra una mayor tasa de mortalidad en relación a nivel nacional y Lima Metropolitana (GERESA AMAZONAS, 2015).

Según los estudios realizados por el Gobierno Regional de Amazonas, en relación a los adultos mayores, para el año 2015 la tasa de morbilidad fue de 2792.2 x 1000, es decir el 10.7%; las principales causas de morbilidad, fueron: infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (12.9%), dorsopatías (10.9%), enfermedades hipertensivas (8.9%), entre otros, frente al año 2011 la tasa de morbilidad general fue 1,954.0 x 1000 habitantes, es decir ha incrementado 1.04 veces más (GERESA AMAZONAS, 2015).

A nivel de Amazonas según la INE para el año 2018, el total de adultos mayores representa 39,300 (INEI, 2018, p. 65). En lo que representa en el Distrito de Río Santiago, para el año 2018 según informe de la INEI, lo conforman 412 adultos mayores, 232 son hombres y 180 son mujeres (INEI, 2018, p. 229).

Ante el contexto de la Covid-19, según tasa de mortalidad de cada 100 adultos mayores hospitalizados fallecen 49. El mayor porcentaje de adultos hospitalizados es 44,67%; seguido de los adultos mayores 37,52 %, En relación al género los más afectados son del sexo masculino (CDC MINSa, 2020). Perú cruza una de las crisis sanitarias más desfavorables de la historia, nos conduce a conocer la realidad de unas de nuestras regiones indígenas de la Amazonía.

El tema de la equidad, es un tema central en esta importante área de la salud. La educación, la moral, el desarrollo, y el medio ambiente. Son temas enfocados al modelo planteado por Dahlgren y Whitehead (1992), en su teoría científica expone como en el sistema de salud las inequidades son consecuencia de la interacción entre los distintos niveles, desde la persona hasta las comunidades; el mismo que es mencionado por Caballero, E. (2012) la Salud está condicionado por factores de política, social, económico, genéticos e individuales.

Dahlgren y Whitehead demuestra un modelo de las características propias de las personas y la interacción con su entorno, las características jerárquicas y concéntricas: La capa más externa es determinante de las capas internas; muestra que la comunidad y las redes sociales influyen en mejorar o empeorar las oportunidades para la salud. Whitehead manifiesta que la estratificación no ejerce de forma directa; sino que se presenta por varios factores, como circunstancias psicosociales, materiales de vivienda, estrés, depresión, hábito de fumar o mala alimentación (Dahlgren, G. and Whitehead, M., 1992, p.67).

Según el modelo influyen tres determinantes sociales en la salud: Determinantes Biosocioeconómicos, Determinante de estilo de vida, y Determinantes de las redes sociales y comunitarias.

La primera dimensión son los Determinantes Biosocioeconómicos: Son aquellos que definen la posición socio económica de la población, en torno a lo económico, político, social, ambiental, y tecnológico (Marmot, 2001, p.173). Estos influyen en la posición social de los individuos, que son el origen transcendental de las iniquidades en salud (CDSS, 2012).

Al igual que World Health Organization, (2005) menciona que la subdimensión “Ingreso económico”, es un factor para que la población en condición pobre vivan menos y tengan mayor probabilidad de enfermarse con más frecuencia que las de condición económica alta.

De igual manera la Public Healthy Agency (2011) en la investigación realizada en Canadá, señala que la Subdimensión Vivienda, es un factor condicionante para evitar enfermarse, por el motivo que se considera de primera necesidad esencial para comer, dormir y de proteger a la familia de adversidades ambientales. Valero (2019) concuerda que indicadores como tipo, tenencia, y material de la vivienda son importantes para salvaguardar la salud, exposiciones adversas de la humedad o el frío, asociado a ello las infecciones respiratorias o asma (p. 2).

Así muchos estudios han demostrado que la tenencia de una vivienda propia tiene un impacto más favorable sobre la salud mental y física, que en modo alquiler. La inestabilidad residencial supone la ruptura de relaciones sociales, e incremento de estrés, generalmente afectan su salud mental (Connolly, 2010,p.45, como citado en Valero, 2019,p.3).

Así mismo la OMS (2018) recomienda elaborar estrategias que mermen el hacinamiento en los hogares, por el motivo que aumenta las enfermedades respiratorias, y afecta la capacidad intelectual y cognitiva de niños y adolescentes en situación escolar (p.04).

La función del Jefe de familia, es otro subdimensión que influye en la salud. Aguilar (2009) señala que el desempleo es vivido como crisis individual y como un

fenómeno social. Carlotto (2009) menciona que la ansiedad y la angustia predominan en esta etapa.

Preston (1995) analiza también que la subdimensión ingreso económico en las Sociedades con desigualdades económicas generan también ineficiencias sanitarias; afectando las mejoras en nutrición. En Candungos, Distrito Río Santiago, la desigualdad es una situación que restringe las posibilidades de integración y cohesión social.

El Movimiento Político Regional de Amazonas, manifiesta en su plan de gobierno que el Distrito de RIO SANTIAGO, Candungos, viene progresando gradualmente, sin planificación, con niveles de pobreza extrema, DCI - ANEMIA y diligencias que crearon en consecuencia la degradación de su ambiente. (MPRA, 2020).

La OPS, indica que las personas en condición muy pobre tienen niveles muy bajos en su estado de salud; este suceso se muestra en los países de altos, medianos y bajos ingresos económicos. Conocido actualmente como gradiente social de la salud (OPS, 2012, p 2).

La segunda Dimensión que señala Dahlgren y Whitehead son los Determinantes de Estilos de vida: Circunstancias, condiciones de vida de los grupos e individuos, los cambios en los estilos de vida, los riesgos y peligros ambientales, comportamiento y el propio sistema de salud (CDSS, 2012).

De acuerdo con la OMS (2010), señala que la inactividad física es un factor condicionante para la salud, por lo tanto, el ejercicio mejora la salud. La ausencia de este indicador está relacionada con el consumo de tabaco y alcohol (p.25).

Miller (2013), señala en su revista National Institutes of Health que las horas que se debe dormir en promedio una persona son entre siete u ocho horas, y la pérdida de sueño daña la capacidad de razonamiento y resolución de problemas (párr.4). Un artículo de Harvard Business Review prueba que si una persona está

despierta 17 horas consecutivas, su coeficiente intelectual se ve reducido equivalente a la alcoholemia, 0.05% (Harvard Business Review, 2016).

Las circunstancias psicosociales, el medio físico de trabajo, Sistema de salud, componentes conductuales, biológicos y Cohesión social representan los importantes determinantes.

La tercera dimensión que señala Dahlgren y Whitehead son los Determinantes de las redes sociales y comunitarias: Al igual que Homans señala que el intercambio de bienes materiales y no materiales; condiciones de reciprocidad y solidaridad, son factores condicionantes para la salud (American Journal of Sociology, 2019).

La inequidad en el campo de la salud emerge cuando estos sistemas dan lugar a una distribución desigual del poder, el prestigio y los recursos entre los distintos grupos que conforman la sociedad (OPS, 2010).

La investigación gerontológica señala que pertenecer a una red social no garantiza el apoyo constante, el apoyo social puede variar por la frecuencia, calidad, efectividad, disponibilidad y el tiempo (Requena Santos, et al, 2002).

La calidad de los servicios de salud, sobre todo los de Primer Nivel de Atención, preventivo promocionales contribuyen a mantener a las personas saludables (Canada Health – OPS/OMS, 2000). Los sistemas de salud es el vehículo para influir en los procesos sociales que determinan las inequidades en salud. Por lo tanto, es uno de los ejes principales para desarrollar políticas a favor de la equidad (De la Torre et al., 2014).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación:

Tipo de estudio:

De acuerdo al fin que persigue es básico, porque busca ampliar el conocimiento de la variable de estudio (Hernández, R et al, 2014).

Enfoque cuantitativo, centrado en aspectos observables y capaz de cuantificar los fenómenos, emplea la metodología empírico analítica y pruebas estadísticas para el análisis de datos (Hernández, R et al, 2014).

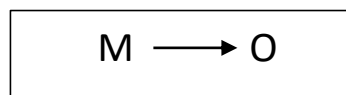
Diseño de estudio.

Descriptivo, No experimental: Mide y evalúa o recolecta datos de diferentes dimensiones o componentes del fenómeno de estudio. (Hernández, R et al, 2014).

Transversal: Investigación en la cual el registro o recolección de datos se da en un momento único, describe variables en ese mismo momento o en un momento dado. (Hernández, R et al, 2014)

Figura 1:

Esquema de investigación



Dónde:

M: Muestra con quien(es) vamos a realizar el estudio.

O: Información (observaciones) relevante o de interés que recogemos de la muestra.

3.2. Variables y operacionalización:

- Determinantes de la salud:

Definición Conceptual:

Se denominan al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las comunidades (OPS, 2012).

Definición operacional:

Conjunto de características biosocioeconómicas, estilo de vida, y apoyo comunitario; referidos por los adultos mayores, los cuales fueron obtenidos mediante la aplicación de un cuestionario, que abarca preguntas relacionadas a la teoría de “Dahlgren y Whitehead”.

3.3. Población, muestra y muestreo:

Población:

La población está conformada por 83 adultos mayores cuya edad es igual o mayor a 60 años y acuden al Centro de Salud Candungos.

Unidad de Análisis:

Los adultos mayores que reúnen los criterios de inclusión en la investigación.

Criterios de inclusión:

-Adultos mayores que acuden al Centro de Salud y que participan voluntariamente del estudio.

-Adultos mayores que habiten en el ámbito jurisdiccional del Centro de Salud Candungos”, más de 5 años.

Criterios de exclusión:

-Adultos mayores que padecen de enfermedades mentales.

-Adultos mayores que presentan problemas de comunicación.

Muestra:

Velásquez, A (1999), señala que la muestra es un subgrupo o parte de la población del cual se recolectan los datos, cumpliendo condiciones de probabilidad, en consecuencia las conclusiones tiene validez para el universo (pág.219). Es importante garantizar que la muestra elegida represente a la población investigada para lograr que los resultados obtenidos tengan representación. Con lo señalado se concluye que mi muestra de estudio es representativa, porque los elementos que la componen contienen los rasgos y características de la población. La muestra representa 51 adultos mayores.

Muestreo:

Método usado para seleccionar elementos de una muestra de la población (Hernández, R. 2018). En mi presente investigación se aplica el muestreo probabilístico aleatorio simple.

3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos:

La técnica aplicada fue la entrevista.

Para la recolección de datos se utilizó el instrumento: Determinantes de la salud de la persona adulta mayor, elaborado por Hipólito, R. 2016; está organizado por 29 ítems distribuidos en 4 partes:

1. Datos personales de los adultos mayores: Por materia de anonimato, sólo se obtuvo las iniciales del adulto mayor.

2. Determinantes biosocioeconómicos: Conjunto de características biológicas referidos por los adultos mayores, en relación al abastecimiento de agua, disposición de basura, frecuencia de recojo de basura, lugar de eliminación de basura, los cuales fueron logrados mediante un cuestionario.

3. Determinantes de estilo de vida: Conjunto de acciones adquiridas, referidos por los adultos mayores, en relación a su hábito de fumar, frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, etc; los cuales fueron adquiridos mediante la diligencia de un cuestionario.

4. Determinantes de apoyo comunitario: Formas de interacción social, referidos por los adultos mayores, tipo de seguro, el tiempo que esperó para que lo atendieran, calidad de atención que recibió, apoyo social de las organizaciones, etc; los cuales fueron obtenidos mediante la aplicación de un cuestionario.

En el estudio realizado por Hipólito, R (2016) para la validez del instrumento fue evaluado por 10 expertos, se revisaron las preguntas que cumplían con el valor mínimo (0,75). De la valoración se registró valores de V de Aiken de 0,998.

Para efectos de confiabilidad, se realizó a un mínimo de 15 personas, en dos oportunidades la aplicación de la encuesta, con diferentes entrevistadores y ejecutado el mismo día.

Se aplica el Coeficiente de Kappa, resultó un valor de 0,8. Significa “muy bueno” para valorar la seguridad interevaluador.

3.5. Procedimiento:

1. Se solicitó autorización por escrito al Jefe del Centro de Salud Candungos, para la realización de la presente investigación.
2. Se coordinó con la autoridad del C.P. Candungos para que comunique mediante el megáfono la asistencia de los adultos mayores al Centro de Salud Candungos.
3. Se seleccionó a los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Candungos, y que cumplen con los criterios de inclusión.
4. Se explicó a los adultos mayores, en qué consiste el estudio y se solicitó su consentimiento informado (Anexo).
5. Para los encuestados que no dominen el idioma español, se pidió ayuda de un traductor (Técnico de Enfermería, perteneciente a la zona).
6. Se procedió a la técnica de entrevista, para el registro en el cuestionario (Anexo).
7. La evaluación tuvo un periodo de veinte minutos por adulto mayor. (Anexo).

8. Las fichas de evaluación fueron archivadas para su posterior evaluación estadística.

3.6. Método de análisis de datos.

Los datos obtenidos fueron recopilados en el programa Microsoft Excel, luego fueron procesados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 24.0. con el fin de analizar mediante la estadística descriptiva. Además, para el análisis de los datos se construyeron Tablas de frecuencia absoluta y relativa porcentuales. Así mismo sus gráficos estadísticos.

3.7. Aspectos éticos:

Se cumplió con la presentación de datos fiables y válidos, codificados y protegidos. La credibilidad y estabilidad de los datos se presentó al utilizar instrumentos válidos y confiables. Los resultados podrán ser aplicados por otros estudios cumpliendo así los criterios de transferibilidad.

Beneficencia y no maleficencia: La conducta del investigador tuvo como objetivo no causar daño y maximizar los beneficios a los adultos mayores atendidos en los establecimientos pertenecientes al Centro de Salud Candungos, y que participan en la investigación.

Justicia: El investigador procedió con juicio razonable, sin tolerar discriminación alguna. Otorgando a los adultos mayores la participación equitativa y justicia.

IV. RESULTADOS

4.1. DETERMINANTES BIOSOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO DE SALUD CANDUNGOS - AMAZONAS

Tabla 1

Determinantes Biosocioeconómicos de los adultos mayores - Centro de Salud Candungos

SEXO	n	%
Masculino	26	51.0
Femenino	25	49.0
Total	51	100.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	n	%
Sin nivel de instrucción	10	19.6
Inicial/Primaria	24	47.1
Secundaria Completa/Secundaria Incompleta	17	33.3
Superior Universitaria	00	0.0
Superior no Universitaria	00	0.0
Total	51	100.0
INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR	n	%
Menor de 750	51	100.0
De 751 a 1000	00	0.0
De 1001 a 1400	00	0.0
De 1401 a 1800	00	0.0
De 1801 a más	00	0.0
Total	51	100.0
OCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA	N	%
Trabajador estable	20	39.2
Eventual	31	60.8
Sin ocupación	00	0.0
Jubilado	00	0.0
Estudiante	00	0.0
Total	51	100.0

Nota. El 51% (26) pertenecen al género Masculino, y el 49%(25) al género femenino. Según el grado de instrucción el 47.1%(24) pertenecen al nivel Inicial/Primaria, el 33.3%(17) al nivel Secundaria Completa/Secundaria Incompleta, y el 19.6%(10) sin nivel de instrucción. En relación al ingreso económico familiar, el 100%(51) manifiesta que tienen un ingreso menor de 750 soles. Según la ocupación de la familia, el 60.8%(31) tienen un trabajo eventual, y el 39.2% tienen un trabajo estable 39.2%(20).

Tabla 2*Determinantes Biosocioeconómicos - Relacionados con la vivienda*

Tipo	N	%
Vivienda Unifamiliar	19	37.3
Vivienda multifamiliar	32	62.7
Vecindada, quinta choza, cabaña	00	0.0
Local no destinada para habitación humana	00	0.0
Otros	00	0.0
Total	51	100.0
Tenencia	N	%
Alquiler	00	0.0
Cuidador/alojado	00	0.0
Plan social (dan casa para vivir)	00	0.0
Alquiler venta	00	0.0
Propia	51	100.0
Total	51	100.0
Material del piso	N	%
Tierra	16	31.4
Entablado	35	68.6
Loseta, vinílicos o sin vinílicos	00	0.0
Láminas asfálticas	00	0.0
Parquet	00	0.0
Total	51	100.0
Material del techo	N	%
Madera, estera	30	58.8
Adobe	00	0.0
Estera y adobe	00	0.0
Material noble ladrillo y cemento	00	0.0
Eternit	21	41.2
Total	51	100.0
Material de las paredes	N	%
Madera, estera	51	100.0
Adobe	00	0.0
Estera y adobe	00	0.0
Material noble ladrillo y cemento	00	0.0
Total	51	100.0
Cantidad de personas que duermen en una habitación	N	%
4 a más miembros	31	60.8
2 a 3 miembros	20	39.2
Independiente	00	0.0
Total	51	100.0

Nota. Según el tipo de vivienda, el 62.7%(32) es vivienda multifamiliar, y el 37.3%(19) es vivienda unifamiliar.

Según la tenencia, el 100%(51) tienen vivienda propia.

Según el material del piso, el 68.6%(35) tienen piso entablado, y el 31.4%(16) tienen piso de tierra.

Según el material del techo, el 58.8%(30) tienen techo de “madera, estera”, el 41.2%(21) tienen techo de eternit.

Según el material de las paredes, el 100%(51) tienen material de “madera, estera”.

Según la cantidad de personas que duermen en una habitación el 60.8%(31) manifiesta “4 a más miembros”, el 39.2%(20) manifiesta “2 a 3 miembros”.

Tabla 3*Determinantes de la Salud Biosocioeconómicos. Relacionados con la vivienda*

Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	39	76.5
Cisterna	00	0.0
Pozo	12	23.5
Red Pública	00	0.0
Conexión domiciliaria	00	0.0
Total	51	100.0
Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	09	17.6
Acequia , canal	00	0.0
Letrina	14	27.5
Baño público	00	0.0
Baño propio	28	54.9
Otros	00	0.0
Total	51	100.0
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	08	15.7
Leña, Carbón	36	70.6
Bosta	00	0.0
Tuza (coronta de maíz)	07	13.7
Carca de vaca	00	0.0
Total	51	100.0
Energía eléctrica	N	%
Sin energía	05	9.8
Lámpara (no eléctrica)	35	68.6
Grupo electrógeno	00	0.0
Energía eléctrica temporal	00	0.0
Energía eléctrica permanente	00	0.0
Vela	11	21.6
Total	51	100.0
Disposición de basura	N	%
A campo abierto	00	0.0
Al río	04	7.8
En un pozo	09	17.7
Se entierra, quema, carro recolector	38	74.5
Total	51	100.0
Frecuencia que recogen la basura por su casa	N	%
Diariamente	00	0.0
Todas las semanas pero no diariamente	00	0.0
Al menos 2 veces por semana	00	0.0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	51	100.0
Total	51	100.0

Lugar en la que eliminan su basura	N	%
Carro recolector	00	0.0
Montículo o campo limpio	25	49.0
Contenedor específicos de recogida	17	33.3
Vertido por el fregadero o desagüe	00	0.0
Otros	09	17.7
Total	51	100.0

Nota. Según el abastecimiento de agua, el 76.5%(39) manifiesta obtenerlo en acequia, y el 23.5%(12) manifiesta obtenerlo en pozo.

Según la eliminación de excretas, el 54.9%(28) manifiesta en “Baño propio”, el 27.5%(14) en “Letrina”, y el 17.6%(09) al “Aire libre”.

Según el Combustible para cocinar, el 70.6%(36) cocina en “Leña y carbón”, el 15.7%(08) cocina con “Gas, Electricidad”, y el 13.7%(07) utiliza “Tuza (coronta de maíz)”.

Según la Energía eléctrica, el 68.6% (35) tienen “Lámpara (no eléctrica)”, el 21.6%(11) tienen “Vela”, y el 9.8%(05) no cuentan con energía.

Según la disposición de basura, el 74.5% (38) manifiesta “enterrar, quemar”, el 17.7%(09) manifiesta disponerlos en un pozo, el 7.8%(04) manifiesta disponer su basura al río.

Según la frecuencia que recogen la basura por su casa el 100%(51) manifiesta “Al menos 1 vez al mes, pero no todas las semanas”.

Según el lugar en la que elimina su basura, el 49.0%(25) manifiesta eliminarlos en “Montículo o campo limpio”, el 33.3%(17) manifiesta en “Contenedor específicos de recogida”, y el 17.7%(09) en “Otros”

4.2. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO DE SALUD CANDUNGOS - AMAZONAS.

Tabla 4

Determinantes de los estilos de vida de los adultos mayores

Actualmente fuma	N	%
Si fumo, diariamente	00	0.0
Si fumo, pero no diariamente	06	11.8
No fumo actualmente, pero he fumado antes	27	52.9
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	18	35.3
Total	51	100.0
¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?	N	%
Diario	00	0.0
Dos a tres veces por semana	00	0.0
Una vez a la semana	00	0.0
Una vez al mes	12	23.5
Ocasionalmente	18	35.3
No consumo	21	41.2
Total	51	100.0
¿Cuántas horas duerme Ud.?	N	%
6 a 8 horas	12	23.5
08 a 10 horas	31	60.8
10 a 12 horas	08	15.7
Total	51	100.0
¿Con que frecuencia se baña?	N	%
Diariamente	05	9.8
4 veces a la semana	37	72.5
No se baña	09	17.7
Total	51	100.0
¿Se realiza Ud. Algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud?	N	%
Si	51	100.0
No	00	0.0
Total	51	100.0
¿En su tiempo libre realiza alguna actividad física?	N	%
Camina	26	51.0
Deporte	00	0.0
Gimnasia	00	0.0
No realizo	25	49.0
Total	51	100.0
¿En las dos últimas semanas que actividad física realizo durante más de 20 minutos?	N	%

Caminar	26	51.0
Gimnasia suave	00	0.0
Juegos con poco esfuerzo	00	0.0
Correr	00	0.0
Ninguna	25	49.0
Deporte	00	0.0
Total	51	100.0

Nota. Según el hábito de fumar, el 52.9%(27) manifiesta “No fumo actualmente, pero he fumado antes”, el 35.3%(18) manifiesta “No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual”.

Según la frecuencia que ingiere bebidas alcohólicas, el 41.2%(21) manifiesta “No consumo”, el 35.3%(18) manifiesta “Ocasionalmente”, y el 23.5%(12) manifiesta “Una vez al mes”.

Según las horas que duerme, el 60.8%(31) manifiesta “08 a 10 horas”, el 23.5%(12) manifiesta “6 a 8 horas”, y el 15.7%(08) manifiesta “10 a 12 horas”.

Según la frecuencia que se baña, el 72.5%(37) manifiesta “4 veces a la semana”, el 17.7%(09) manifiesta “No se baña”, y el 9.8%(05) manifiesta “Diariamente”.

Según el examen médico periódico en el EE.SS, el 100%(51) manifiesta “Sí” acudir al establecimiento.

Según la actividad física en tiempo libre, el 51.0%(26) manifiesta “Camina”, y el 49.0%(25) manifiesta “No realizo”.

Según la actividad física que realizó en las últimas semanas, el 51.0%(26) manifiesta “Caminar”, y el 49.0%(25) manifiesta “Ninguna”.

Tabla 5

Determinantes de los estilos de vida de los adultos mayores. Según Dieta

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Fruta	17	33.3	11	21.6	11	9.8	5	9.8	5	25.5	51	100.0
Carne (Pollo, res, cerdo, etc.)	01	2.0	10	19.6	21	41.2	11	21.6	08	15.7	51	100.0
Huevos	19	37.3	12	23.5	09	17.6	11	21.6	00	0.0	51	100.0
Pescado	16	31.4	08	15.7	09	17.6	10	19.6	08	15.7	51	100.0
Fideos, arroz, papas	28	54.9	09	17.6	06	11.8	05	9.8	03	5.9	51	100.0
Pan, cereales	06	11.8	08	15.7	07	13.7	18	35.3	12	23.5	51	100.0
Verduras y hortalizas	10	19.6	10	19.6	07	13.7	07	13.7	17	33.3	51	100.0
Legumbres	12	23.5	09	17.6	08	15.7	05	9.8	17	33.3	51	100.0
Embutidos, enlatado	07	13.7	09	17.6	07	13.7	14	27.5	14	27.5	51	100.0
Lácteos	00	0.0	00	0.0	13	25.5	18	35.3	20	39.2	51	100.0
Dulces, gaseosas	00	0.0	00	0.0	16	31.4	21	41.2	14	27.4	51	100.0
Refrescos con azúcar	00	0.0	00	0.0	14	27.5	15	29.4	22	43.1	51	100.0
Frituras	00	0.0	10	19.6	21	41.2	09	17.6	11	21.6	51	100.0

Nota. Se observa: El 33.3%(17) manifiesta consumir frutas diariamente; el 41.2%(21) manifiesta “3 o más veces a la semana” consumir Carne (Pollo, res, etc.); el 37.3%(19) manifiesta “Diario” consumir Huevos, el 31.4%(16) manifiesta “Diario” consumir Pescado; el 54.9%(28) manifiesta “Diario” consumir Fideos, arroz, papas; el 35.3%(18) manifiesta “Menos de 1 vez a la semana” consumir Pan, cereales; el 33.3%(17) consumen “Nunca o casi nunca” Legumbres; el 27.5% “Nunca o casi nunca” o “Menos de una vez a la semana” consumen embutidos, enlatados; el 39.2%(20) “Nunca o casi nunca” consumen Lácteos; el 41.2%(21) manifiesta “Menos de 1 vez a la semana” consumir dulces, gaseosas; el 43.1%(22) manifiesta “Nunca o casi nunca” consumir refrescos con azúcar; y el 41.2%(21) manifiesta “1 o 2 veces a la semana” consumir frituras.

4.3. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO DE SALUD CANDUNGOS – AMAZONAS

Tabla 6

Determinantes de redes sociales según apoyo social natural y organizado

Recibe apoyo social natural:	n	%
Familiares	25	49.0
Amigos	06	11.8
Vecinos	05	9.8
Compañeros espirituales	15	29.4
Compañeros de trabajo	00	0.0
No recibo	00	0.0
Total	51	100.0
Recibe apoyo social organizado:	n	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	00	0.0
Seguridad social	00	0.0
Empresa para la que trabaja	00	0.0
Instituciones de acogida	00	0.0
Organizaciones de voluntariado	00	0.0
No recibo	51	100.0
Total	51	100.0

Nota. Según el Apoyo social natural. El 49.0%(25) manifiesta recibir apoyo familiar, el 29.4%(15) recibe apoyo por compañeros espirituales, el 11.8%(06) manifiesta recibir apoyo por amigos, y sólo el 9.8%(05) recibe apoyo por vecinos. Según el Apoyo social organizado. El 100%(51) manifiesta “No recibo”.

Tabla 7

Determinantes de redes sociales según apoyo social de las organizaciones del Estado

Apoyo social organizacional del estado	n	%
Pensión 65	09	17.6
Comedor popular	00	0.0
Vaso de leche	11	21.6
Otros	31	60.8
Total	51	100.0

Nota. Según apoyo social organizado del estado. El 60.8%(31) manifiesta recibir apoyo por “Otros”, el 21.6%(11) manifiesta “Vaso de leche”, y el 17.6%(09) recibe “Pensión 65”.

Tabla 8*Determinantes de apoyo comunitario de los adultos mayores*

En que Institución de salud se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	00	0.0
Centro de salud	51	100.0
Puesto de salud	00	0.0
Clínicas particulares	00	0.0
Otros	00	0.0
Total	51	100.0
Considera usted que el lugar donde lo atendieron está	n	%
Muy cerca de su casa	33	64.7
Regular	16	31.3
Lejos	01	2.0
Muy lejos de su casa	01	2.0
No sabe	00	0.0
Total	51	100.0
Qué tipo de seguro tiene usted:	n	%
ESSALUD	00	0.0
SIS – MINSA	51	100.0
SANIDAD	00	0.0
Otros	00	0.0
Total	51	100.0
Tiempo de espera para que lo atiendan en el EESS	n	%
Muy largo	03	5.9
Largo	04	7.8
Regular	29	56.9
Corto	15	29.4
Muy corto	00	0.0
No sabe	00	0.0
Total	51	100.0
Calidad de atención del EESS	n	%
Muy buena	00	0.0
Buena	15	29.4
Regular	32	62.8
Mala	04	7.8
Muy mala	00	0.0
No sabe	00	0.0
Total	51	100.0
Existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa	n	%
Sí	00	0.0
No	51	100.0
Total	51	100.0

Nota. Según la Institución de salud que se atendió en los últimos meses, el 100.0%(51) indica en un Centro de Salud.

Según la lejanía del lugar donde lo atendieron, de la población 64.7%(33) indica “Muy cerca de su casa”, el 31.3%(16) indica “Regular”, y el 2.0%(01) indica “Lejos” y “Muy lejos de su casa”.

Según el tipo de seguro, de la población 100%(51) indica tener seguro SIS-MINSA.

Según el tiempo de espera para su atención. El 56.9%(29) indica “Regular”, el 29.4%(15) indica “Corto”, y sólo el 5.9%(03) indica “Muy largo”.

Según la Calidad de atención del EESS. El 62.8%(32) indica “Regular”, el 29.4%(15) indica “Buena”, y el 7.8%(04) indica “Mala”.

El 100.0 (51) indica que no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

V. DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos, se observa en la Tabla 01, 02 y 03 el valor porcentual de los determinantes biosocioeconómicos de los adultos mayores del Centro Salud Candungos – Amazonas. Donde el 51%(26) son de sexo femenino, el 47.1%(24) son de nivel Inicial/Primaria, el ingreso económico del hogar (100%) es menor a 750 soles, y el 60.8%(31) se dedica a trabajo eventual. Los resultados concuerdan con los estudios realizados por Tantaleán, A (2016) en Tarapoto, donde el 57% son de sexo masculino, esta tendencia al género se evidencia también en diferentes estudios.

También concuerda con los estudios realizados por el Gobierno Regional Amazonas (2015) el crecimiento en los comuneros de la región Amazonas es indicativo de que el proceso de cambios en la mortalidad y la fecundidad han aumentado la estructura y el volumen por edad de la población.

El índice de masculinidad, es un índice que señala la cantidad de hombres por cada cien mujeres; estos resultados obtenidos de los valores de la población estimada se tomaron en el año 2015 lo que resulta un índice en la Región de Amazonas de 111, obteniéndose una vez más que el número de hombres es mayor al número de mujeres; para el Censo tomado de CEPAL (2017) en la misma región señala el indicador de 105,4. En la zona urbana presenta un menor índice de 98.8 hombres/100 mujeres a lo que se refiere a la Provincia de Chachapoyas, y en la Provincia de Bongará (perteneciente al distrito Río Santiago) se presenta un aumento del índice de masculinidad indicando un 112.4 hombres/100 mujeres.

En otro censo realizado por la INEI (2018), nos muestra también resultados similares, en lo que respecta al área rural, resulta 111 hombres/100 mujeres; de igual forma, la Provincia de Rodríguez de Mendoza (perteneciente al Distrito Río Santiago) presenta un mayor índice de masculinidad conformado por 127 hombres/100 mujeres; sin embargo, en lo que sí difiere mi estudio y la INEI (2018) es que la provincia que muestra un menor índice del género masculino, según los resultados dados por el instituto, se ubica en la zona rural Condorcanqui 107 hombres/100 mujeres.

Así mismo los resultados, de acuerdo al Grado de instrucción, concuerdan con los estudios realizados por la INEI (2015), en la Región Amazonas al año 2007, la tasa de analfabetismo incide en el 19% en Condorcanqui. Al confrontar los resultados con los del año 1993, el analfabetismo redujo en la región Amazonas en un 4%. La provincia que presenta menor cantidad de población analfabeta en hombres es la provincia de Chachapoyas con 4.3%, y en mujeres el 11.1% en la Provincia de Rodríguez de Mendoza.

Sin embargo, en los estudios realizados por Hincapié, S y Muñoz, D. (2018) en su estudio realizado en Medellín muestra un menor porcentaje de analfabetismo, se encontró que el 44.30% de la población adulta mayor fue básica, primaria o ninguna. Cabe mencionar que los adultos mayores no culminaron sus estudios por diversas razones, como: culturales, económicos, paternidad precoz, o no les gusta el estudio. De igual manera, estos resultados son similares a los resultados obtenidos por Orrego, S. (2016) en su tesis de investigación realizado en Huesca (España) su muestra conformado por 31 adultos mayores, el 16.1% indica educación primaria incompleta, el 54.8% indica educación primaria completa, el 19.4% educación secundaria, el 9.7% indica bachillerato.

La ventaja que se debe señalar, es que la autoridad del CP. Candungos, Cahuasa Lopez Edwin, motiva a su población a continuar con su educación, coordinando con los docentes para emplear estrategias en la enseñanza de sus alumnos; a pesar de la infección por la Covid 19, y carecer del acceso de internet.

De igual manera los resultados obtenidos difieren a los estudios por Águila, S (2019), realizado en la ciudad de Chimbote, donde el 53% tiene ingreso económico menor de 750 soles, y el 40% tiene trabajo eventual, es decir, aproximadamente la mitad de la población. De igual manera los resultados se asemejan a los obtenidos por Wong, J. (2018) en su tesis de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, su muestra conformada por 135 adultos mayores, en donde el 95% indica un ingreso económico menor a 1000, el 60% no tiene ocupación, el 14.8% cuenta con trabajo eventual.

Los resultados obtenidos en mi estudio se muestra que el 100%(51) de los adultos mayores tienen un ingreso menor a 750 soles, a pesar de la disminución de

la tasa de pobreza total, no ha cambiado la brecha que divide a Amazonas del resto del conjunto de regiones del país, como resultado continúa aún ubicada entre las seis regiones más pobres en el país. El nivel de pobreza en la región Amazonas ha menguado en los últimos años una disminución relativa, según cálculos publicados por la INEI, los datos exponen que la tasa de pobreza ha experimentado una reducción de 9,7%.

De los determinantes Biosocioeconómicos, relacionados con la vivienda, encontrados en el presente estudio, se asemejan a lo encontrados por Águila, S (2019) donde el 68% tiene vivienda multifamiliar, tienen casa propia el 86%. Sin embargo, no concuerda en relación al material del piso, techo, paredes; en el 29% tiene piso de láminas asfálticas, el 66% tiene techo construido con material noble, ladrillo y cemento, el 71% tiene paredes de adobe, el 56% comparten habitación.

En los estudios realizados por Chavez, T. & Diaz, B. (2017) en su tesis de investigación realizada en Celendín, tipo cuantitativo descriptivo, su muestra constituida por 190 individuos, tuvo como resultado en su estudio que según el Tipo de vivienda: el 70% es unifamiliar, 74% vivienda propia, es decir difiere en mi estudio porque el mayor porcentaje es vivienda multifamiliar (62.7%) y en relación a la Tenencia el 100% tiene vivienda "Propia".

En el presente estudio de mi autoría, se evidencia en la Tabla 2 conforme a los resultados que a pesar de contar del material con que están construidas las viviendas (68.6% piso entablado, paredes hechas de madera y estera 100%) son de infraestructura habitable, porque están fabricadas de acuerdo a las condiciones del clima a las que son sometidas, en el Centro Poblado Candungos es frecuente las fuertes lluvias, sin embargo por la forma que están hechas, están expuestos al alojamiento de los roedores debido a que es un material fácil de degradar.

En relación a la cantidad de personas que duermen en una habitación, el trabajo obtenido de la cantidad de personas que duermen en una habitación, se muestra que el 60.8% manifiestan "4 a más miembros", este resultado difiere a los obtenidos por Hipólito, R (2016) donde el 54% cuenta con habitación independiente. La división que cuenta cada familia se debe a que cuentan con más de 3 integrantes

dentro de sus familias, a la vez por el estilo de vida y cultura que tienen cada uno de estas familias.

Por otra parte, de acuerdo a los resultados obtenidos en el abastecimiento de agua y eliminación de excretas, concuerda a los resultados obtenidos por el Gobierno Regional de Amazonas (2007), la región Amazonas son abastecidas de agua del río, acequia, manantial o similar. A diferencia del año 2007 en la región Amazonas sólo tenían acceso a agua mediante red pública el 40.8% del total, para el año 2015 se ha incrementado en 37.8% puntos porcentuales del total.

Este trabajo realizado por la región Amazonas, concuerda a los resultados obtenidos en mi presente estudio, es decir en relación a la eliminación de excretas el 54.9% manifiesta en “Baño propio”; el 70.6% utiliza leña, carbón para cocinar, el 74.5% entierra, quema su basura; y el 49.0% elimina su basura en Montículo. Estos resultados difieren a los obtenidos por Águila, S (2019). Según la Organización Mundial de la Salud, la exposición al aire contaminado en las viviendas a causa de la leña, carbón para cocinar, provocó casi 4 millones de muertes en 2016 en los países de bajo y mediano ingreso, lo que representó un 6,7% de la mortalidad total.

En la Tabla 3, se muestra los resultados que el mayor porcentaje es 68.6%, que indica que usan “Lámpara (No eléctrica)”, el 21.6% usan “velas” estos resultados difieren a los obtenidos por Águila, S. (2019) en su artículo de investigación realizado en Chimbote, donde señala que el 98% de su población cuenta con energía eléctrica permanente. Son pocos los proyectos de electrificación, en las zonas rurales que aspiran tener alumbrado propio y solventado por el estado, en comparación a las zonas urbanas, menos aún en una zona rural como de las poblaciones indígenas amazónicas.

Al mismo tiempo señala que el 99% excreta su basura en carro recolector, lo cual este resultado también difiere a lo encontrado en mi estudio (donde el 74.5% de la población indica “se entierra, quema”). En relación a “frecuencia que pasa recogiendo la basura”, el 100% indica que lo realizan “Al menos una vez al mes pero no todas las semanas”, este resultado difiere a lo obtenido por Chavez, T. & Diaz, B. (2017) en su tesis de investigación realizada en Celendín, donde resulta

que el 100% de su población de estudio desechan su basura en carro recolector, y el 49% eliminan su basura en “Montículo o campo limpio”.

En relación a los determinantes de los Estilos de vida, que corresponde a las Tabla 4 y 5. Se destaca lo siguiente:

Se obtuvo que en los adultos mayores del Centro Salud Candungos, el 52.9% refieren “No fumo actualmente, pero he fumado antes”, el 41.2% refiere no consumir bebidas alcohólicas, el 60.8% duerme de “06 a 08 horas”, el 100% se realiza un examen médico periódico en el Establecimiento de Salud, y el 51% realiza actividad física. Estos resultados, concuerdan a los obtenidos por Llanga, F. (2016). El tiempo de sueño y momentos de descanso son primordiales para la recuperación física y emocional del cuerpo, básicos para la salud y para la calidad de vida, sin estos dos elementos la capacidad de memoria y concentración del trabajo, de juicio y de la habilidad para los trabajos cotidianos se verán disminuidos.

De acuerdo a los alimentos que consumen los adultos mayores, concuerdan a los resultados obtenidos por Tito, Y. (2017), el 63.30% consume alimentos ricos en proteína, el 69.72% consume sal; el 49.54% consume plátano, el 75.23% consume frutas y verduras, el 63.30% consume café. En suma, la función digestiva se ve afectada por el proceso de envejecimiento, lo que quiere decir que se ve reducida la capacidad de absorber los alimentos de los nutrientes, afectando en la etapa de adulto mayor con cuadros de desnutrición, peor aún cuando éstas requieran una menor cantidad de energía y, como consecuencia, necesiten comer menos (OMS, 2018).

En el estudio de mi autoría, se observa en la Tabla 5, que los resultados obtenidos, el 33.3% consume frutas, el 41.2% consume carne “una o dos veces a la semana”, el 37.3% consume Huevos “Diarios”, el 31.4% consume pescado “Diario”, el 54.9% consume Fideos, arroz, papas, el 35.3% consume Lácteos “menos de una vez a la semana”, el 33.3% consume verduras y hortalizas “Nunca o casi nunca”, el 27.5% consume Embutidos y Lácteos “Nunca o casi nunca” y el 41.2% consume frituras “Una o dos veces por semana”.

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

De acuerdo a los determinantes de las redes sociales y comunitarios, analizaremos otros estudios con los obtenidos en mi investigación, de la siguiente manera, que corresponde a las Tablas 6, 7 y 8.

De acuerdo a lo estudios realizados por Carmona, S. (2016) en México, en una población adulta mayor; el 96% señala tener vínculo con familia, vecinos y amigos, por lo tanto se asemeja a lo relacionado con mi estudio donde el 100% de la muestra, manifiesta tener apoyo por personas cercanas, distribuida de la siguiente manera: 49% por familiares, 29.4% por compañeros espirituales, 11.8% por amigos y 9.8% por amigos.

Los encuestados declaran que el apoyo comunal es tradición que permanece innato en la zona, estableciendo intereses comunes. Las familias del Centro Poblado Candungos, se unen en confraternidad como principal fuente de sustento para los adultos de edad avanzada, y no solamente la principal fuente de apoyo, sino la favorecida por estos y a la que se acogen mayormente en primera instancia.

De igual manera concuerda con el estudio realizado por Hipólito, R (2016) donde el 100%, no reciben apoyo social organizado, como Organizaciones de ayuda al enfermo, seguridad social, instituciones de acogida, etc. En relación al apoyo de organizaciones del estado, en mi estudio el 17.6% recibe apoyo por pensión 65, y por otras organizaciones el 60.8%.

Por lo que envejecer en el Perú generalmente significa deterioro económico debido a que las pensiones no han aumentado y que la mayoría que recibe apoyo de su familia es escasa ya que ellos mismos esperan que los adultos mayores

reciban sus pensiones para poder mantenerse, estas problemáticas influyen mucho en su estado emocional y que el deterioro de su salud aumente.

En relación a la Tabla 8, determinantes de apoyo comunitario de los adultos mayores, los resultados se difieren a los obtenidos por Villegas, B. (2017) en su tesis de maestría realizada en Venezuela efectuó un estudio de tipo descriptivo, con una muestra de 83 adultos mayores de ambos géneros. Obtuvo que el 47% recibió atención médica en el puesto más próximo a su casa. Y el 72.3% no reciben atención voluntaria en su puesto más cercano. En mi estudio encontré que el 100% acude a un establecimiento de salud, y el 64.7% opinan que el establecimiento está “muy cerca de su casa”.

Esta es una ventaja importante para la comunidad de Candungos ya que influye positivamente en la salud de los adultos mayores, el acceso a un establecimiento de salud y primordial la calidad de atención que recibe por medio de la medicación adecuada, y los implementos necesarios que debe tener un establecimiento con categoría I-3, son factores que ponen en práctica conductas preventivas promocionales, y detectar oportunamente alguna enfermedad y favorecer a su recuperación y rehabilitación.

En lo que sí concuerda mi estudio con el autor Villegas, B. (2017) es que el 56.9% manifiesta que el tiempo de espera para la atención es regular; en lo respecta a la calidad de atención: el 62.8% manifiesta que la calidad de atención es regular y el 7.8% manifiesta que es mala. Y el 100% cuenta con seguro SIS – MINSA. Contar con un seguro de salud resuelve la problemática del limitado acceso a los servicios, ante esta situación se prioriza aquellas poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. De igual manera, en relación al pandillaje y delincuencia, en mi muestra de estudio (100%) manifiesta que no existen estos grupos delictivos.

VI. CONCLUSIONES

1. Los determinantes de la salud de los adultos mayores en el Centro de Salud Candungos, son: Biosocioeconómicos, 62.7% tiene hogar unifamiliar; estilos de vida, 41.2% no ingieren bebidas alcohólicas; redes sociales y comunitarias, 100% no recibe apoyo social organizado.

2. En relación a los Determinantes Biosocioeconómicos, se concluye que el 51% son el género Masculino, el grado de Instrucción el 47.1% son Inicial/Primaria, el Ingreso económico el 100% son “Menor a 750 soles”, la ocupación del Jefe de familia representa el 60.8% es “Eventual”, el 62.7% presenta vivienda Unifamiliar, el 100% presenta vivienda propia, el 68.6% presenta material del piso “Entablado”, el 58.8% tiene techo de “Madera, estera”, la cantidad de personas que duermen en una habitación el 60.8% presentan “4 a más miembros”, el 76.5% se abastece de agua en acequia, en relación a la eliminación de excretas el 54.9% refiere “Baño propio”, el 70.6% usa leña para cocinar, el 68.6% tiene como energía una lámpara (no eléctrica), el 74.5 quema su basura, el 49% elimina su basura en Montículo.

3. En relación a los Determinantes de Estilos de vida, se concluye el 52.9% “No fuma actualmente, pero ha fumado antes”, el 41.2% no consume con frecuencia bebidas alcohólicas, el 60.8 duerme “08 a 06 horas”, el 72.5% se baña “4 veces a la semana”, el 100% se realiza un examen periódico en el establecimiento de salud, el 51% en su tiempo libre “camina”, el 54.9% consume “diario” fideos, arroz y papas y sólo el 2% consume “diario” carne.

4. En relación a los Determinantes de las Redes Sociales y Comunitarias, se concluye el 49% recibe apoyo social por familiares, el 100% no Recibe apoyo social organizado (Organizaciones de ayuda al enfermo, seguridad social, etc), el 17.6% recibe apoyo social por Pensión 65, el 100% recibe atención en el Centro de Salud, el 64.7% indica que el Centro de Salud está “Muy cerca de su casa”, el 100% tiene seguro SIS – MINSA, el 56.9% indica que el tiempo de espera en el Centro de Salud es Regular, el 62.8% indica la calidad de atención es Regular, el 100% indica que no existe pandillaje cerca de su casa.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al personal de salud motivar y concientizar por medio de programas y capacitaciones de prevención y promoción de la salud dirigida a los adultos mayores, a tener nuevos hábitos de vida. Darles a conocer los resultados obtenidos de la tesis para que tomen conciencia de los factores que repercuten en su salud.

2. Se recomienda concientizar a las autoridades acerca de los resultados obtenidos, con el fin de ejecutar acciones de mejora en los estilos de vida, e invertir en infraestructura y recursos humanos en salud para que los adultos mayores tengan una atención de calidad en el establecimiento.

3. Realizar nuevas investigaciones en los diferentes distritos de la provincia de Condorcanqui, de manera que permita sumar a las investigaciones de Instituciones del Estado Peruano.

4. Recomendar a la Universidad Cesar Vallejo, incentivar a los maestrantes en continuar las investigaciones de los Determinantes de la Salud en el grupo etéreo de adultos mayores, con el fin de contribuir en informar al Estado acerca de sus condiciones de vida. Así evitaremos dejarlos en el olvido, más que todo son parte de la sociedad.

REFERENCIAS

- Acebedo, G., Martínez, David. y Utz, Lisandro (2001). La Salud y sus determinantes. La Salud Pública y la Medicina Preventiva. *Revista de Medicina Preventiva y Social*, 45,1-15
- Aguirre, L (2017). Housing as determination in the illness-health. The neighbourhood population on southwest periurban area of Mar del Plata [Tesis Doctoral, Universidad de Mar del Plata]. <https://revistasfaud.mdp.edu.ar/ia/citationstylelanguage/get/harvard-cite-them-right?submissionId=13&publicationId=12>
- American Journal of Sociology (2020). *Una introducción a la identidad construida y vivida precariamente*. *Revista Española de Sociología*, 29 (3, supl. 2) (2020), 1-9.
- Atun, R & Braga, J. (2014). *Health-system reform and universal health coverage in Latin America*. *Lancet*. [citado 1 oct 2021]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)
- Ávila León, S. C. (2017). *Determinantes sociales relacionados a la depresión del adulto mayor en el Centro de Salud de la Parroquia San Juan Cantón Gualaceo provincia del Azuay 2015*.
- Brown, M., Consedine, N., y Mogai, C. (2005). Altruism relates to health in an ethnically diverse sample of older adults. *The Journal of Gerontology*, 60(3), 143-152. doi: 10.1093/geron/60.3.P143
- Caballero Gonzales, E., Moreno Gelis, M., Sosa, M., Mitchell, E., Vega Hernandez, M. y
- CANADA HEALTH, OPS/OMS (2000). Salud de la Población. Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. "La perspectiva canadiense". Washington, D.C.

- Cardenaz, E., Juarez, C., Moscoso, R. y Vivas, J. (2017). *Determinantes sociales en Salud*. (N°2017-06925). Ediciones Esan.
- Cecchini S, Veras-Soares F. (2014). Conditional cash transfers and health in Latin America. *Lancet*. [citado 2021 Septiembre 28]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61279-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61279-4)
- CEPAL-Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. (2009). Extraído desde: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/38406/LCG2430b_1.pdf
- Chávez Cabanillas, T. J. y Diaz Zapata, B. N. (2017). Determinantes de la salud de los adultos mayores de la comunidad de Poyuntecucho [Tesis de Maestría, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote]. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/13950>
- Columbié Perez, Luz (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *Revista original*,43,1-10. <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2012/ifd1215d.pdf>
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. [CDSS]. Subsanan las desigualdades en una generación. Informe Final. Ginebra: OMS/OPS; 2008. Disponible en: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=368-comision-sobre-determinantes-sociales-de-la-salud-resumen-analitico-del-informe-final-2008&category_slug=equidad-en-salud&Itemid=493
- Dahlgren, G. and Whitehead, M. (1992) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Copenhagen, Institute for Futures Studies. Denmark: World Health Organization.
- De la Torre, G & Oyola, A(2014). Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición. *Revista Peruana de Epidemiología*,18(1),1-6. Fecha de Consulta 9 de Noviembre de 2021. ISSN: Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203132677002>

- DIRESA AMAZONAS (2015). Dirección de Epidemiología. Situación Epidemiológica de daños y eventos. http://dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_amazonas.pdf
- Girón Daviña, P. (2010). *Los determinantes de la Salud percibida en España*. [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/11024/>
- Gist, Y & Velkoff, V. (1997). Gender and aging: demographic dimensions, an international brief by the U.S. Department of Commerce. Bureau of the Census, I-/97-3. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=16819>
- Gobierno Regional de Amazonas (2020). *Situación Covid-19 Región Amazonas. Sala situacional Covid 19*. Oficina de epidemiología, prevención y control de enfermedades.
- Hatch L. (1995). Gray clouds and silver linings: women's resources in later life. En: Freeman J, ed. *Women: a feminist perspective*. California: Mayfield Publishing Co.:180-199.
- Hernández T (2010). Acciones sobre los determinantes sociales de la salud en Venezuela. *Revista Cubana de Salud Pública*; 2010 36(4)366-371. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_36_04_10/spu13410.htm
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Definición conceptual o constitutiva. En *Metodología de la Investigación* (6ª ed., pp. 119-125). México: McGraw-Hill.
- Hipólito Vera, R. P. (2016). *Determinantes de la salud en adultos mayores. Asentamiento Humano los cedros – Nuevo Chimbote*. [Tesis de Maestría, Universidad los Ángeles de Chimbote] <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/1243>.
- Instituto Nacional de Estadística (2012). Primeros resultados censo 2011. Consultado el 28-11-2021. Recuperado de: <http://www.ine.gov.ve/>

- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). Análisis de los resultados. Cuadros estadísticos de población, vivienda y hogar. Consultado el 15-09-2021. Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1567/01TOMO_01.pdf
- Jang, Y., Mortimer, J., y Haley, W. (2004). The role of social engagement in life satisfaction: its significance among older individuals with disease and disability. *The Journal of Applied Gerontology*, 23(3), 266-278. Recuperado de <http://jag.sagepub.com/content/23/3/266.short>
- Kinsella K, Phillips D. (2005). *Global aging: the challenge of success*. Popul Bull 60(1);2005 mar. <https://researchers.mq.edu.au/en/publications/global-aging-the-challenge-of-success>
- London, Silvia., Temporelli, Karina., Monterubblanesi, Pablo., (2016). Vinculación entre salud, ingreso y educación. Un Análisis comparativo para América Latina. Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. *Economía y Sociedad*, 14, 125-146. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=51011904007>.
- Movimiento Político Regional Energía Comunal Amazónica (2022). SESEN. “Con la experiencia de los adultos y con la fuerza de los jóvenes avanzaremos hacia el bicentenario”. Equipo técnico del Plan de Gobierno Distrito de Río Santiago [14 de Junio 2018]. <https://declara.jne.gob.pe/ASSETS/PLANGOBIERNO/FILEPLANGOBIERNO/5484.pdf>
- Municipalidad Distrital de Río Santiago (2019). *Plan de Gobierno: Con la experiencia de los adultos y con la fuerza de los jóvenes avanzaremos al bicentenario*. Equipo Técnico del Plan de Gobierno Distrito Río Santiago.
- National Institutes of Health (2013). *Transformación de Descubrimientos en Salud. Los beneficios de dormir*. Recuperado el 20 Septiembre 2021, de <https://salud.nih.gov/>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). La Comisión de determinantes sociales de la salud. Ginebra. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/.
- Organización Panamericana de la Salud (2012). *Determinantes e inequidades en Salud en la Región de las Américas*. Recuperado el 05 de Mayo de 2021, de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>. Organización Mundial de la Salud (2018). *Directrices de la OMS sobre vivienda y Salud. Resumen de Orientación*. (2018). Departamento de salud pública, medio ambiente y determinantes sociales de la salud.
- Orrego Molina, S. y Aibar Solana, A. (2016). *Older adults' Physical Activity Levels and Sedentary Behaviors in Huesca*. [Tesis de Maestría, Universidad de Zaragoza]. <http://zaguan.unizar.es/record/60544>.
- Pan American Health Organization (2000) Equity & Health. Occasional Publication No. 8. Washington, DC: Pan American Health Organization. (2006) "Health of the Indigenous Population in the Americas." 138th Session of the Executive Committee. June 19-23. Washington: Pan American Health Organization. Phillips, David R. y Yola Verhasselt (eds.) Health and Development. London and New York: Routledge.
- Salgado N, y Wong R (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Artículo Especial. Salud pública de México / vol.49, suplemento 4. Cuernavaca enero de 2007. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342007001000011&script=sci_arttext.
- Salgado, N. (2007) The double standard: age. En: Freeman J, ed. Women: a feminist perspective. California: Mayfield Publishing Co.:237-244.
- Sánchez Tirado, R. M. (2018). *Determinantes sociales de la salud desde la perspectiva del adulto mayor de la zona sur oriente del Estado de México* [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma del Estado de México]. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/94899>.

- Soto Abanto, S. E. (2018). ¿Qué tipo de muestreo se debe utilizar en una tesis?. Recuperado de: <https://tesisciencia.com/2018/08/29/muestreo-muestra-tesis>
- Thielmann K, Illnait Ferrer J, Clark Arxer II. Determinantes individuales y sociales de la salud. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2013 June [cited 2016 Feb 04];39(2):314-322. Disponible en:http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662013000200011&lng=en
- Tito Mayta, J. (2017). *Determinantes de riesgo relacionados con la calidad de Vida del Adulto mayor en el Distrito de Coasa, Puno 2017* [Tesis de Maestría, Universidad Andina Néstor Cáceres Velasquez]. <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/4079>.
- Tomasina, F (2012). Problems of work world and its impact on health Current financial crisis. *Revista de Salud Pública* 14 (1), 56-67.
- Tood J., Rossi, M. y Triunfo, P. (2007). El estado de salud del adulto mayor en América Latina. *Revista Scielo*, 23. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-47722007000100006.
- United Nations Population Division. (1999) World population prospects: the 1998 revision. Nueva York: United Nations. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/WPP2019_Highlights.pdf
- United Nations Population Fund. (1998). The state of the world population 1998. Nueva York: UNFPA. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp04_eng.pdf
- Valero, E (2019). Vivienda y Salud. *Revista OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud*.25(1), 1-9. Determinantes sociales de la salud – Oseki.

- Varela Pinedo, L.F. (2007). La salud del adulto mayor en la Amazonía. *Revista Peruana de Cardiología*, 32 (2), 36-42.
- Velásquez, A. (1999). Metodología de la investigación científica. Lima: Ed. San Marcos.
- Victora, C., Barreto M., & Carmo, L.(2011). *The Working Group. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward*; 377: 2042–53. Inglés.
- Vilchez Reyes, María (2016). *Determinantes de la salud en adultos de la ciudad de Chimbote* [Tesis de Maestría, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote].
- Wang TC y Chang TH(2007). *Application of consistent fuzzy preference relations in predicting the success of knowledge management implementation*, *European Journal of Operational Research*, 182,1313–1329.
- World Health Organization. (2004). The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty [consultado 2021 Octubre 14]. Disponible en http://www.who.int/gender/documents/en/Gender_Ageing.pdf
- World Health Organization. (2010). The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371>

ANEXOS

ANEXO N°01: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSION	INDICADOR	SUB INDICADOR	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Determinantes de la salud	Se define como circunstancias que la persona nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, que incluye su sistema de salud (OMS, 2012).	Conjunto de características biológicas referidos por los adultos mayores, en relación a su sexo, grado de instrucción ingreso económico, ocupación, vivienda, los cuales serán obtenidos mediante la aplicación de un cuestionario.	Determinante Biosocioeconómico	Sexo	Masculino	-	1	Nominal	INSTRUMENTO: Cuestionario: Determinantes de la salud de los adultos mayores. Hipólito, R. 2016 (ANEXO)
					Femenino				
				Grado instrucción	Sin nivel de instrucción	-	2	Ordinal	
					Inicial/Primaria				
					Secundaria Completa / Secundaria Incompleta				
					Superior Universitaria				
					Superior no Universitaria				
				Ingreso Económico	Menor de 750	-	3	Intervalo	
					De 751 a 1000				
					De 1001 a 1400				
					De 1401 a 1800				
					De 1401 a más				
				Ocupación del Jefe de familia	Trabajador estable	-	4	Nominal	
					Eventual				
Sin Ocupación									
Jubilado									

					Estudiante			
				Vivienda	Tipo	Vivienda Unifamiliar	5.1	Nominal
						Vivienda multifamiliar		
						Vecindada, quinta choza, cabaña		
						Local no destinada para habitación humana		
						Otros		
					Tenencia	Alquiler	5.2	
						Cuidador/Alojado		
						Plan Social		
						Alquiler venta		
						Propia		
					Material del piso	Tierra	5.3	
						Enablado		
				Losetas, vinílicos o sin vinílicos				

					Láminas asfaltadas				
					Parquet				
				Material del techo	Madera, estera	5.4			
					Adobe				
					Estera y adobe				
					Material noble ladrillo y cemento				
					Eternit				
			Material de las paredes	Madera, estera	5.5				
									Adobe
									Estera y adobe
									Material noble ladrillo y cemento
			Cuantas personas duermen en una habitación	4 a más miembros	5.6				
									2 a 3 miembros
									Independient e
			Abastecimi ento de Agua	Acequía	-	6	Nominal		
									Cisterna
									Pozo
									Red Pública

				Conexión domiciliaria				
			Eliminación de excretas	Aire libre	-	7	Nominal	
				Acequía, canal				
				Letrina				
				Baño público				
				Otros				
			Combustible para cocinar	Gas, electricidad	-	8	Nominal	
				Leña, Carbón				
				Bosta				
				Tuza (coronta de maíz)				
				Carca de vaca				
			Energía eléctrica	Sin energía	-	9	Energía Eléctrica	
				Lámpara (no eléctrica)				
				Grupo electrógeno				
				Energía eléctrica temporal				
				Energía eléctrica permanente				
				Vela				
			Disposición de basura	A campo abierto	-	10	Nominal	
				Al río				

					En un pozo				
					Se entierra, quema, carro recolector				
				¿Con qué frecuencia pasan recogiendo la basura por su casa?	Diariamente	-	11	Ordinal	
					Todas las semana pero no diariamente				
					Al menos 2 veces por semana				
					Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas				
			¿Suelen eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares?		Carro recolector	-	12	Nominal	
					Montículo o campo limpio				
					Contenedores específicos de recogida				
					Vertido por el fregadero o desagüe				
					Otros				
					Sí fumo, diariamente	-	13	Ordinal	

			Determinante de los Estilos de vida	Hábito de fumar	Sí fumo, pero no diariamente				
					No fumo, actualmente, pero he fumado antes				
					No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual				
				Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	Diario	-	14	Intervalo	
					Dos a tres veces por semana				
					Una vez a la semana				
					Una vez al mes				
					Ocasionalmente				
					No consumo				
				Horas que duerme	[06 a 08)	-	15	Intervalo	
					[08 a 10)				
					[10 a 12)				
			Frecuencia con que se baña	Diariamente		16	Nominal		
				4 veces a la semana					

				No se baña				
			Examen periódico en un establecimiento de salud	Sí				
				No	-	17	Nominal	
			Actividad física en tiempo libre.	Caminar				
				Deporte	-	18	Nominal	
				Gimnasia				
				No realizo				
			Actividad física que realizó en las dos últimas semanas durante más de 20 minutos	Caminar				
				Gimnasia suave	-	19	Nominal	
				Juegos con poco esfuerzo				
				Correr				
				Deporte				
				Ninguna				
			Dieta	Diario				-

					3 o más veces por semana				
					1 o 2 veces a la semana				
					Menos de 1 vez a la semana				
			Determinantes de las redes sociales y comunitarias	¿Recibe algún apoyo social comunitario ?	Familiares	-	21	Nominal	
					Amigos				
					Vecinos				
					Compañeros espirituales				
					Compañeros de trabajo				
					No recibo				
				¿Recibe algún apoyo social organizado?	Organizaciones de ayuda al enfermo	-	22	Nominal	
					Seguridad social				
					Empresa para la que trabaja				
					Instituciones de acogida				
					Organizaciones de voluntariado				
				No recibo					

				Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones	Pensión 65	-	23	Nominal	
					Comedor popular				
					Vaso de leche				
					Otros				
¿En qué institución de salud se atendió en estos 12 últimos meses?					Hospital	-	24	Nominal	
					Centro de salud				
					Puesto de salud				
					Clínicas particulares				
					Otros				
Considera usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:					Muy cerca de su casa	-	25	Ordinal	
					Regular				
					Lejos				
					Muy lejos de su casa				
					No sabe				
Qué tipo de seguro tiene Usted:					ESSALUD	-	26	Nominal	
					SIS-MINSA				
					SANIDAD				
					Otros				
					Muy largo	-	27	Ordinal	

				El tiempo que espero para que lo (la) atendieran en el establecimiento de salud ¿le pareció?	Regular				
					Corto				
					Muy corto				
					No sabe				
				En general, ¿La calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue?	Muy buena	-	28	Ordinal	
					Buena				
					Regular				
					Mala				
					Muy mala				
				¿Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?	Sí	-	29	Nominal	
No									



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Determinantes de la salud de los adultos mayores en el Centro Salud Candungos – Amazonas

El presente cuestionario tiene como propósito recabar información sobre “Los determinantes sociales de la Salud en los adultos mayores en el Centro de Salud Candungos – Amazonas”. Consta de 29 preguntas. Concentre su atención de manera que su respuesta sea fidedigna y confiable. Es de carácter anónimo, sólo es de interés los datos que pueda aportar de manera sincera.

*Cuestionario elaborado por Hipólito Vera Rocio del Pilar, en su Tesis titulada: Determinantes de la Salud en Adultos Mayores. Asentamiento Humano Los Cedros –Nuevo Chimbote, 2016. (Hipólito, R; 2016).

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

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

Dirección:

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONÓMICO

1. Sexo: Masculino () Femenino ()

2. Grado de instrucción:

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

3. 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 ()

4. Ocupación del jefe de familia:

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

5. Vivienda

5.1. Tipo:

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

5.2. Tenencia:

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

5.3. Material del piso:

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

5.4. Material del techo:

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

5.5. Material de las paredes:

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

5.6 Cuántas personas duermen en una habitación

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

6. Abastecimiento de agua:

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

7. Eliminación de excretas:

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

8. Combustible para cocinar:

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

9. Energía eléctrica:

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

10. Disposición de basura:

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

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

13. ¿Actualmente fuma?

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

14. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

15. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

16. Con que frecuencia se baña?

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

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

- Si ()
- NO ()

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

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

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

- Caminar ()

- Gimnasia suave ()

- Juegos con poco esfuerzo ()

- Correr ()

- Ninguna ()

- Deporte ()

20. DIETA:

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

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

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

21. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

22. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

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

23. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

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

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

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

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

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

26. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

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

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

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

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

29. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

- Si () - No ()

Muchas gracias, por su colaboración

ANEXO N°03: CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

En mi investigación donde existe interés por conocer el comportamiento de variables cuantitativas, (Soto, S. 2018) se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 S^2 N}{E^2 (N - 1) + Z^2 S^2}$$

S: Desviación estándar (S= 0.009)

E: Margen de error (E = 0.05)

n: Tamaño de muestra

N: Tamaño de población de personas adulta mayor (N = 83)

Z: Abscisa de la distribución normal a un 95% de nivel de confianza

($z_{1-\alpha/2} = 0,975 = 1.96$)

Reemplazando:

$$\frac{3.8416^2 \times 0.009^2 \times 83}{0.05^2 \times (82) + 1.96^2 \times 0.009^2}$$

La muestra se obtuvo mediante muestreo probabilístico aleatorio simple resultando 51 adultos mayores.

ANEXO N°04: VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó el instrumento de medición aplicados por el autor Hipólito Vera Rocio del Pilar, en su tesis de investigación cuyo objetivo fue Describir los determinantes de la salud, en los Adultos Mayores en el Asentamiento Humano Los Cedros – Nuevo Chimbote.

El instrumento consta de 29 ITEMS, con 03 dimensiones tomados de la teoría de Dahlgren y Whitehead:

El instrumento fue concretado a través de la consulta a personas del área de Salud. Un grupo 10 jueces expertos. Cada experto para cada ítem del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...

- esencial? - útil pero no esencial? - no necesaria?

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

Para efectos de este análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken.

$$V = \frac{X - 1}{K}$$

Donde

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

Se evaluó qué 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. Este valor indica que el

instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud en los adultos mayores.

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

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

Los datos obtenidos del instrumento, serán ingresados a una base de datos de SPSS 27.0 para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se construirán tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos.

ANEXO 05: AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS
RED DE SALUD CONDORCANQUI
MICRORED CANDUNGOS



“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA”

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Amazonas, 28 Octubre del 2021

Yo, Lucas Puscan Culqui, con DNI 45466662, Licenciado en enfermería, con CEP. 76417, Jefe de la Micro Red Candungos, tengo conocimiento que el servidor de la Institución MINSa, Ruiz Morales Alberto Guillermo con DNI 46746478, domiciliado en A.V. Bolognesi N°800 del distrito de Lambayeque, provincia de Lambayeque, es estudiante del programa de Maestría de la Universidad Cesar Vallejo – Filial Chiclayo, con Mención en Gestión de los Servicios de la Salud. Para efectos de obtener el Grado Académico de Maestro, debe realizar un trabajo de investigación.

Por tal motivo **SE AUTORIZA** la realización del trabajo de investigación con el Título “Determinantes de la salud de los adultos mayores en el Centro de Salud Candungos - Amazonas”.

Se expide el presente documento para los fines convenientes.

MINISTERIO DE SALUD
Lucas Puscan Culqui
LIC. ENF.
CEP. 76417
Firma

ANEXO 06: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

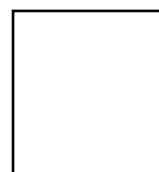
**Determinantes de la salud de los adultos mayores en el Centro de Salud
Candungos – Amazonas**

Yo,(Siglas del nombre) señalo mediante este documento estar informado (a) acerca de los objetivos de la presente investigación, por el cual acepto participar voluntariamente. Declaro responder con veracidad a las preguntas formuladas. Así mismo, el investigador se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos.

Por lo anterior doy mi asentimiento firmando el presente documento.

.....

FIRMA O HUELLA



ANEXO 07: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO SALUD CANDUNGOS – AMAZONAS, 2021

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS	VARIABLE	POBLACIÓN Y MUESTRA	ENFOQUE/NIVEL (ALCANCE)/ DISEÑO	TÉCNICA/ INSTRUMENTO
¿Cuáles son los determinantes de la salud de los adultos mayores en el Centro de Salud Candungos – Amazonas, 2021?	Objetivo Principal: Describir los determinantes de la salud de los adultos Mayores en el Centro de Salud Candungos – Amazonas, 2021.	Los determinantes de la Salud afectan a los adultos mayores en el Centro de Salud Candungos – Amazonas, 2021.	Determinantes de la Salud	Unidad de Análisis: Los adultos mayores que reunieron los criterios de inclusión en la investigación. La población está conformada por 83 adultos mayores que acuden al Centro de Salud Candungos – Amazonas. La muestra se obtuvo mediante muestreo probabilístico, aleatorio simple resultando 51 adultos mayores para la investigación	ENFOQUE CUANTITATIVO TIPO DE INVESTIGACIÓN: DESCRIPTIVA SIMPLE DISEÑO TRANSVERSAL	INSTRUMENTO : Cuestionario: Determinantes de la salud de los adultos mayores. Hipólito, R. 2016 (ANEXO 02)

ANEXO 08



ANEXO 8.1: Se coordina con la autoridad, el Sr. Cahuasa Lopez Edwin del CP. Candungos, para el llamado por altavoz a los pacientes en el Centro de Salud Candungos IPRESS 5180. Con la finalidad de evitar el hacinamiento en el establecimiento.



ANEXO 8.2: Previa autorización del Jefe del Centro de Salud Candungos, se inicia la aplicación del instrumento de investigación.



ANEXO 8.3: Se respetó los principios bioéticos de la investigación: Justicia, Beneficencia y No Maleficencia.