

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD
PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS**

TESIS:

**DETERMINANTES SOCIALES Y LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA
CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES. JAÉN. 2023**

Para optar el Grado Académico de

DOCTOR EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

Presentada por:

M.Cs. MARÍA AMELIA VALDERRAMA SORIANO

Asesora:

Dra. MARINA VIOLETA ESTRADA PÉREZ

Cajamarca, Perú

2025



**Universidad
Nacional de
Cajamarca**
"Norte de la Universidad Peruana"



CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:
María Amelia Valderrama Soriano
DNI: 26632337
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Doctorado en Ciencias, Mención: Salud
2. Asesora: Dra. Marina Violeta Estrada Pérez
3. Grado académico o título profesional
☐ Bachiller ☐ Título profesional ☐ Segunda especialidad
☐ Maestro ☒ Doctor
4. Tipo de Investigación:
☒ Tesis ☐ Trabajo de investigación ☐ Trabajo de suficiencia profesional
☐ Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
Determinantes sociales y la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores. Jaén.
2023
6. Fecha de evaluación: **17/09/2025**
7. Software antiplagio: ☒ TURNITIN ☐ URKUND (ORIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **14%**
9. Código Documento: **3117:514441782**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
☒ APROBADO ☐ PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: **30/10/2025**

Firma y/o Sello
Emisor Constancia



Dra. Marina Violeta Estrada Pérez
DNI: 26691371

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT @ 2025 by
MARÍA AMELIA VALDERRAMA SORIANO
Todos los derechos reservados



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERÚ



PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 11:30 horas, del día 04 de setiembre del año dos mil veinticinco, reunidos en el Aula 1Q-206 de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por el **Dr. ELFER GERMAN MIRANDA VALDIVIA**, **Dra. DIORGA NÉLIDA MEDINA HOYOS**, **Dra. DOLORES EVANGELINA CHÁVEZ CABRERA**, y en calidad de Asesora la **Dra. MARINA VIOLETA ESTRADA PÉREZ**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y el Reglamento del Programa de Doctorado de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se inició la SUSTENTACIÓN de la tesis titulada: **DETERMINANTES SOCIALES Y LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES. JAÉN. 2023**; presentada por la **Maestro en Ciencias Recursos Naturales MARÍA AMELIA VALDERRAMA SORIANO**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó aprobar con la calificación de 18 (dieciocho) Excelente la mencionada Tesis; en tal virtud la **Maestro en Ciencias Recursos Naturales MARÍA AMELIA VALDERRAMA SORIANO**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **DOCTOR EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, Mención **SALUD**.

Siendo las 1:00 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....
Dra. Marina Violeta Estrada Pérez
Asesora

.....
Dr. Elfer German Miranda Valdivia
Presidente – Comité Científico

.....
Dra. Diorga Nélida Medina Hoyos
Jurado Evaluador

.....
Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera
Jurado Evaluador

A:

Dios Todopoderoso, fuente de mi vida, por la protección constante y por otorgarme las fuerzas necesarias para superar los desafíos que la existencia me ha presentado. A través de Su gracia, he podido continuar mi camino, enfrentando con esperanza cada adversidad.

La memoria de mis queridos padres y hermanos, quienes, con su amor y sacrificio, sembraron en mí los principios que guían mi vida y mi obra. Su legado perdura en mi corazón y en cada uno de mis logros.

Mi amado esposo, mi más sincero agradecimiento por su amor incondicional, su apoyo constante y su profunda comprensión. Su acompañamiento en este camino académico ha sido fundamental, no solo como compañero, sino también como ejemplo de dedicación al estudio y a la superación personal.

Indira y Leslie gracias por su paciencia, comprensión y apoyo. Ustedes han sido una fuente de inspiración y fortaleza, y su presencia me ha brindado la motivación para continuar mi labor con empeño y dedicación.

Elíizabeth, César y mis queridas nietas Lucia y Aitana, dedico este esfuerzo como un testimonio de amor y perseverancia. Que el ejemplo de su NONA las inspire siempre a seguir adelante con valentía y compromiso.

A mis suegros, Martin y Umbelina, mi gratitud por su apoyo incondicional y su constante respaldo a lo largo de estos años. Su generosidad y cariño han sido un pilar fundamental en mi vida.

Adrián, agradezco su apoyo, en la realización de este proyecto.

A todos ustedes, mis seres queridos, les debo este trabajo y todo lo que soy. Su amor, apoyo y paciencia han sido la base sobre la cual he construido mis sueños.

AGRADECIMIENTOS:

Universidad Nacional de Cajamarca.

Dra Marina violeta Estrada Pérez, asesora de Tesis.

Los Directores de los Establecimientos de Salud de la ciudad de Jaén.

Todos los participantes en este estudio.

La salud de los individuos no está determinada solo por su comportamiento personal o los servicios de salud, sino también por las condiciones sociales en los que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

- Michael Marmot.

INDICE GENERAL

INDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE CUADROS	xii
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
INDICE DE ABREVIATURAS	xiv
APENDICES	xv
RESUMEN	xvi
ABSTRACT	xvii
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.1.1. Contextualización	1
1.1.2. Descripción del problema	5
1.1.3. Formulación del problema	10
1.2. Justificación e importancia	10
1.2.1. Justificación científica.	10
1.2.2. Justificación técnica - Práctica	12
1.2.3. Justificación Institucional y personal	14
1.3. Delimitación de la investigación	15
1.4. Limitaciones	16
1.5. Objetivos	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedentes de la investigación	18
2.2. Marco epistemológico de la investigación	24
2.3. Marco doctrinal	25
2.4. Marco conceptual	36
2.5. Definición de términos básicos	57
CAPITULO III: PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES.	58
3.1. Hipótesis	58
3.2. Variables.	58
3.3. Operacionalización de variables	59
CAPITULO IV: MARCO METODOLÓGICO	62
4.1. Ámbito de estudio	62
4.2. Diseño de la investigación	62
4.3. Métodos de investigación	63
4.4. Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación, criterios de inclusión.	65
4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información	67
4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	69
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	71
5.1. Presentación de resultados	71
5.2. Análisis, interpretación y discusión de resultados	78
5.3. Contrastación de hipótesis	96

CONCLUSIONES	99
RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
APÉNDICES	109
ANEXOS	120

ÍNDICE DE TABLAS

		Pag.
Tabla 1	Determinantes sociales intermedios de la salud según nivel de riesgo en los adultos mayores de la ciudad de Jaén-Cajamarca 2023.	71
Tabla 2	Determinantes sociales intermedios de la salud, según nivel de riesgo y dimensiones, en los adultos mayores de la ciudad de Jaén-Cajamarca. 2023.	72
Tabla 3	Nivel de Autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores de la ciudad de Jaén-Cajamarca 2023.	73
Tabla 4	Nivel de autopercepción de la calidad de vida según dimensiones en los adultos mayores de la ciudad de Jaén-Cajamarca 2023.	74
Tabla 5	Determinantes sociales intermedios su relación con la autopercepción de la calidad de vida, según dimensiones, de los adultos mayores. Jaén. 2023	75
Tabla 6	Determinantes sociales intermedios, según dimensiones y la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Jaén - Cajamarca. 2023.	76
Tabla 7	Determinantes sociales intermedios su correlación con la autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores de la ciudad de Jaén -Cajamarca 2023.	77

ÍNDICE DE CUADROS

	Pag.
Cuadro 1	Operacionalización de variables
Cuadro 2	Matriz de consistencia metodológica
	58
	125

ÍNDICE DE FIGURAS

		Pag.
Fig. 1	Modelo de Determinantes Sociales de la Salud.OPS/OMS.	37
Fig. 2	Determinantes de la salud y determinantes sociales de la salud intermedios. Composición a partir de los Modelos de Lalonde de 1974 y de la CDSS de la OMS de 2008.	44

LISTA DE ABREVIATURAS

AP:	Atención Primaria
ASIS:	Análisis de Situación de Salud
APES:	Autopercepción del estado de salud
APS/(SRH):	Autopercepción de la salud
ASG:	Autoreporte de salud en general
APES:	Autopercepción del estado de salud
CV:	Calidad de vida
CVRS:	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
CELADE:	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CSDS:	Comisión de Determinantes Sociales de la Salud
DSS:	Determinantes sociales de la salud
ENAH:	Encuesta Nacional de Hogares
ENT:	Enfermedades no transmisibles
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PSE:	Posición socioeconómica
SMV:	Sueldo mínimo vital
SDoH	Determinantes sociales y conductuales de la salud.
SPH positiva:	Autopercepción positiva de la salud

APÉNDICES

	Pag.
Apéndice 1	109
Prueba de normalidad para las valoraciones de las variables determinantes sociales intermedios y la autopercepción de la salud	
Apéndice 2	110
Dispersión de puntos.	
Apéndice 3	111
Cuestionario: Determinantes sociales de la salud.	
Apéndice 4	116
Data con los resultados ítem por ítem del cuestionario determinantes sociales de la salud	
Apéndice 5	118
Data con los resultados ítem por ítem del cuestionario de la autopercepción de la calidad de vida (WHOQOL-BREF)	

RESUMEN

La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud ; brindar evidencias científicas acerca de la determinación de los procesos sobre la salud de la población, sobre todo del adulto mayor, cuya tendencia se encuentra en constante aumento a nivel mundial; permitirá fundamentar estrategias, formulación de políticas de salud.

Objetivo: Determinar la relación entre los determinantes sociales intermedios y la autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores de la ciudad de Jaén - Cajamarca 2023. **Metodología:** Estudio tipo no experimental, enfoque cuantitativo, diseño correlacional, método hipotético-deductivo. Muestra:368 adultos mayores. Se utilizó una encuesta previamente elaborada, para identificar los determinantes sociales intermedios de la salud, tuvo validez aceptable con un coeficiente total V Aikeny 1.3, confiabilidad interna altamente significativa con Alfa de Cronbach de 0.854. La autopercepción de la calidad de vida fue evaluada utilizando la encuesta percepción de la calidad de vida (WHOQOL BREF), elaborada por la OMS. Resultados: La mayoría de participantes en el estudio no presentaron determinantes sociales intermedios de riesgo (80.40%), los determinantes sociales intermedios en las dimensiones condiciones materiales de vida (85,60%) factores biológicos (76,60), cohesión social / capital social (70.40%), sistema sanitario (63.60%) y estilo de vida (58.40%), fueron considerados como adecuados; sin embargo solo la dimensión contexto psicosocial se encontró en riesgo (66.30%); 63.86% tienen una autopercepción de la calidad de vida baja; respecto a sus dimensiones todas se encontraron en el nivel medio (salud psicológica 94.29%),salud física 92.66%, ambiente (89.95% y relaciones sociales 79.62%); los determinantes sociales intermedios condiciones de vida (0.262), sistema sanitario (0.225), y estilos de vida (0.223) tiene la correlación positiva más fuerte con la dimensión salud psicológica de la autopercepción de la calidad de vida. Conclusión: Existe una relación significativa entre los determinantes sociales intermedios de la salud y la autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023.

Palabras clave: determinantes sociales, calidad vida adultos mayores

ABSTRACT

Population health addresses the social, work, and personal environment that influences people's health, the conditions that allow and support people in their choice of healthy alternatives, and the services that promote and maintain health; provide scientific evidence about the determination of the processes on the health of the population, especially of the elderly, whose trend is constantly increasing worldwide; will allow to base the formulation of health policies. Objective: To determine the relationship between intermediate social determinants and self-perception of quality of life in older adults in the city of Jaén -Cajamarca 2023. Methodology: Non-experimental type study, quantitative approach, correlational design, hypothetical-deductive method. Sample: 368 older adults. A previously prepared survey was used to identify the intermediate social determinants of health, it had acceptable validity with a total Aiken's V coefficient of 1.3, highly significant internal reliability with a Cronbach's Alpha of 0.854. To assess self-perception of quality of life, the WHO Quality of Life Perception Survey (WHOQOL BREF) was used. Results: The majority of study participants did not present intermediate social determinants of risk (80.40%), the intermediate social determinants in the dimensions material living conditions (85.60%) biological factors (76.60), social cohesion / social capital (70.40%), health system (63.60%) and lifestyle (58.40%), were considered adequate; however, only the psychosocial context dimension was found to be at risk (66.30%); 63.86% have a low self-perception of quality of life; Regarding their dimensions, all were found at the medium level (psychological health (94.29%), physical health 92.66%, environment (89.95% and social relationships 79.62%); the intermediate social determinants living conditions (0.262), health system (0.225), and lifestyles (0.223) have the strongest positive correlation with the psychological health dimension of self-perception of quality of life. Conclusion: There is a significant relationship between the intermediate social determinants of health and self-perception of quality of life in older adults in the city of Jaén -Cajamarca 2023.

Keywords: social determinants, quality of life for older adults

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1. Contextualización

La relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud se estableció desde las primeras décadas del siglo XIX, cuando se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación de los pobres que trabajaban en las grandes fábricas urbanas europeas. A pesar de la clara asociación entre la calidad de vida y las enfermedades, en el siglo XIX se implantó en Europa y en Estados Unidos el llamado modelo higienista, que promovió una visión unicausal con énfasis en los aspectos biológicos tanto de las enfermedades como de las estrategias curativas. El higienismo, importado a Latinoamérica, influyó en la formación de los profesionales de salud y en las políticas sanitarias latinoamericanas prácticamente durante todo el siglo XX (1).

Apoyándose en sólida evidencia científica y enmarcado en el cambiante panorama de la política de salud, incluyendo la emergencia de paradigmas neoliberales, se ha demostrado que los avances en determinantes fundamentales como la suficiencia nutricional, el acceso a agua potable, la eficacia de los sistemas de saneamiento y la mejora en la calidad de la vivienda ejercieron una influencia más

profunda en los incrementos históricos de la esperanza de vida y en la reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna en las naciones europeas, en comparación con la expansión y sofisticación de los servicios e instituciones de atención médica.

Esto subraya el papel crucial de las intervenciones de salud pública dirigidas a las condiciones socio-ambientales como motores primarios de las mejoras en la salud poblacional durante períodos críticos de transición demográfica. Con el auge del neoliberalismo en la salud y el respaldo de la evidencia científica, se ha demostrado la influencia crucial que tuvieron factores como la mejora de la alimentación, el acceso a agua potable, el manejo adecuado de sistemas de eliminación de excretas y el uso de mejores materiales en la construcción de viviendas sobre el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la mortalidad infantil y materna en los países europeos. Estos factores resultaron ser más determinantes que el desarrollo y la expansión de los servicios e instituciones de salud (1).

Estas circunstancias destacan la importancia de un enfoque multicausal en la relación entre las condiciones de vida y la salud, tanto a nivel individual como colectivo. Lo cual ha sido adoptado e integrado por diversos autores, como Marc Lalonde y la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes proponen el modelo de los determinantes sociales que influyen en la salud de la población. El primero en su estudio sobre las principales causas de muerte y enfermedad entre los canadienses, fue Lalonde M (2), introdujo el concepto de los determinantes de la salud a nivel individual y poblacional e identificó a cuatro elementos básicos: los estilos de vida, la biología humana, el sistema sanitario y el medio ambiente;

agrupándolos en dos grandes categorías: aquellos de responsabilidad multisectorial del Estado, como los factores económicos, sociales y políticos, y aquellos que corresponden específicamente al sector salud, enfocados en acciones estatales destinadas al beneficio de la población, ya sea mediante vigilancia y control o a través de promoción e intervención directa.

De manera complementaria, el Comité Consultivo Federal, Provincial y Territorial sobre la Salud Canadiense (2002) (2) destacó que los determinantes de la salud pueden clasificarse en categorías como el ambiente socioeconómico, el entorno físico, los hábitos personales y las capacidades de adaptación, así como los servicios de salud. Este enfoque ha contribuido de manera significativa a la mejora gradual de la salud poblacional, consolidándose como un hito relevante en la salud pública, disciplina que orienta las acciones de los servicios de salud en su objetivo de proteger y promover el bienestar colectivo.

En esta perspectiva, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS (3) formuló el modelo de los determinantes sociales de la salud, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida cotidianas, abordar la distribución desigual del poder y los recursos, y analizar las desigualdades en salud, permite diseñar intervenciones más efectivas mediante políticas adaptadas a las particularidades socioeconómicas y políticas de cada país.

Hablar sobre los determinantes sociales de la salud (DSS) va más allá de una simple enumeración de los factores que influyen en la salud poblacional. Se adentra en el intrincado impacto diferencial de estos determinantes, reconociendo que las variables que moldean las métricas generales de salud no son

necesariamente las mismas que delinean las disparidades de salud entre los estratos socioeconómicos. Si bien numerosos procesos sociales ejercen influencia en el estado de salud general de una población, un subconjunto de estos factores afecta de manera desproporcionada a los grupos vulnerables, exacerbando así las desigualdades de salud existentes. La población de adultos mayores sirve como un ejemplo destacado, donde sus condiciones de vida y trayectorias de salud están profundamente moldeadas por los DSS. Estas disparidades observadas no son ocurrencias aleatorias, sino más bien reflejos de inequidades fundamentales incrustadas dentro del contexto socio ambiental más amplio en el que los individuos viven y se desarrollan como seres humanos. (3)

La autopercepción del estado de salud constituye una herramienta conceptual y metodológica pertinente para la evaluación del estado sanitario a nivel poblacional, en virtud de su capacidad para sintetizar e integrar dimensiones tanto socio contextuales como biomédicas del bienestar individual. No obstante, el grueso de la investigación científica en el ámbito de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) tiende a focalizarse en indicadores de resultado más discretos y convencionales, tales como perfiles de morbilidad y mortalidad, patrones de consumo farmacéutico, índices de siniestralidad laboral, utilización de servicios asistenciales, estado de salud mental, capacidad funcional, hábitos nutricionales, salud oral o calidad de vida, así como en los determinantes sociales estructurales subyacentes.

No obstante, rara vez se enfocan específicamente en los determinantes sociales intermedios. Identificar cuáles son estos factores y cómo se relacionan con la salud de los adultos mayores podría ofrecer valiosas oportunidades para abordar esta

problemática de manera más efectiva.

La presente investigación se desarrolló en la provincia de Jaén, Región Cajamarca y se enfocó en personas mayores de 60 años atendidos en los establecimientos de salud durante el año 2023. Las variables de estudio incluyeron los determinantes sociales intermedios de la salud, la autopercepción de la calidad de vida y su relación en este grupo poblacional.

El propósito de esta investigación fue identificar los determinantes sociales intermedios su relación con la autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores, con la finalidad de generar conocimiento que contribuya al diseño y planificación de estrategias orientadas a mejorar las condiciones de vida y salud de la población del adulto mayor.

1.1.2 Descripción del problema

El grupo poblacional de adultos mayores está creciendo de manera sostenida a nivel mundial, nacional y local. Según proyecciones, la población de 60 años o más pasó de 1,000 millones en 2020 a una estimación de 1,400 millones para 2030, lo que implica que una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más (4).

En su informe Salud en las Américas: Perfil de País, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (3), analiza el perfil demográfico de la población mayor de 65 años en 2023, respecto al año 2000 en Cuba, las personas mayores de 65 años representaban el 16,1% de la población total; lo que supone un incremento de 6,2 puntos porcentuales. En Chile, este grupo alcanzó el 13,5% con un aumento de 5,5 puntos porcentuales. México, los adultos mayores constituyeron el 8,6% de la

población, observándose un incremento de 3,6 puntos porcentuales, En Bolivia, para el año 2021 los mayores de 65 años representaban el 4,9% del total. Colombia en 2023 esta población constituía el 9,4% del total. Este aumento demográfico en la proporción de adultos mayores se observa de manera consistente en varios países de la región, reflejando una tendencia de envejecimiento poblacional a nivel global.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (5) en el año 2020 Perú registró 4 millones 140 mil adultos mayores de 60 o más años lo que representó el 12,7% de la población total para el año 2025, se espera que esta cifra alcance los 4 millones 470 mil, lo que subraya la importancia de estudiar este grupo poblacional.

En Cajamarca, según el Censo 2017, los adultos mayores representaban 160,321 personas, cifra que se incrementó en 2023. En el distrito de Jaén, la población de adultos mayores alcanzó los 8,502, con un alto índice de pobreza total y una economía basada en el sector agropecuario (5).

De acuerdo con la OMS (4) la esperanza de vida ha aumentado globalmente, y la mayoría de las personas vive ahora 60 años o más. Este cambio es parte de la transición epidemiológica, en la que las enfermedades crónicas no transmisibles han desplazado a las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales como la principal causa de muerte, representando el 87,2% de los fallecimientos en personas mayores, independientemente del sexo, grupo etario o país.

El patrón de enfermedades varía según el país, y estas diferencias están influenciadas por factores socioeconómicos, hábitos y estilos de vida, que son especialmente diversos en la región de las Américas.

Además, la vejez se caracteriza por la aparición de estados de salud complejos conocidos como síndromes geriátricos, los cuales suelen ser resultado de múltiples factores subyacentes. Entre estos síndromes se incluyen la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, los estados delirantes y las úlceras por presión.

Entre las afecciones más comunes de la vejez cabe citar la pérdida de audición, las cataratas y los errores de refracción, los dolores de espalda y cuello, osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia. A medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo. Este panorama resalta la necesidad de un enfoque integral en la atención a los adultos mayores, considerando tanto las enfermedades crónicas como los desafíos asociados a los síndromes geriátricos y las discapacidades (4).

Entre octubre y diciembre de 2023 el INEI (5) reportó que el 78,9% de los adultos mayores en el país sufrían de problemas crónicos de salud. Por sexo, el 82,9% de las mujeres presentó alguna condición crónica, superando a los hombres por 8,5 puntos porcentuales (74,4%). En términos de residencia, el 82,9% de los adultos mayores en áreas urbanas presentó mayor prevalencia de estas condiciones.

Los resultados de Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) señalan que el 80% de los adultos mayores a nivel nacional padecen de enfermedades crónicas: artritis, hipertensión, diabetes, TBC, entre otros. El 85,1% de las mujeres y el 74,2% de hombres adultos mayores, padecen de algún problema de salud crónico.

En 2022, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) (7) identificó que los adultos mayores en Cajamarca presentaron la mayor morbilidad por enfermedades del sistema digestivo (1462 caso), mientras que las enfermedades del sistema

respiratorio fueron la principal causa de los 8,666 fallecimientos registrados en este grupo etario, representando el 43,8% del total de muertes.

Respecto a la situación económica, a nivel de la región de las América Latina y el Caribe, ha sido afectada por la contracción del crecimiento económico, altas tasas de inflación y un incremento en la pobreza e inseguridad alimentaria. En 2022, la pobreza en la región alcanzó el 33,7%, lo que representa 22 millones de personas adicionales en situación de pobreza desde 2014, de las cuales 8 millones viven en condiciones de pobreza extrema (9).

En Perú, la pandemia de COVID-19 exacerbó los niveles de pobreza, especialmente en las mujeres adultas mayores. Según el INEI (2021) (6), la pobreza nacional aumentó del 22% al 30%, con un impacto desproporcionado en los adultos mayores. Durante el último trimestre de 2023, el 52,7% de los adultos mayores participaban en el mercado laboral, siendo la tasa más alta en hombres (61,8%) frente a mujeres (43,8%). Según el INEI (5) la población de adultos mayores en Jaén Cajamarca, alcanzó un alto índice de pobreza, cuya economía estuvo basada en el sector agropecuario.

En el aspecto educativo, 12,8% de la población adulta mayor no cuenta con nivel educativo o solo tiene nivel inicial, mientras que el 15% no sabe leer ni escribir, con una mayor prevalencia en mujeres (23,1%). Además, solo el 20% de los hogares liderados por adultos mayores acceden al programa social Pensión 65 (6).

En relación con la salud, el 86,9% de los adultos mayores cuentan con algún tipo de seguro de salud, destacando el Seguro Integral de Salud (SIS) con el 47,4%. Sin embargo, el acceso a servicios de salud sigue siendo limitado: el 40,5% de

quienes padecieron algún problema crónico buscaron atención médica, mientras que un 13,5% no lo hizo por falta de dinero (5).

Respecto a la calidad de vida del adulto mayor en las últimas dos décadas, en América Latina y el Caribe ha logrado importantes avances. Las personas mayores de la región viven más tiempo con mejor salud y menos pobreza que hace 20 años. En el año 2000, una persona promedio de 65 años podía esperar vivir 7,1 años con buena salud y sin pobreza. En el año 2019, este indicador había aumentado un 37%, hasta los 9,7 años. Alrededor del 86% de esta ganancia es atribuible a un descenso de las tasas de pobreza entre las personas mayores (de 48% al 34%). (62)

La autopercepción de la calidad de vida varía según el contexto. En América Latina, Chile (2022) reportó que más de la mitad de los adultos mayores evaluaron su salud como buena o excelente, especialmente aquellos con niveles educativos más altos. En contraste, en Perú, la percepción tiende a ser más negativa, influenciada por determinantes como el nivel educativo, acceso a servicios básicos y condiciones económicas.

Existen múltiples organizaciones orientadas a mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores, pero predominan aquellas lideradas por mujeres. Sin embargo, los estudios y estadísticas son aún limitados, tanto a nivel global como local, dificultando una intervención efectiva en esta población.

En este contexto, consideramos importante realizar el estudio sobre la relación de los determinantes sociales intermedios de la salud y la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores, por lo que se formuló la siguiente pregunta de investigación.

1.1.3 Formulación del problema:

¿Qué relación existe entre los determinantes sociales intermedios y la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Jaén? Cajamarca. 2023?

1.2. Justificación e importancia

1.2.1. Justificación científica

El envejecimiento poblacional constituye un fenómeno demográfico con profundas y multifacéticas repercusiones socioeconómicas, que se manifiestan tanto en el ámbito colectivo como individual. Dada la envergadura y la celeridad con la que esta transición demográfica se está desarrollando a escala global, particularmente acentuada en las naciones en vías de desarrollo, resulta perentorio implementar estrategias prospectivas para mitigar sus potenciales consecuencias adversas. Ello cobra especial relevancia si se considera que una proporción considerable de la población de edad avanzada en estos contextos ha sobrevivido a condiciones de morbilidad y malnutrición prevalentes en sus etapas tempranas de vida, y que, simultáneamente, carecen de los recursos financieros o los mecanismos de ahorro necesarios para asegurar una vejez digna y económicamente estable (19).

Vinculado a las consecuencias referidas, y a fin de que todos los adultos mayores puedan vivir la extensión de la vida de la mejor manera posible, resulta necesario generar políticas y programas de desarrollo que tiendan a producir adecuaciones en diferentes aspectos relacionados con las organizaciones sociales, la

participación ciudadana, los sistemas productivos y previsionales, los regímenes de seguridad y de asistencia social. Se requiere entonces estar al tanto de las condiciones de vida y la realidad de este grupo poblacional.

La justificación científica de esta investigación radica en la necesidad de comprender cómo los determinantes sociales intermedios influyen en la autopercepción de la calidad de vida en salud en los adultos mayores, una población vulnerable cuyo bienestar se ve afectado por múltiples factores sociales y económicos. Los determinantes sociales intermedios, como las condiciones de vida, el nivel educativo, el acceso a servicios de salud y las redes de apoyo social, desempeñan un papel fundamental en la forma en que las personas evalúan su calidad de vida y su salud.

Estudiar esta relación es esencial para identificar factores que puedan estar limitando el bienestar de los adultos mayores y diseñar estrategias específicas para mejorar su calidad de vida en salud.

La autopercepción de la salud, como indicador subjetivo, pero altamente correlacionado con el estado de salud objetivo, permite explorar cómo los adultos mayores experimentan su bienestar de manera integral. En el contexto de Jaén-Cajamarca, donde las condiciones socioculturales y económicas tienen particularidades únicas, investigar esta relación permitirá generar evidencia específica del entorno local, contribuyendo al conocimiento científico sobre los factores que afectan la salud en poblaciones envejecidas.

Por lo que la presente investigación se erige con el propósito fundamental de contribuir al conocimiento científico mediante la exploración exhaustiva de la

complicada relación existente entre los determinantes sociales intermedios y la autopercepción de la calidad de vida en la población adulta mayor. En este sentido, el estudio se plantea como objetivo primordial dilucidar la naturaleza y la magnitud de las interconexiones causales y asociativas que vinculan estas variables.

Más allá de la mera identificación de correlaciones, la investigación aspira a trascender el marco teórico preexistente para construir una versión contextualizada de los determinantes sociales intermedios, específicamente adaptada a las particularidades de la población adulta mayor dentro del entorno específico del estudio. Esta adaptación se realizará con un enfoque particular en la autopercepción de la calidad de vida como un indicador subjetivo del estado de salud integral de este grupo etario, siguiendo el modelo de los DDSS de la OMS, los cuales puede ser replicables en otros contextos de la región.

La investigación resultó pertinente, ya que, aunque los determinantes sociales de la salud (DSS) han sido ampliamente estudiados en la población adulta mayor a nivel global, los estudios locales son escasos. Esto adquiere mayor relevancia si se considera la multiculturalidad de nuestro país y la distribución desigual y heterogénea de las condiciones económicas, sociales y políticas de la población. Por ello, el presente estudio se considera de gran importancia.

1.2.2. Justificación técnica – Práctica

Son varios los determinantes sociales que influyen sobre la salud de la población, en diferente magnitud, de los cuales algunos no son modificables, otros posibles de modificar como los estilos de vida individuales, los mismos están determinados

por la conducta del individuo, sus creencias, valores, bagaje histórico y percepción del mundo, su actitud frente al riesgo y la visión de su salud futura, su capacidad de comunicación, de manejo del estrés y de adaptación y control sobre las circunstancias de su vida. Diversos estudios han ido proveyendo a los tomadores de decisiones de políticas de salud de un creciente cúmulo de evidencias acerca de la importancia de los determinantes claves que influyen sobre la salud de la población (1).

La transición demográfica que se manifiesta en el envejecimiento de la población en países de ingresos medios y bajos impone una doble carga epidemiológica a sus sistemas de salud. Estas naciones, que aún lidian con una morbilidad y mortalidad considerables derivadas de enfermedades infecciosas, deficiencias nutricionales como la anemia y desnutrición, así como con desafíos persistentes en salud materno-neonatal, enfrentan simultáneamente un incremento sustancial en incidencia y prevalencia de neoplasias y enfermedades crónicas no transmisibles, patologías que se asocian altamente al avance de la edad. Este solapamiento de perfiles epidemiológicos demanda una reorientación estratégica y una asignación de recursos compleja para abordar eficazmente el espectro completo de necesidades de salud de estas poblaciones en envejecimiento (12).

Por lo que consideramos que los resultados de esta investigación permitirán observar que determinantes intermedios tienen mayor incidencia en el grupo de estudio y como estos se asocian con la autopercepción de la calidad de vida. En este sentido podríamos conocer las condiciones que influyen directa o indirectamente en la salud de las personas adultas mayores permitiéndonos ampliar el panorama en las que viven, evidenciando científicamente y de esta

manera contribuir en la propuesta de estrategias y programas de salud dirigidos a este grupo poblacional de acuerdo con los resultados encontrados.

Este estudio no solo aportará a la comprensión científica de la influencia de los determinantes sociales intermedios en la autopercepción de la calidad de vida, sino que también tiene implicaciones prácticas para el diseño de políticas públicas y programas de intervención. Permitiendo orientar estrategias que promuevan el envejecimiento saludable, fomenten la equidad en salud y mejoren las condiciones sociales que determinan la calidad de vida de los adultos mayores a nivel local.

1.2.3. Justificación Institucional y personal

La investigación surge ante el interés Institucional como Universidad de generar información cercana a la realidad de los determinantes sociales y la manera como éstos se relacionan con la salud del adulto mayor; población en constante crecimiento a nivel mundial. Procurando de esta manera brindar, a los gobernantes y a los otros actores sociales del campo sanitario información que muestre evidencias científicas sobre los determinantes de la salud, puesto que conocemos que estudios de este tipo son limitados; sin embargo sería muy esencial tenerlo en cuenta como una herramienta de análisis para la formulación e implementación de políticas públicas y estrategias basadas en evidencias; ya que actualmente notamos la existencia de una fluidez de políticas que se vienen dando desde hace mucho tiempo atrás; pero no se ven los resultados, porque las realidades son distintas y quizá están siendo mal enfocados y distribuidos en poblaciones que no lo necesitan o no tienen una correspondencia a su problemática.

Considero además que académicamente me encuentro muy motivada e interesada en el desarrollo de esta investigación, toda vez que en la asignatura que desarrollo tiene mucho contenido de este tema, y cuyos resultados podré compartir con todas las personas interesadas, haciendo notar la importancia de su aplicación con este grupo poblacional.

1.3. Delimitación de la investigación

La investigación se llevó a cabo en los establecimientos de salud, específicamente en los consultorios del adulto mayor del distrito de Jaén Cajamarca, lugares donde esta población acude regularmente para recibir atención médica. Este entorno permitió realizar el estudio en un contexto natural, cercano a su realidad cotidiana, respetando su situación social, económica y cultural. Además, se dispuso de los recursos necesarios para el desarrollo del trabajo, incluyendo tiempo, presupuesto, materiales y personal capacitado para la recolección de datos, todo ello alineado con el diseño metodológico y las características de la población de estudio.

En este estudio se analizaron los determinantes sociales intermedios de la salud, clasificados en recursos materiales, factores psicosociales, factores conductuales, biológicos, y sistemas de salud. Posteriormente, se evaluó la autopercepción de la calidad de vida, abordando aspectos como salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Esto permitió establecer la relación entre ambos conjuntos de variables.

Los resultados de esta investigación contribuirán a ampliar la comprensión sobre las condiciones de vida de los adultos mayores, sirviendo como base para diseñar estrategias y programas de salud específicos que respondan a sus necesidades.

Asimismo, la autopercepción de la salud, como indicador clave, no solo se vincula con el estado de salud, sino también con la calidad de vida y el bienestar en el proceso de envejecimiento.

La población seleccionada para la investigación fueron los adultos mayores de la ciudad de Jaén -Cajamarca en el año 2023, tomando como referencia la población sujeta de programación de los diferentes establecimientos de salud.

1.4. Limitaciones

Las limitaciones de esta investigación se centraron principalmente en la falta de estudios previos similares al tema, lo que dificultó el establecimiento de un marco comparativo robusto. Asimismo, el acceso limitado a fuentes académicas y científicas relevantes representó un desafío para la obtención de información de referencia actualizada y suficiente.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Determinar la relación entre los determinantes sociales intermedios y la autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023.

1.5.2 Específicos:

- a) Establecer el riesgo de los determinantes sociales intermedios de la salud de los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023.

- b) Identificar los determinantes sociales intermedios de la salud según el riesgo y dimensiones clasificados en: recursos materiales, factores psicosociales, factores conductuales, biológicos, sistemas de salud y cohesión social/capital social en los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023.
- c) Determinar el nivel de la autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023.
- d) Identificar el nivel de la autopercepción de la calidad de vida según dimensiones caracterizados en salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente en los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

En el contexto internacional, Araujo et al. (13) Investigaron sobre los Determinantes sociales, prevalencia y factores asociados a la salud autopercebida en Mâncio Lima. En cuanto a la valoración de la salud autopercebida por los participantes del estudio, el 55,5% consideró su estado de salud como bueno o excelente, mientras que el 44,5% lo consideró como malo o regular, denotando una Autopercepción positiva de la salud de los entrevistados. Sexo, edad, educación, presencia de morbilidades en los últimos 15 días, beneficio del gobierno y el ingreso per cápita se asociaron con el resultado. Por lo tanto, conocer los factores que afectan la autopercepción de la salud es importante para la creación y mejora de políticas públicas de prevención y promoción de la salud.

También, Geigl, C. Spagert, L. Loss, J. et al. (14) realizó una investigación sobre la Calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores alemanes y factores sociales asociados. Se utilizaron modelos de regresión lineal múltiple para analizar las asociaciones entre los factores sociales y la CVRS física y mental. Conclusiones: Los factores sociodemográficos, socioeconómicos, psicosociales y conductuales están asociados con la calidad de vida relacionada con la salud física y mental en

los adultos mayores alemanes. Las condiciones sociales deben considerarse al dirigir las intervenciones específicas del grupo para reducir las inequidades socialmente determinadas en la calidad de vida relacionada con la salud entre los adultos mayores.

Igualmente, Lim SC, Chan YM, Gan WY (15). Estudiaron los Determinantes sociales y de salud de la calidad de vida (CV) de los adultos mayores que viven en la comunidad en Malasia. Estudio transversal, mediante una encuesta cuantitativa de hogares con muestreo multietápico. Se reclutó a un total de 698 encuestados de 60 años o más, la mayoría de los cuales gozaban de buena calidad de vida. El riesgo de depresión, la discapacidad, la experiencia con un accidente cerebrovascular, los bajos ingresos familiares y la falta de redes sociales se identificaron como predictores de una mala calidad de vida entre los malasios mayores que viven en la comunidad. Los predictores identificados de la calidad de vida proporcionaron una lista de prioridades para el desarrollo de políticas, estrategias, programas e intervenciones que mejoren la calidad de vida de los malasios mayores que viven en la comunidad. Se requieren enfoques multisectoriales, especialmente esfuerzos colectivos de los sectores social y sanitario, para abordar las complejidades de los problemas del envejecimiento.

Asimismo, Iwata Y.Yokoyama A. Oe N.et al. (16) Estudiaron los Determinantes de las disparidades de salud autoevaluadas entre adultos mayores independientes que viven en la comunidad: un análisis estratificado por edad. Estudio transversal de 846 adultos mayores en Yokohama, Japón, que completaron cuestionarios autoadministrados, revelaron que una alta autopercepción de la salud (SRH) estaba

constantemente vinculada con la baja prevalencia de problemas médicos concurrentes en ambos grupos de edad. Una mayor SRH se asoció con un estatus económico más favorable (β : 0,164, $p < 0,001$) y una mayor participación en actividades sociales (β : 0,117, $p = 0,008$). Conclusión: Estos hallazgos podrían orientar el desarrollo de intervenciones y políticas específicas para mejorar el bienestar de esta creciente población en Japón y otros países desarrollados.

De la misma forma Tacumá P. (17). Estudió la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en los Centros de día de Bogotá. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario WHOQOL Bref y cuestionario con variables sociodemográficas y cuestionario semiestructurado para ser aplicado en grupos focales. Las dimensiones obtuvieron la siguiente puntuación: Físico (66,2), psicológico (70,1), social (56,3) y ambiental (56). El 37% auto percibe como lo normal. Los dominios social y ambiental representan mayor correlación frente a la autopercepción de la calidad de vida.

También, Taeho G, Marottoli R, Cooney L. et al.(18) Realizaron una Investigación cuyo objetivo fue caracterizar los factores de riesgo acumulativos de los determinantes sociales y conductuales de la salud (SDoH) y examinar su asociación con la salud general autoevaluada, las limitaciones funcionales y el uso de los servicios de salud entre los adultos mayores de EE. UU. Resultados: Alrededor del 25,7 % de los adultos mayores, en todo el país, reportaron tener tres o más factores de riesgo acumulativos de SDoH. Conclusión: El índice SDoH puede ser una herramienta útil para predecir el acceso a la atención y la calidad de la misma en adultos mayores.

De la misma manera, Peláez E. et al (19) Estudiaron la evaluación del estado de salud en adultos mayores a través del indicador autopercepción de la salud y analizaron los factores que influyen en esta autopercepción. Resultados: el 60,1 % de los adultos mayores tuvieron una autopercepción de la salud positiva (excelente, muy buena o buena). El análisis bivariado demostró que la autopercepción de salud negativa se relacionó con ser mujer, no tener cobertura de salud, no tener ingresos o ingresos inferiores a 250 USD, necesitar ayuda, tener más de una enfermedad crónica, nivel educativo bajo o medio e insatisfacción con la vida. Conclusiones: el indicador autopercepción de salud resulta útil para medir el nivel de salud de una población, ya que se relaciona fuertemente con la presencia de enfermedades crónicas. Adicionalmente, la ayuda recibida y la satisfacción con la vida se relacionaron con la autopercepción de salud.

También, Kretschmer, Loch. (20) desarrollaron un estudio, cuyo objetivo fue verificar la relación entre la autopercepción positiva de la salud (SPH positiva) en adultos mayores con menor escolaridad y variables demográficas, de participación social y comportamentales. Resultados La prevalencia de SPH positiva fue del 38,8% en hombres y del 34,8% en mujeres. La participación en actividades sociales, como la participación en asociaciones y actividades religiosas, se asoció con niveles más altos de HPS positiva. El estudio encontró que ciertas conductas relacionadas con la salud, como visitar al médico con más frecuencia, hacer actividad física y consumir frutas y verduras con regularidad, estaban relacionadas con una mejor percepción de la salud.

Asimismo, de Jesús S, Aguiar H. (21) estudió la autopercepción de salud entre ancianos de la región nordeste de Brasil: un estudio de base poblacional. La prevalencia de autopercepción positiva de la salud fue de 46,29%. La posesión de seguro de salud (RP = 1,27), consumo regular de frutas y verduras (RP = 1,14) y suficiente actividad física en el tiempo libre (RP = 1,26). El análisis de estos factores indica aspectos importantes para la formulación de políticas públicas específicas, en vista de la equidad en salud, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades para mejorar la calidad de vida de esta población.

Villarreal G. et al. (26) realizaron una investigación sobre la salud y la calidad de vida autopercebida de los adultos mayores en un municipio del Caribe colombiano (2022). El 54 % de los participantes calificó su percepción global de la calidad de vida como deficiente, y el 56 % la evaluó como regular. Aunque la mayoría autopercibió su salud como positiva, un 44 % (161 personas) la consideró negativa. Las dimensiones con mayores puntuaciones fueron: bienestar psicosocial (55 %), autocuidado y funcionamiento (52 %), funcionamiento interpersonal (52 %) y satisfacción espiritual (60 %). Concluyeron que existe una relación entre las variables de calidad de vida y salud autopercebida. A mayor autonomía, la percepción de salud tiende a ser positiva; sin embargo, un mayor deterioro físico, la insatisfacción interpersonal y un apoyo social deficiente se asocian con una percepción global negativa de la calidad de vida y la salud en los adultos mayores.

Ponce L. et al. (61) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue desarrollar un modelo capaz de explicar cómo las variables psicosociales se relacionan con la mejora de la calidad de vida durante el envejecimiento activo y determinar si esta

relación varía según la edad. Se concluye que la disponibilidad de recursos sociales, entendidos no solo como las personas con las que interactuamos diariamente, sino también como familiares, amigos cercanos o instituciones capaces de brindar apoyo en situaciones de emergencia, permite a las personas evitar el aislamiento y la soledad, aumentando la satisfacción y el bienestar en los adultos mayores. En este contexto, los profesionales y formuladores de políticas deben fomentar el bienestar mediante la incorporación de variables psicosociales relacionadas con la satisfacción personal en el proyecto existencial, y no limitarse únicamente a considerar la salud, la funcionalidad o un entorno amigable. Los adultos mayores necesitan sentir que no están solos, y en este sentido, la disponibilidad de recursos sociales resulta fundamental.

A nivel nacional, Alarcón E. y Bobadilla S. (23) evaluaron la calidad de vida de los adultos mayores del Puesto de Salud en Carabayllo, durante el año 2022. Estudio, de enfoque cuantitativo y diseño descriptivo-transversal, utilizó la técnica de encuesta, aplicando el cuestionario WHOQOL-BREF. Se observó que la calidad de vida se ubicó mayormente en un nivel medio (59,8 %), seguida por un nivel bajo (33,9 %) y un nivel alto (6,3 %). Al analizar las dimensiones específicas: En la dimensión ambiente, prevaleció el nivel medio (64,6 %). Concluyeron que la calidad de vida de los adultos mayores se caracterizó principalmente por un nivel medio, con diferencias según las dimensiones. Mientras que la salud física y psicológica se ubicaron mayormente en niveles altos, las relaciones sociales mostraron niveles predominantemente bajos, y el ambiente presentó un nivel medio preponderante.

También Ruiz, A. (24) investigó los determinantes de la salud de los adultos mayores en el Centro de Salud Candungos -Amazonas, 2021. Conclusión: los determinantes biosocioeconómicos, 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.

Rodríguez C. (22) estudió los determinantes sociales relacionados al estilo de vida de la persona adulta mayor – centro de Salud Santa Julia – Veintiseis de Octubre – Piura, 2021. Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, con diseño de doble casilla, la muestra estuvo constituida por 105 adultos mayores. Resultados: respecto a los determinantes sociales 99,0% cuenta con ingreso económico familiar menor de 850 soles y 81,1% está sin ocupación; con respecto al estilo de vida la mayoría 86,7% presenta un estilo de vida no saludable y un 13,3% saludable; al relacionar las variables de determinantes sociales y el estilo de vida de los adultos se encuentra que existe relación en el grado de instrucción y el estilo de vida.

2.2. Marco epistemológico de la Investigación

La investigación se fundamentó en el paradigma del post-positivismo, que guía la investigación cuantitativa, cuyo objeto fue explicar el fenómeno estudiado, para

posteriormente, predecirlo y controlarlo (Guba & Lincoln, citado en 27). El presente trabajo, de tipo cuantitativo utilizó la recopilación de información para poner a prueba o comprobar las hipótesis mediante el uso de estrategias estadísticas basadas en la medición numérica, lo cual permitió al investigador proponer patrones de comportamiento y probar los diversos fundamentos teóricos que explican dichos patrones (64).

Bajo este paradigma, se utilizó la metodología de la investigación orientada a identificar y explicar la realidad en forma objetiva y empírica, de los determinantes sociales intermedios y la autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores de la ciudad de Jaén; al estudiar la relación entre las variables nos permitió predecir la realidad que se espera de los adultos mayores como es la relación sujeto objeto; enfocando de esta manera causas reales, producto de la influencia de un conjunto de factores relacionados con lo social, político, cultural, económico, mediante el uso metodología hipotética deductiva, propia del paradigma positivista.

2.3 Marco Doctrinal

2.3.1. Modelo de los determinantes sociales de la salud.

El modelo que se utilizó en esta investigación es el adoptado por la OMS, a través de la Comisión de los Determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud, quienes han elaborado un modelo considerado necesariamente complejo, ya que busca representar en forma esquemática una realidad social y política compleja. Los problemas claves son: (a) el contexto socio-político, (b) los determinantes estructurales en contraposición a los intermedios; y (c) los niveles en los cuales pueden abordarse las inequidades en salud (3).

Determinantes sociales de la salud son aquellas circunstancias bajo las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los sistemas establecidos para tratar las enfermedades. Estas circunstancias están modeladas a su vez por un amplio conjunto de factores: económicos, políticas sociales y políticas (13).

El modelo considera la siguiente estructura:

Determinantes estructurales:

En el marco conceptual de la Comisión de los Determinantes Sociales (CDSS), los determinantes estructurales son aquellos que generan o refuerzan la estratificación en la sociedad y que definen el contexto sociopolítico y económico y la posición socioeconómica individual (3). Comprenden las condiciones del contexto social, económico y político, como la gobernanza, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales, las políticas públicas, la cultura y los valores sociales. Condicionan la inequidad social en salud según posición socioeconómica del individuo, su familia y su entorno social. Estos determinantes configuran no sólo los resultados, sino también las oportunidades de salud de los grupos sociales, sobre la base de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, el prestigio y el acceso a los recursos.

Contexto socioeconómico y político:

Los determinantes estructurales de las desigualdades en la salud se presentan siempre en un determinado contexto político, histórico y cultural. El contexto socioeconómico y político se refiere, entre otras variables, a las características del

gobierno, a las políticas públicas (macroeconómicas, sociales, sanitarias, educativas, del mercado de trabajo, etc.), a la cultura y a los valores de esa sociedad. El factor contextual que más afecta a la salud es, según señala el informe de la OMS, la política del estado de bienestar y las políticas redistributivas (o la ausencia de tales políticas) (3).

El contexto socio-político; (incluyendo las instituciones políticas y los procesos económicos) dan lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas desiguales. “El contexto” abarca un conjunto amplio de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social, cuyo impacto en los individuos tiende a eludir la cuantificación, pero que ejerce una influencia formativa poderosa en los modelos de estratificación social y en las oportunidades de salud de los individuos. En general la construcción/mapeo del contexto debe incluir por lo menos cuatro puntos:

1. Los sistemas y procesos políticos, incluyendo la definición de las necesidades, las políticas públicas existentes sobre los determinantes, los modelos de discriminación, la participación de la sociedad civil, la responsabilidad/transparencia en la administración pública.
2. La política macroeconómica incluyendo las políticas fiscal y monetaria, la balanza de pagos y de comercio.
3. Las políticas que afectan factores como trabajo, tierra y distribución de la vivienda.
4. La política pública en las áreas tales como educación, bienestar social, atención médica, agua y saneamiento.

A esto se debe agregar una evaluación del valor social de la salud. El valor de la salud y el grado en que la salud se percibe como una preocupación social colectiva, difiere grandemente en los contextos regionales y nacionales.

Los factores estructurales, culturales y funcionales de un sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social, y por lo tanto, en las oportunidades de salud de la gente. Se incluyen los siguientes aspectos:

- Gobierno en su aspecto amplio.
- Políticas macro económicas como, por ejemplo, las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo.
- Políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda.
- Otras políticas públicas (educación, atención sanitaria, etc.), y
- Valores sociales y culturales, como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad. Dentro de ese contexto es necesario considerar los mecanismos ejercidos por los cuales las políticas redistributivas, las políticas sociales, o la falta de ellas, afianzan la mayor o menor diversidad de la gradiente social existente.

Posición socioeconómica:

Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a jerarquías de poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas (62), o grupos que detentan el poder en las relaciones sociales.

La estratificación social surge del contexto socio económico político imperante; y actúa sobre los diferentes grupos de la población caracterizados por su nivel de ingresos, etnicidad, educación, género, entre otros factores.

El resultado es la segmentación de la población en diversos grupos con diferente posición socioeconómica, que define para cada una de ellos un impacto diferente, expresado en condiciones mayor o menor perjuicio para la salud de las personas y en sus capacidades reales para hacer frente a tales condiciones sanitarias. Desde la perspectiva de la epidemiología social, los indicadores primordiales para la clasificación de la posición socioeconómica (PSE) individual comprenden los ingresos, el nivel educativo alcanzado y la ocupación del sujeto. Si bien los ingresos y la educación pueden interpretarse como manifestaciones directas del proceso de estratificación social en sí mismo, la ocupación emerge como el indicador que exhibe la asociación más inmediata y tangible con dicha estratificación (3).

En este sentido, estos determinantes socioeconómicos estructuran las oportunidades de salud diferenciales entre grupos sociales, directamente proporcionales a su ubicación predominante dentro de las jerarquías de poder, prestigio social y acceso a recursos materiales y simbólicos. Correlativamente, aquellos colectivos sociales que carecen de esta posición ventajosa experimentan una restricción significativa en sus oportunidades para alcanzar y mantener un estado de salud óptimo.

Ambos determinantes estructurales, el contexto socioeconómico y político, y la posición socioeconómica constituyen lo que se denomina también determinantes sociales de las inequidades en salud. Es preciso tener en cuenta que ambos actúan

uno en el otro, retroalimentándose mutuamente, con lo que consolidan las condiciones de inequidad en salud existente en la población. Los determinantes estructurales influyen en los intermedios (28).

Posición social: La sociedad está dividida en estratos o clases sociales, en función de una distribución jerárquica del poder, del acceso a los recursos (dinero) y del prestigio entre los individuos que la componen. Las condiciones que provocan esa división son de varios tipos y se conocen como estratificadores sociales (Posición socioeconómica Educación Ocupación Ingreso, género, raza, etnia). La edad y la enfermedad, no se recogen en el Marco Conceptual de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (3).

Género y raza/etnia.

Aparte de la posición socioeconómica (PSE), el género y la raza o etnia son también importantes estratificadores de la división social, que frecuentemente se interrelacionan con la PSE, aunque son variables diferentes. Género se refiere a aquellas características de los hombres y mujeres que están socialmente construidas, mientras que sexo designa características biológicamente determinadas (3).

Los modelos socialmente contruidos de masculinidad pueden tener efectos negativos sobre la salud en hombres y niños (p. ej., cuando favorecen la violencia o el abuso de alcohol). Sin embargo, las mujeres y las niñas tienen una mayor carga de efectos negativos sobre la salud desde esa perspectiva social del género. El sexismo, al igual que el racismo, es una forma de discriminación social que, entre otras consecuencias, conlleva también desigualdades en salud. Por

discriminación social se entiende un proceso, que comporta una forma de dominio, por el cual los miembros de un grupo socialmente definido son tratados de forma diferente (especialmente de forma injusta) debido a su pertenencia a ese grupo. (Krieger mencionado en 29).

Raza o etnia se refiere a grupos sociales, que frecuentemente comparten un origen y una cultura comunes, cuyos límites son definidos por otro grupo social diferente en función de una actitud dominante de la que se beneficia y a la posesión de una característica física selectiva (p. ej., el color de la piel). La construcción social de las diferencias raciales o étnicas es la base de divisiones sociales y prácticas discriminatorias en muchos y variados contextos geográficos y culturales. Entre la población migrante es frecuente encontrar la confluencia e interacción de varios de estos estratificadores sociales, PSE baja, género y raza o etnia que potencian la posibilidad de desigualdades sociales en salud de esta población (28).

La edad y el propio nivel de salud o discapacidad también puede incluirse como estratificadores sociales, sobre todo desde esta perspectiva de las desigualdades en salud (más adelante se hará una referencia al ageísmo, como forma de discriminación a los mayores, y a la exclusión social que algunas personas pueden sufrir a consecuencia de la enfermedad que padecen) (3).

Los determinantes estructurales para el presente estudio no se estarán considerando.

Determinantes sociales estructurales intermedios:

Los determinantes intermedios fluyen desde la configuración de la estratificación social subyacente y, a su vez, determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a las condiciones que comprometen la salud. incluyen: las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, las conductas de la población, y las barreras para adoptar estilos de vida saludables. Este grupo de determinantes intermedios se presenta en el marco conceptual (3).

Esta teoría fue utilizada para el diseño de instrumento de investigación el mismo que ayudó a caracterizar a los determinantes sociales intermedios que presentan los participantes, y así poder identificar los que muestran mayor relación con la autopercepción de la salud de los adultos mayores.

2.3.2. Teoría de la autopercepción

Si se descompone la palabra autopercepción, observamos que el prefijo auto- se refiere a lo propio, es decir, a uno mismo. Por su parte, percepción implica captar o comprender algo a través de los sentidos. Al unir ambos términos, autopercepción puede entenderse como la percepción que una persona tiene de sí misma, es decir, cómo interpreta y comprende lo que le sucede. La autopercepción es de gran importancia en la vida humana, ya que permite al individuo reconocer y entender sus emociones, estado de ánimo, sensaciones y sentimientos frente a las situaciones que enfrenta en su día a día.

Las personas, a través de sus propias conductas, desarrollan una comprensión de sus valencias afectivas y cognitivas hacia diversos estímulos. Este proceso de auto

observación y subsecuente inferencia sugiere que las actitudes no son necesariamente preexistentes, sino que emergen y se consolidan a partir de la interpretación retrospectiva de las acciones propias en contextos análogos. En esencia, la manifestación conductual antecede y moldea la estructuración de la actitud subyacente (31).

Según la teoría de la autopercepción, las personas infieren sus actitudes a partir de su propio comportamiento, de manera similar a como lo haría un observador externo. En 1970, Bem y Keith McConnell demostraron que las personas suelen ser inconscientes de los cambios de actitud provocados por sus acciones. En su lugar, tienden a creer que las opiniones que tienen en el presente son las mismas que siempre han sostenido (citado en 32). En el marco de la teoría de la autopercepción, la reflexión sobre nuestras propias acciones desvela las fuerzas motivacionales que las instigan. Este ejercicio introspectivo produce un conocimiento práctico y valioso para el futuro, ya que nos capacita para seleccionar enfoques actitudinales que previamente han demostrado su eficacia y utilidad en situaciones similares.

La teoría establece que las actitudes son el factor que explica el comportamiento pasado y sugiere que estas se desarrollan a partir de nuestras conductas. Argumenta que las actitudes se forman mediante la observación de nuestro propio comportamiento, basándose en la autopercepción de nuestras acciones. En otras palabras, nuestras decisiones actuales se fundamentan en la autoobservación de comportamientos en contextos previos similares. Adicionalmente, el cultivo de la autopercepción puede operar como un mecanismo psicológico de amortiguación

ante potenciales detrimentos en la autovaloración. Mediante la activación de procesos inferenciales autoatributivos, se facilita la reinterpretación de conductas ocurridas que, a nivel cognitivo, se reconocen como perjudiciales. Esta reevaluación, anclada en la integración de experiencias subjetivas y aprendizajes idiosincrásicos, permite construir narrativas personales que mitigan el impacto negativo sobre la autoestima (31).

Esta teoría fue utilizada para ayudarnos a comprender y explicar, que la autopercepción de la salud, muestra el estado de salud de las personas; toda vez que a través de ella puede comprender sus emociones, estado anímico, sensaciones y sentimientos ante las circunstancias que atraviesa en cada momento.

2.3.3. Teorías de la relación de los determinantes sociales y salud.

Dos grandes preguntas rondan al gradiente de salud: ¿Qué origina las inequidades en salud y cómo, ¿cuáles son las vías por las cuales el contexto social y económico se convierte en enfermedad? la explicación del origen de las inequidades en salud entre los grupos sociales usualmente se fundamenta en tres perspectivas teóricas. Se trata de acercamientos divergentes, que no por ello son mutuamente excluyentes, y se diferencian en las esferas de la calidad de vida a las que le dan mayor peso para explicar el origen del fenómeno:

- Teoría psico-social. Propone que la autopercepción de las personas del lugar que ocupan en la jerarquía, en sociedades profundamente desiguales, causa serios daños a la salud. La discriminación sentida por aquellos ubicados en los lugares menos privilegiados de la estructura causa estrés y éste lleva a respuestas fisiológicas de larga duración que hacen a las personas susceptibles a las enfermedades.

De acuerdo con esta teoría, la experiencia de vivir en sociedades altamente desiguales fuerza a las personas a comparar su estatus, posesiones y otros bienes, generando en algunos grupos sociales sentimientos de minusvalía y autodesprecio que tienen consecuencias comprobadas en su sistema neuroendocrino. Al mismo tiempo, estas sociedades desiguales rompen los vínculos y redes sociales, lo que conlleva un factor más de deterioro para la salud. Aportes a la evidencia empírica de esta teoría lo constituyen la menor esperanza de vida y las mayores tasas de mortalidad en grupos que tienen satisfechas sus necesidades básicas y que incluso cuentan con ingresos superiores al promedio nacional en sus países, pero que viven en sociedades altamente desiguales como, por ejemplo, la población afrodescendiente de los Estados Unidos y de Inglaterra (32).

- La teoría de la producción social de la enfermedad. Fundamentada en el materialismo-estructuralista, sostiene que el escaso ingreso de algunas personas y grupos sociales las lleva a la falta de recursos para superar los factores que afectan su salud y producen enfermedad. Afirma que las prioridades del capitalismo: la acumulación de prestigio, riqueza y poder se logran sacrificando el bienestar y estado de salud de los menos aventajados de la sociedad. Esta perspectiva no niega que los factores psicosociales operen en sociedades desiguales, pero demanda un análisis más estructural de las condiciones materiales (32).

- La perspectiva ecosocial. Reúne elementos de las anteriores para construir una plataforma teórica multinivel donde se entienda que cada nivel de la organización social y biológica, desde las células hasta las organizaciones sociales complejas, constituye un eco-sistema que actúa como un todo y

condiciona la situación de salud. Esta perspectiva analiza cómo el contexto, no sólo el social, sino también el medio ambiente físico, interactúa con la biología y cómo los individuos “encarnan”, es decir, expresan en su cuerpo aspectos del contexto en que viven y trabajan. Ese proceso configura los “estilos de vida colectivos”, entendiendo que los estilos de vida no son decisiones individuales, sino conductas influenciadas por las oportunidades definidas por el medio social en que las personas viven (32).

2.4. Marco conceptual

2.4.1. Determinantes sociales de salud (DSS)

La OPS (3) describe los determinantes sociales de la salud (DSS) como “las condiciones socio económicas en que las personas nacen, crecen, viven, educan, trabajan y envejecen” éstas influyen en la salud de los individuos, las familias y las comunidades en su conjunto. Los DSS establecen el grado en que una persona tiene los recursos físicos, sociales y personales para identificar y lograr sus aspiraciones, satisfacer necesidades de salud, educación, alimentación, empleo y adaptarse al medio ambiente.

Según el descriptor de Ciencias de la Salud, los determinantes sociales son las circunstancias bajo las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los sistemas establecidos para tratar las enfermedades. Estas circunstancias están modeladas a su vez por un amplio conjunto de factores: económicos, políticas sociales y políticas (68).

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

Esta noción alude a la complicación entre el entramado socio estructural y los mecanismos causales a través de los cuales las circunstancias sociales se materializan en resultados de salud diferenciados. Los determinantes sociales de la salud, desde una perspectiva de política pública, comprenden aquellos factores contextuales y procesuales susceptibles de modulación a través de intervenciones estratégicas basadas en evidencia (34).

Propiedades de los determinantes sociales

- Cada factor es importante por sí mismo. Al mismo tiempo, estos factores están interrelacionados. La influencia combinada de estos factores en conjunto determina el estado de salud.
- Actúan a múltiples niveles: individual, familiar, local comunitario o social.
- Son acumulativos.
- Son causales (directa o indirectamente) o protectores.
- Posiblemente actúen en ambos sentidos (35).

La figura 1 muestra el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud que recomienda la OPS/OMS para su abordaje, el cual muestra los dos grandes rubros de Determinantes (3).

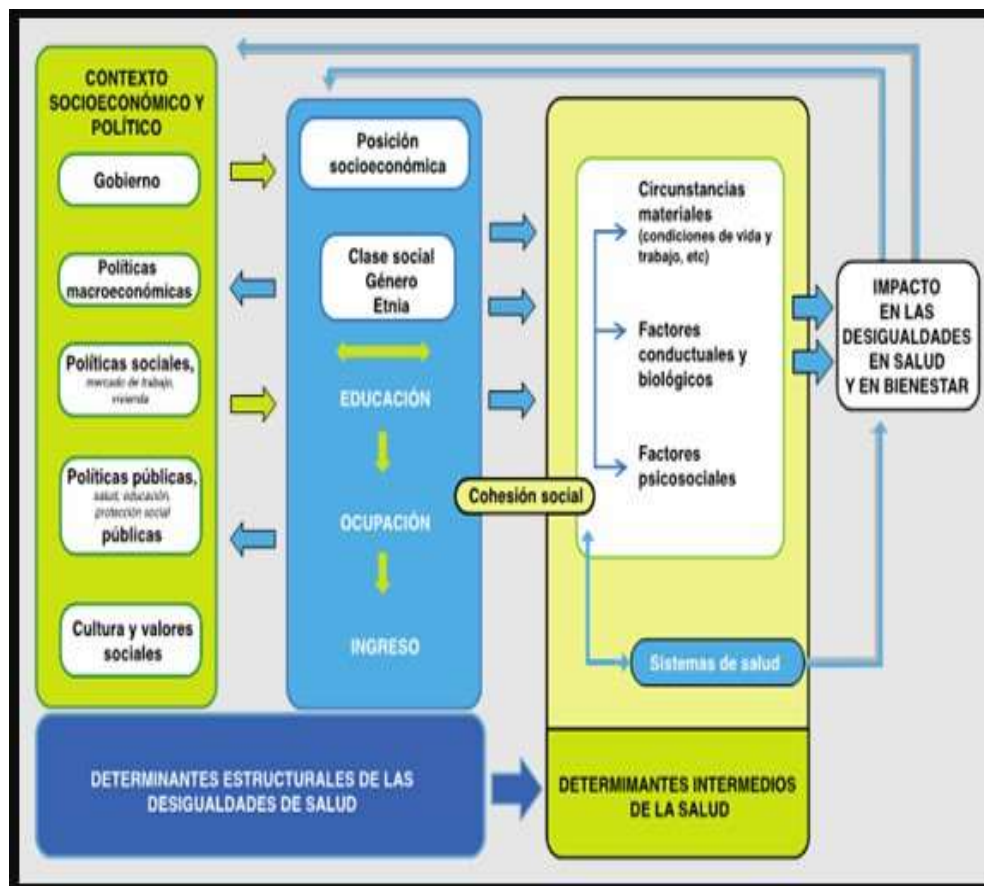


Fig. 1 Modelo de Determinantes Sociales de la Salud. OPS/OMS

Tipos de determinantes sociales:

a. Determinantes estructurales:

En el marco conceptual de la CDSS, los determinantes estructurales son aquellos que generan o refuerzan la estratificación en la sociedad y que definen el contexto sociopolítico y económico y la posición socioeconómica individual (28).

b. Determinantes sociales intermedios:

En el marco conceptual son considerados como los factores intermediarios entre los determinantes estructurales y la desigual distribución de la salud y el bienestar en la población (28). Los Determinantes Intermedios fluyen desde la configuración de la estratificación social subyacente y a su vez, determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a las condiciones que comprometen la salud.

En el presente estudio, se consideró como variable independiente a los determinantes sociales intermedios por ser intermediarios entre los determinantes estructurales y la desigual distribución de la salud y el bienestar en la población, considerado para el estudio como calidad de vida.

Los determinantes intermedios desencadenan la desigualdad en salud a través de una diferente exposición al daño, de una diferente vulnerabilidad y/o de las diferentes consecuencias de la enfermedad en los distintos grupos o estratos sociales (28,36).

Siguiendo la terminología de la CDSS, los determinantes intermedios se agrupan en seis dimensiones:

Condiciones materiales de la vida: incluyen determinantes asociados al medio ambiente físico tales como la vivienda, el barrio o el municipio; al medio laboral, como las condiciones de trabajo y empleo, la alimentación, el vestido, etc (28).

Respecto a la calidad de la vivienda, es necesario conocer aspectos como el hacinamiento, humedad, moho, seguridad, así mismo la asequibilidad,

estabilidad residencial (riesgo de desalojo, falta de hogar). Además, en el entorno se menciona al acceso a servicios básicos (agua potable, saneamiento, electricidad), calidad del aire y del agua, exposición a contaminación, seguridad del barrio, acceso a espacios verdes y recreativos (28).

Condiciones de Trabajo, la seguridad laboral, exposición a riesgos laborales, salario, horarios de trabajo, oportunidades de desarrollo profesional, estrés laboral. La bibliografía reciente indica que los procesos de despido están relacionados con un cambio de la situación laboral que da origen al fenómeno y que suele ser provocado por la pérdida del empleo o la reducción de ingresos, seguido de la reorganización familiar en un nuevo hogar o la ausencia del mismo, y pasando por el proceso de negociación con la entidad financiera o persona física, el establecimiento de un acuerdo respecto al pago o la pérdida de la vivienda, entre otras. A lo largo del proceso se observan, a corto plazo, diferentes efectos en salud, en los hábitos cotidianos, en el consumo de fármacos y en el uso de servicios sanitarios, tanto en las personas adultas como en la población infantil (36).

La crisis económica está afectando al modelo de sistema de producción y de mercado de trabajo, lo que está propiciando cambios en las condiciones de empleo y trabajo hacia una mayor flexibilización laboral y precarización e incremento del desempleo. La crisis económica está también afectando a las condiciones de seguridad en el trabajo, fundamentalmente por un incremento de las condiciones de precariedad e inseguridad laboral, lo que puede tener un impacto negativo en la salud de la población trabajadora. Esta situación afecta

especialmente a grupos en situación de vulnerabilidad social previa: personas de más edad, con bajo nivel socio-económico, con alguna enfermedad crónica o discapacidad (70).

La seguridad alimentaria, considera que todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana. (acuñada durante la Cumbre Mundial sobre la Alimentación celebrada en Roma en 1996). De acuerdo con esta definición, la seguridad alimentaria implica el cumplimiento de las siguientes condiciones: una oferta y disponibilidad de alimentos adecuados; la estabilidad de la oferta sin fluctuaciones ni escasez en función de la estación del año; el acceso a alimentos o la capacidad para adquirirlos y, por último, la buena calidad e inocuidad de los alimentos (3).

Contexto psicosocial: se refiere a aspectos psicológicos del individuo en relación con el contexto y las circunstancias sociales en que vive: afectos, emociones, tipo de respuesta ante circunstancias adversas, grado de control sobre la propia vida (locus de control), respuesta al estrés (relacionado con la situación económica, laboral, familiar o del entorno), estrategias de afrontamiento, redes sociales, apoyo social (aislamiento social, cohesión comunitaria), etc. (29). Violencia e Inseguridad Exposición a la violencia doméstica, comunitaria o estructural

Estilos de vida: se refiere a aspectos psicológicos del individuo en relación con el contexto y las circunstancias sociales en que vive: afectos, emociones,

tipo de respuesta ante circunstancias adversas, grado de control sobre la propia vida (locus de control). Dieta, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, comportamientos de búsqueda de atención médica. Estos estilos de vida están influenciados por las circunstancias materiales y psicosociales (3).

Contexto psicosocial se refiere a características y respuestas de los individuos, en la relación con otras personas, la cohesión social tiene una vertiente referida a las relaciones que se establecen entre los individuos y entre sus organizaciones dentro de un contexto identitario (sean países, comunidades, ciudades o grupos específicos). Supone cierta visión compartida sobre problemas comunes, entre los que destaca una actitud de solidaridad y protección ante situaciones de desventaja que puedan sufrir los miembros de esa comunidad, especialmente la pobreza (3, 29).

Factores biológicos: Los factores genéticos son determinantes distales, los factores biológicos individuales (como el peso al nacer, predisposición genética a ciertas enfermedades) (28). Para el estudio se utilizó la predisposición genética a ciertas enfermedades y la edad.

Sistema sanitario: las características y organización del sistema sanitario en cada contexto se convierte en un determinante intermedio de la salud, especialmente a través de la accesibilidad y grado de utilización de los servicios sanitarios según se pertenezca a un grupo social u otro (28).

Una aproximación a la evaluación de la accesibilidad a la atención sanitaria es estudiar la utilización que la población hace de los servicios sanitarios y, especialmente, los determinantes sociales que influyen en esa utilización.

Es necesario reconocer la centralidad de los Servicios Sanitarios como un determinante intermedio de la salud de significativa influencia. Históricamente, la ponderación de su rol y relevancia ha constituido un eje de debate sustancial en la evolución de los modelos conceptuales de los determinantes de la salud. La discusión se ha centrado en la posición jerárquica y la capacidad explicativa que cada paradigma otorga a la provisión y accesibilidad de la atención sanitaria en la configuración de los resultados de salud poblacionales (10).

Cohesión social/ capital social

Cohesión social, esta denominación aparece explícitamente entre los determinantes intermedios del marco conceptual de la CDSS, a pesar de que en documentos anteriores se hacía referencia al concepto «capital social» como sinónimo. Cohesión social es un término sobre el que no existe un consenso amplio a la hora de definirlo. Se relaciona con el grado de integración social, la presencia de fuertes vínculos comunitarios, altos niveles de participación ciudadana en actividades cívicas y confianza en los demás (3).

Es considerada una forma ampliada de la integración, que no solo supone mejorar las condiciones de acceso a canales de integración, sino también promover mayores posibilidades de autodeterminación de los actores en juego. Además, es entendido como la capacidad de personas y grupos sociales de manejarse con normas colectivas, de construir y preservar redes y lazos de confianza, capaces de reforzar la acción colectiva y sentar bases de reciprocidad en el trato, que se extienden progresivamente al conjunto de la

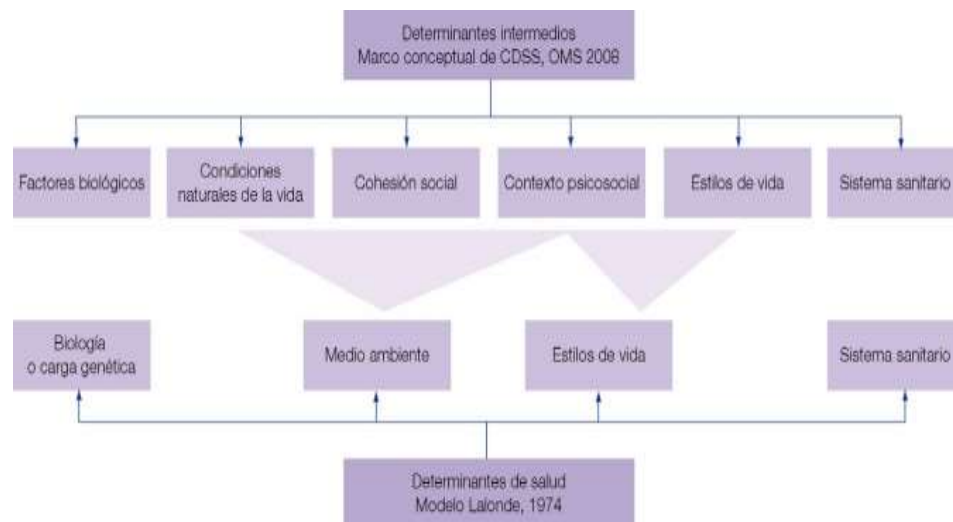
sociedad. También es entendida como el proceso que permite a las personas gozar por lo menos del nivel mínimo de bienestar consistente con el desarrollo alcanzado en un determinado país (67).

Capital social: es el recurso intangible inherente a las estructuras de las relaciones sociales, que facilita la acción individual y colectiva, y genera beneficios para los actores involucrados, e idealmente, para la comunidad en su conjunto (67).

Para muchos autores es sinónimo de cohesión social es un activo de capital acumulado (recursos disponibles) derivado de la participación del individuo en las organizaciones sociales. La exclusión social, en el extremo opuesto, se corresponde con una situación de segregación de esa red de seguridad que ofrece la cohesión social (3, 28).

Para el presente estudio nos centramos en los determinantes sociales intermedios de la salud, toda vez que según la literatura son más manejables, en el sentido de poder cambiarlos, superarlos. Puesto que su comprensión es fundamental para diseñar intervenciones y políticas efectivas que aborden las causas fundamentales de las desigualdades en salud y promuevan la equidad.

Fig 2. Determinantes de la salud y determinantes sociales de la salud intermedios. Composición a partir de los Modelos de Lalonde de 1974 y de la CDSS de la OMS de 2008 (36).



Los cuatro determinantes de la salud que se presentaban en el esquema/modelo inicial de Lalonde en 1974, se corresponderían con estos determinantes intermedios en el modelo de la CDSS de la OMS 2008 (fig.2). El sistema sanitario, los estilos de vida y los factores biológicos reciben la misma denominación en ambos modelos. El contexto psicosocial y la cohesión social son factores intermedios que se relacionan con el concepto de ambiente social, mientras que las condiciones materiales de la vida se identifican con el ambiente físico. (36)

2.4.2. Autopercepción de la calidad de vida:

Según los descriptores de Ciencias de la Salud la autopercepción es la visión que una persona tiene de sí misma, la calidad de vida está dada de acuerdo a los años

de vida, tiene su equivalencia en años saludables (68).

El concepto de autopercepción o percepción o autoreporte de salud es de por sí complejo, ya que fue abordado desde diferentes áreas del saber, razón por la que se han realizado diversas interpretaciones y significados alrededor del mismo (12).

Por esta razón, para lograr una definición clara primero es necesario conceptualizar qué es la salud y qué es la autopercepción. La Organización Mundial de Salud [OMS] (40) define a la salud como un concepto multidimensional que abarca no solo la ausencia de enfermedad sino también el estado de bienestar mental, físico y social. Sumado a ello, hay un claro consenso en que los estilos de vida, las oportunidades y los sentimientos que hacen que las personas se encuentren integradas, puedan vivir y disfrutar en la vida también se consideran salud.

La autopercepción de la salud se conceptualiza como una evaluación subjetiva personal, con una valoración que oscila entre positiva y negativa, concerniente al estado de bienestar en las dimensiones funcional, social y psicológica del individuo. Esta valoración autorreferencial encapsula la vivencia personal y sus ramificaciones en la cotidianidad, emergiendo dentro de un complejo entramado sociopsicológico. Su aplicabilidad trasciende el ámbito individual, extendiéndose al análisis poblacional, y se inscribe en un paradigma socioambiental que enfatiza la necesidad de un riguroso compromiso metodológico con la medición de la percepción, los afectos y las conductas como elementos constitutivos de la experiencia de salud (38).

La autopercepción se conceptualiza como el constructo cognitivo fundamental a través del cual un individuo aprehende su propia identidad, sirviendo como un marco interpretativo para el procesamiento y la organización de la información ambiental. Esta estructura autoconceptual proporciona los principios nucleares que guían la acción presente y la planificación futura. De esta manera, los individuos tienden a preservar y elaborar un esquema basal de su autopercepción a lo largo de su ciclo vital, lo que implica una relativa estabilidad y evolución continua de la propia imagen (12).

La autopercepción de la salud (APS) puede articularse como una valoración construida individualmente e inherentemente subjetiva del estado general de salud de una persona. Esta percepción surge de la compleja interacción y confluencia dinámica de determinantes biológicos, sociales y psicológicos. En consecuencia, la APS arroja una evaluación singular e invaluable, ofreciendo una visión única y holística de la condición de salud global de un individuo que trasciende las mediciones puramente objetivas. Esta multidimensional de la salud, implica una serie de factores tanto objetivos (conjunto de signos y síntomas) como subjetivos que implican además de un diagnóstico médico, elementos adicionales que recuperan las personas para definir su estado de salud (39).

La autopercepción de la salud (APS) puede conceptualizarse como una manifestación global que integra la evaluación de las trayectorias de incapacidad acumuladas a lo largo del tiempo. De hecho, la autoevaluación de la salud ejerce un impacto independiente y significativo en la evolución de la enfermedad.

Evidencia empírica robusta ha demostrado su asociación predictiva con la mortalidad, incluso después de controlar por evaluaciones más objetivas del estado de salud, tales como la presencia de enfermedades crónicas y deterioros fisiológicos específicos. Esta capacidad predictiva subraya la importancia de la APS como un indicador de salud que captura dimensiones no plenamente abarcadas por las medidas clínicas tradicionales. (52)

Se considera la salud subjetiva como una característica multidimensional del individuo, dado que cada persona valora su estado de salud en función de una serie de atributos que estima conjuntamente, como pueden ser el dolor, el estado emocional, la fatiga, las capacidades visuales o auditivas, la movilidad, la capacidad de relacionarse socialmente, etc., y a partir de esta estimación, hará una valoración subjetiva de su estado de salud (25).

La medición de la autopercepción de salud en la población de adultos mayores ha sido ampliamente utilizada en la investigación epidemiológica de diferentes culturas y contextos para describir el estado de salud de una población. Un gran número de estudios ha demostrado una fuerte correlación entre la autopercepción de salud y las medidas objetivas de la salud, tales como la morbilidad y mortalidad para la población de adultos mayores, tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo. Por otra parte, la investigación en torno a la relación de los factores contextuales y su influencia sobre la autopercepción de salud del adulto mayor resulta fundamental para la creación de nuevas propuestas de intervención integral para esta población (Van M et al. mencionado en 12).

Según la OMS (4) en el marco conceptual de salud propone, que la evaluación comprehensiva del estado de salud en la población adulta mayor exige un paradigma metodológico que reconozca la intrincada interdependencia de una pluralidad de dimensiones constitutivas. Una medición eficaz y rigurosa supera la mera dicotomía presencia/ausencia de patología, demandando la consideración dinámica de factores biológicos, psicológicos y sociales intrínsecamente interrelacionados. Solo a través de esta perspectiva integradora se puede alcanzar una comprensión holística y matizada del bienestar en esta etapa crucial del ciclo vital.

Además la OMS, considera que la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus preocupaciones es un concepto muy amplio en el que influyen de forma compleja la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (40).

Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como la relación con su entorno. De la misma forma, la calidad de vida en la tercera edad se considera como la valoración subjetiva e integral que un individuo realiza de sus condiciones de existencia, tanto en el plano material como en el espiritual. Esta evaluación se manifiesta a través de tres dimensiones fundamentales e interrelacionadas: la salud (entendida en su sentido más amplio, incluyendo la

funcionalidad), las condiciones socioeconómicas (que abarcan la seguridad económica y la adecuación de la vivienda para satisfacer las necesidades materiales), y la satisfacción vital (que refleja la plenitud de las necesidades espirituales y psicosociales inherentes a esta etapa del desarrollo).

En esencia, este constructo multidimensional refleja la capacidad funcional del adulto mayor para mantener la autonomía y participar en actividades significativas, la suficiencia de recursos materiales para asegurar sus necesidades básicas, y la experiencia subjetiva de bienestar y propósito vital (42). La calidad de vida de los adultos mayores está influenciada por seis determinantes sociales intermedios de la salud, que abarcan factores personales, conductuales, sociales, económicos, del entorno físico y de los servicios de salud. Estos determinantes condicionan el acceso y las condiciones de vida, haciendo imprescindible su evaluación para mejorar la atención integral en esta población (29).

Las dimensiones consideradas para el estudio de la calidad de vida según OMS (43,44) son:

Salud física

La OMS (45) define la actividad física como todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiere consumir energía. En la práctica, consiste en cualquier movimiento, realizado incluso durante el tiempo de ocio, que se efectúa para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, para trabajar o para llevar a cabo las actividades domésticas. La actividad física, tanto moderada como intensa, mejora la salud. Entre las actividades físicas más comunes cabe mencionar: caminar, montar en bicicleta, pedalear, practicar deportes y participar

en juegos y actividades recreativas. Todas las personas pueden realizarlas y disfrutar de ellas en función de su capacidad.

Si la actividad física es beneficiosa para la salud y el bienestar, cuando no se practica aumenta el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles (ENT) y otros problemas de salud. Conjuntamente, la inactividad física y los hábitos sedentarios contribuyen a aumentar las ENT y suponen una carga para los sistemas de salud. La mejora de los niveles de actividad física redundará positivamente en la salud y el bienestar y ayudará a alcanzar las metas mundiales en materia de ENT y varios de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En el adulto y el anciano: reduce el riesgo de mortalidad por todas las causas y por enfermedades cardiovasculares, la aparición de hipertensión, de cánceres en lugares específicos y de diabetes de tipo 2, y las caídas, y mejora la salud mental, la salud cognitiva, el sueño y las medidas de grasa corporal.

Sin embargo, para lograrlo se necesitarán más compromisos e inversiones por parte de los Estados Miembros; innovaciones y aportaciones de agentes no estatales; la coordinación y colaboración entre varios sectores; y la orientación y el seguimiento continuos por parte de la OMS. (45)

Salud psicológica

La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades

individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico (46).

La salud mental se concibe como un constructo complejo y dinámico que abarca el bienestar emocional, psicológico y social de un individuo. Trasciende la mera ausencia de psicopatología, influyendo de manera fundamental en los procesos cognitivos, afectivos y conductuales. Además, modula la capacidad para afrontar el estrés inherente a la vida, establecer y mantener relaciones interpersonales significativas, y ejercer la toma de decisiones de manera adaptativa. En esencia, la salud mental constituye un pilar esencial del funcionamiento humano integral y en la toma de decisiones.

Relaciones sociales

Conjunto de las interacciones que ocurren entre dos o más personas, o dos o más grupos de personas, de acuerdo a una serie de protocolos o lineamientos mutuamente aceptados, o sea, de acuerdo a normas específicas.

Es la idea que tiene la persona de estar en armonía con sus seres queridos, y demás personas. Manera en que interaccionamos con otra u otras personas. Son fundamentales para el desarrollo personal, nos aportan satisfacción y felicidad (47). A través de ellas establecemos vínculos familiares, amistosos, laborales, de pareja, profesionales, deportivos, etc. Es decir, nos relacionamos con aquellas personas que forman parte de nuestros diferentes entornos vitales. (48)

Al respecto notamos que existen muchos estudios que enfatizan la trascendental importancia de las relaciones sociales en diversos contextos para la salud integral del ser humano. La solidez de los lazos sociales se correlaciona consistentemente con una mayor longevidad. Por el contrario, la experiencia de soledad y aislamiento social se asocia significativamente con una mayor prevalencia de problemas de salud física y mental, incluyendo la depresión, así como con un incremento del riesgo de mortalidad prematura. Estos hallazgos subrayan la necesidad de considerar las redes de apoyo social como un determinante crucial de la salud a lo largo del ciclo vital.

Tener relaciones sociales de distinto tipo podría ayudar a reducir el estrés y los riesgos relacionados con el corazón. Estas conexiones podrían mejorar su habilidad para combatir los gérmenes o ayudarle a tener una mejor actitud ante la vida. El contacto físico, desde tomarse de la mano hasta el sexo, puede liberar hormonas y sustancias químicas en el cerebro que no solo nos hacen sentir muy bien, sino que también tienen otros beneficios biológicos (48).

Ambiente

Conjunto de componentes físicos, químicos y biológicos que rodean al ser vivo y con los cuales mantiene sus relaciones, como la energía solar, el agua, el suelo, etc. (más adelante se describirán los factores bióticos y abióticos del ambiente). Se refiere a la sensación o idea de sentirse bien o cómodo con su medio ambiente o entorno. Condiciones o circunstancias físicas, sociales, económicas, etc., de un lugar, de una reunión, de una colectividad o de una época. (51,60). Son las condiciones o circunstancias de un lugar, una época o un grupo. En relación a un

grupo o a un sector social, se usa para nombrar las actitudes que tienen sus miembros con respecto a alguien o algo. Decir que un ambiente es bueno o malo implica determinar si las comodidades y condiciones son adecuadas para los individuos que se encuentran en el lugar. (51)

Se postula que la dinámica interacción entre el individuo y su entorno a lo largo del curso vital ejerce una influencia determinante en la trayectoria del proceso de envejecimiento y en la susceptibilidad a desarrollar patologías asociadas a la edad avanzada, tales como la enfermedad de Alzheimer y diversas formas de cáncer. Sanchez D. en sus estudios hace referencia y considera como necesarias a las estrategias medioambientales que promueven la prevención y la mejora de la salud y la calidad de vida en la vejez; las características físicas y sociales que determinan ciudades y comunidades amigables con el envejecimiento activo y saludable; y las implicaciones del ambiente en las capacidades de adaptación de las personas mayores al cambio climático. (Citado en 51)

2.4.3. Relación de los determinantes sociales y la autopercepción de la salud:

La investigación exhaustiva sobre los determinantes del estado de salud, particularmente en poblaciones de adultos mayores, ha empleado diversas encuestas que consideran un amplio espectro de variables para discernir los complicados factores de distinta naturaleza asociados a la autopercepción de la salud. Si bien los modelos teóricos pueden enfatizar factores específicos, existe un consenso generalizado en concebir la salud como un constructo inherentemente multidimensional. Estos modelos buscan elucidar las complejas interconexiones entre los diversos tipos de determinantes y su

impacto holístico en las múltiples esferas del individuo, lo que consecuentemente modula su autopercepción de la calidad de vida (19).

Una metodología ampliamente utilizada para obtener información sobre la calidad de vida y, por ende, el estado de salud en adultos mayores, es la aplicación del indicador conocido como autorreporte de salud general (ASG). Este instrumento se fundamenta en la percepción subjetiva que el individuo tiene sobre su propio estado de salud, una evaluación dinámica que puede experimentar variaciones a lo largo del tiempo y que constituye un valioso indicador de bienestar integral.

De acuerdo con numerosas investigaciones, este indicador ha demostrado ser un método confiable, eficaz y de bajo costo, y cuyo análisis comprende una relativa facilidad en las encuestas y censos nacionales. Este indicador refleja el concepto multifactorial de salud del cual se ha hablado ya, el cuál engloba el bienestar integral de una persona, sin limitarse solo a las alteraciones fisiológicas o clínicas. La percepción de salud hace referencia a una valoración global de la salud (medición subjetiva) la cual abarca otros aspectos además de los síntomas corporales, mientras que la atribución de síntomas (medición objetiva de la salud) se refiere solo a la interpretación de las experiencias específicas corporales (35).

El autorreporte también ha sido utilizado para establecer diferencias en la morbilidad entre grupos de población, comparar los servicios de salud y la necesidad de recursos entre áreas geográficas, así como calcular indicadores de morbi-mortalidad como la esperanza de vida saludable. En los países en desarrollo es creciente el número de investigaciones que abordan la asociación entre la salud de los adultos mayores y otros determinantes. Dado que la autopercepción de la

salud se considera una herramienta útil para conocer la salud del adulto mayor, se ha utilizado ampliamente durante los últimos años como un indicador del nivel de salud de una población al reflejar adicionalmente al estado de salud, factores que influyen en ella (35).

Autopercepción del Estado de Salud (AES) constituye un indicador empírico de considerable valor, fundamental para la conceptualización y el abordaje de la problemática de la salud, sustentado en las siguientes premisas:

Un estudio cuidadoso de las variables relacionadas con el APS evidencia la fragmentación del significado social de la salud.

Abre la puerta para explorar la caja negra de sus determinantes que, de alguna manera, reflejan fallas en los acuerdos sociales, y en la forma como se han generado dinámicas de exclusión.

Le da relevancia a la autodeterminación de los individuos.

Se ha demostrado que la percepción del propio estado de salud que hace una persona es un factor fiable de predicción sobre los problemas de salud.

La percepción del estado de salud es una herramienta factible de considerar para conocer el estado de salud. (52).

Medir la percepción personal de salud es útil como un indicador global del nivel de salud de la población, refleja elementos tanto sociales y de salud. Analizar estos factores asociados con la expresión de distintos niveles de salud, permiten ampliar las perspectivas para la identificación de necesidades en salud y la evaluación de los programas e intervenciones dirigidas a este grupo poblacional (53).

La autopercepción del estado de salud (APES) es un indicador subjetivo; empero, es una aproximación confiable del estado de salud global y un componente importante de la calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud lo ha recomendado para la conducción de estudios epidemiológicos. Se ha descrito que existe una relación directa entre la APES y la mortalidad. La auto percepción buena o excelente acerca de la salud se relaciona con una mayor sobrevivencia, mientras que la APES negativa se vincula con un riesgo mayor de mortalidad. La APES depende de las condiciones de salud, trabajo y estilo de vida; por ejemplo, la presencia de dolor, obesidad y enfermedades crónicas se acompaña de cambios negativos en la APES. Por el contrario, una mayor educación, estilos de vida saludables, como la realización de actividad física, cesación del tabaquismo y dieta sana se vinculan con una mejor percepción del estado de salud (52).

2.5. Definición de términos Básicos.

Adulto mayor. Las personas adultas mayores son aquellas que tienen 60 años a más, según la legislación nacional (54)

Percepción de la salud. Concepción individual y subjetiva producto de la intersección entre factores biológicos, sociales y psicológicos, que proporciona una evaluación única e inestimable del estado general de salud de una persona (12).

Curso de vida. Enfoque que da cuenta de un complejo proceso de cambios en las trayectorias vitales de la población, derivados de eventos en el contexto social e individual de los sujetos, además de que entrelaza el tiempo histórico y biológico para analizar la manera en la que estos configuran la forma de pensar, sentir y actuar. Es fundamental para estudiar las etapas de desarrollo, desde la infancia hasta la vejez (55).

CAPITULO III

PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1 Hipótesis de trabajo

Existe una relación significativa entre los determinantes sociales intermedios y la auto percepción de la calidad de vida en los adultos mayores de la ciudad de Jaén.

3.2. Variables

- Determinantes sociales intermedios:
 - Condiciones materiales de vida.
 - Contexto psicosocial
 - Estilos de vida.
 - Factores biológicos.
 - Sistema sanitario.
 - Cohesión social/Capital social.
- Autopercepción de la calidad de vida en salud:
 - Salud Física.
 - Salud psicológica.
 - Relaciones sociales.
 - Ambiente

3.3. Operacionalización de variables

Variables	Concepto	Dimensiones	Indicadores	Escala	Item
V: Determinantes Sociales intermedios de la salud.	Son los que desencadenan la desigualdad en salud a través de una diferente exposición al daño de una diferente vulnerabilidad y/o de las diferentes consecuencias de la enfermedad en los distintos grupos o estratos sociales (28,36).	Condiciones materiales de vida	Vivienda. Entorno residencial Condiciones de empleo y trabajo. Ingresos y situación económica. Disponibilidad y accesos a alimentos. Disponibilidad para compra de ropa.	Dicotómica	1,2,3,4,5,6,7,8,
		Contexto psicosocial	Apoyo social. Situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos, control, estrés laboral).		21,22,23,24,25,26
		Estilos de vida	Hábitos nutricionales. Hábitos de sueño. Consumo de alcohol. Consumo de drogas, Consumo tabaco.		27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37
			Actividad física.		38,39,40,41
		Factores Biológicos.	Enfermedades genéticas.		43,44
		Sistema sanitario	Acceso geográfico Acceso económico Acceso cultural		46,47,48,49,51,52
		Cohesión social/ Capital social	Participación Comunitaria. Presencia de líderes en su comunidad		53,54,55

V. Autopercepción de la calidad de vida en salud.	Concepción individual y subjetiva que resulta de la intersección entre factores biológicos, sociales, y psicológicos, y proporciona una evaluación única e inestimable del estado general de salud de una persona.	Salud física	Dolor físico Uso de tratamiento médico Energía suficiente para su vida diaria. Desplazarse de un lugar a otro. Satisfacción en el sueño Satisfacción de habilidades Satisfacción con su capacidad de trabajo.	Likert	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18.
		Salud psicológica	Disfruta de la vida. Siente que su vida tiene sentido. Capacidad de concentración. Aceptar su apariencia física. Satisfacción de sí mismo. Presencia de sentimientos negativos.		5,6,7,11,19,26
		Relaciones sociales	Satisfacción con sus relaciones personales. Satisfacción con su vida sexual. Satisfacción con el apoyo que obtiene de sus amigos.		20,21,22

		Ambiente	Seguridad en su vida diaria. Ambiente físico a su alrededor. Disponibilidad de dinero para cubrir sus necesidades Disponibilidad de información que necesita en su vida diaria. Oportunidad para realizar actividades de ocio. Satisfacción de las condiciones del lugar donde vive. Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios. Satisfacción con el transporte.		8, 9, 12, 13, 14, 23, 24,25
--	--	----------	---	--	-----------------------------

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. Ámbito de estudio:

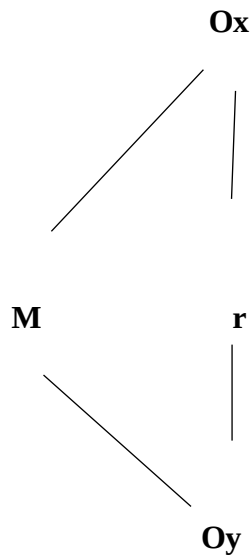
La provincia de Jaén, está ubicada en la zona Nor-Oriental de Cajamarca, entre los 5°15' y los 6°4' de latitud Sur; y entre los 78° 33' y los 79° 38' de longitud Oeste aproximadamente. Limita por el norte con la Provincia de San Ignacio, por el este con las provincias de Bagua y Utcubamba (Región Amazonas), por el sureste y sur con la Provincia de Cutervo, por el suroeste con las provincias de Ferreñafe (Región Lambayeque), por el oeste con la provincia de Huancabamba (Región Piura).

La Provincia de Jaén es una de las trece provincias que conforman el departamento de Cajamarca, bajo la administración del Gobierno regional de Cajamarca, en el Perú. (56)

4.2. Diseño de la investigación

Estudio de tipo no experimental, ya que se realizó sin manipulación deliberada de las variables, sino que se observaron situaciones ya existentes para ser analizadas; enfoque cuantitativo porque se usó la recolección de datos para probar la hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, de corte transversal, por haber sido desarrollado en un tiempo definido. Diseño correlacional, ya que fue orientada

inicialmente a observar los determinantes sociales intermedios y la autopercepción de la calidad de vida en salud en los adultos mayores de la ciudad de Jaén para luego determinar la relación de las variables (57).



Donde M es la muestra, Ox variable independiente y Oy la variable dependiente, las mismas que luego de ser estudiadas, se determinó la correlación entre ellas.

4.3. Método de la investigación

En la presente investigación se empleó el método hipotético-deductivo, que constituye uno de los pilares fundamentales del método científico. Este enfoque parte de la formulación de una hipótesis como posible respuesta al problema de investigación, la cual se somete a pruebas con el objetivo de falsearla o refutarla. Este proceso permitió generar conclusiones basadas en la evidencia empírica, las cuales posteriormente fueron confrontadas con los hechos observados para validar o descartar la hipótesis inicial.

El método hipotético-deductivo se caracteriza por seguir un enfoque estructurado que

incluye varias etapas: la identificación del problema, la formulación de hipótesis, la recolección de datos a través de técnicas rigurosas, y el análisis de los resultados para contrastarlos con las hipótesis propuestas. En este estudio, este método permitió abordar de manera sistemática la relación entre los determinantes sociales intermedios y la autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores de la ciudad de Jaén.

La aplicación de este método no solo facilitó dar respuesta al problema planteado, sino que también permitió estructurar el análisis de los datos obtenidos. La hipótesis formulada fue contrastada mediante herramientas estadísticas, asegurando así que los resultados fueran interpretados con base en criterios objetivos y cuantificables. Este procedimiento no solo garantizó la validez interna del estudio, sino que también proporcionó un marco metodológico sólido para comprender la complejidad de las relaciones entre las variables investigadas.

Además, la capacidad del método hipotético-deductivo para someter las hipótesis a contrastación empírica contribuyó a fortalecer las conclusiones del estudio. Este enfoque permitió establecer si la hipótesis inicial sobre la relación entre los determinantes sociales intermedios y la autopercepción de la calidad de vida era consistente con los datos recolectados. Así, se logró no solo responder al problema de investigación, sino también aportar evidencia que sustenta la importancia de estos determinantes en la percepción del bienestar en adultos mayores.

En conclusión, el método hipotético-deductivo proporcionó una base estructurada y lógica para abordar el problema de investigación, garantizando que los resultados y

conclusiones estuvieran fundamentados en un análisis riguroso y objetivo. Este enfoque permitió no solo generar conocimiento sobre el tema investigado, sino también aportar hallazgos relevantes que podrían ser útiles para futuras investigaciones y para la implementación de políticas orientadas al mejoramiento de la calidad de vida en esta población (57).

4.4. Población, muestra, unidad de análisis y unidad de observación, criterios de inclusión.

4.4.1. Población:

Estuvo constituida por 8502 adultos mayores (60 a 79 años 11 meses, 29 días) correspondiente a la población sujeto de programación de los Establecimientos de salud del distrito de Jaén.

4.4.2. Muestra:

Para su cálculo se utilizó la formula

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

Donde:

Z: 1.96

P= q= 0.50

N = Tamaño de población (8502)

E = 5%

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 8502}{0.05^2 * (8502 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 368$$

Por lo que la muestra estuvo constituida por 368 adultos mayores, quienes fueron distribuidos por el método de muestreo estratificado de la siguiente manera:

Población	Cantidad	Hi	Ni
H. G. Jaén	1741	0.20	76
C. S. Morro Solar	2431	0.29	105
C.S Magllanal	1465	0.17	63
ESSALUD - Hospital II Clínica Jaén	1708	0.20	74
C.S. Los Sauces	611	0.07	26
P.S. Montegrande	273	0.03	12
P.S. Nuevo Horizonte	273	0.03	12
Total	8502	1.000	368

La selección de la muestra fue realizada mediante muestreo estratificado. Para elegir la unidad de análisis se hizo mediante muestreo sistemático; puesto que se tomó de forma aleatoria a la tercera persona, para iniciar el recojo de la información y posteriormente se continuó encuestando cada tres personas hasta completar la muestra; por no contar con una relación enumerada de la población en estudio.

4.4.3. Unidad de análisis:

Constituida por cada adulto mayor, varón o mujer, cuya edad estuvo comprendida entre los 60 a 80 años, que acudieron a ser atendidos por cualquier motivo en los establecimientos de salud del distrito de Jaén.

4.4.4. Criterios de inclusión

Pertenecer al grupo de edad comprendida entre 60 a 80 años, de ambos sexos. Ser usuario de los Establecimientos de salud pertenecientes a la jurisdicción de la ciudad de Jaén. Persona que voluntariamente deseó participar en el estudio y que firme el consentimiento informado.

Persona que no presentó alteraciones mentales o algún tipo de discapacidad que impida dar respuesta fiable al instrumento.

4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

Para el estudio de los determinantes sociales intermedios se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado, con 55 preguntas cerradas de selección múltiple y preguntas dicotómicas, agrupadas en cinco dimensiones: condiciones materiales de vida, factores psicosociales, estilos de vida, factores biológicos, sistema sanitario, y cohesión social/capital social.

El instrumento fue validado por juicio de expertos mediante el Coeficiente total de la V Aiken y de 1.3, cuya condición fue, validez aceptable.

La prueba de confiabilidad fue utilizando el método de las dos mitades, aplicada a 52 elementos con las mismas características de la población de estudio, cuyos resultados fueron los siguientes: el Coeficiente de dos mitades de Guttman alcanzó un valor de 0.563, y al aplicar la corrección de Spearman - Brown, el instrumento presentó un coeficiente ajustado de 0.579 para longitudes iguales o desiguales. Además, el análisis

arrojó un Alfa de Cronbach de 0.854, lo que respaldó una confiabilidad interna altamente significativa.

En conclusión, los resultados obtenidos confirmaron que el instrumento presentó una confiabilidad interna robusta, siendo adecuado para evaluar los determinantes sociales intermedios de la población estudiada. Este nivel de confiabilidad garantiza la consistencia de las mediciones y fortalece la validez de los hallazgos derivados del estudio.

Los resultados fueron analizados considerando la puntuación para la variable determinantes sociales intermedios de la salud las que fueron calculadas con una puntuación de dos puntos para respuestas positivas y 1 para las negativas por cada ítem:

Se consideró una escala global cuyo puntaje fue:

- Presenta determinantes sociales intermedios de riesgo: 52 a 78 puntos.
- No presenta determinantes sociales intermedios de riesgo: 79 a 107 puntos.

La puntuación según dimensiones fue:

- Condiciones materiales de vida: presenta riesgo de 20 a 30 y no presenta riesgo de 31 a 42 puntos.
- Contexto psicosocial: presenta riesgo de 6 a 9, y no presenta riesgo de 10 a 12 puntos
- Estilos de vida: presenta riesgo 15 a 22 y no presenta riesgo de 23 a 30 puntos.

- Factores Biológicos: presenta riesgo de 1 a 2 y no presenta riesgo de 3 a 4 puntos.
- Sistema Sanitario: presenta riesgo 6 a 9 y no presenta riesgo de 10 a 12 puntos.
- Cohesión social/Capital social: presenta riesgo de 3 a 4 y no presenta riesgo de 5 a 6.

Para el estudio de la variable autopercepción de la calidad de vida, se utilizó la encuesta diseñada por la Organización Mundial de la Salud.

El cuestionario WHOQOL-BREF que tuvo 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. La fiabilidad del instrumento fue muy buena, obteniéndose un alpha de Cronbach de 0,88 para el cuestionario total y para cada una de las preguntas entre 0,87-0,88.

La puntuación para evaluar la autopercepción de la calidad de vida, fue utilizando la encuesta de percepción de calidad de vida (WHOQOL BREF); Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. Cuya escala de medición fue ordinal con puntajes de: 69 o menos para baja, 70–94 media y 95-120 alta calidad de vida. (44,58, 59)

4.6. Técnicas para el Procesamiento y análisis de la información:

Los datos del presente trabajo fueron recopilados en el año 2023; los mismos que fueron registrados en las hojas de cálculo Microsoft Excel y transportados al paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) Versión 29 para ser posteriormente procesados y analizados.

Para verificar la normalidad del conjunto de datos se usó los estadísticos de Kolmogorov- Smirnov a la que se aplicó la corrección de significación de Lilliefors, tanto para la variable determinantes sociales intermedios (0,078), y la variable autopercepción de la salud (0,109), en las cuales se encuentra evidencia estadística ($p < 0,001$) para aseverar que las valoraciones no cumplen con los supuestos paramétricos, por lo que se usó los estadísticos no paramétricos para las pruebas de hipótesis. (Apéndice 1)

Además, se verificó la dispersión de puntos para las variables determinantes sociales intermedios y la autopercepción de la salud, en las que se observó el desplazamiento de izquierda a derecha, lo que sugirió una relación directa entre las variables de estudio. (Apéndice 2).

Para determinar la correlación existente entre variables y sus dimensiones se utilizó la prueba estadística de correlación y regresión lineal. Los resultados fueron presentados en tablas cruzadas, de frecuencias absolutas y relativas que posteriormente fueron analizadas según la base teórica con el fin de explicar la hipótesis de investigación.

Además, se utilizó la prueba estadística Rho de Spearman. Análisis bivariado que mide la fuerza de asociación entre dos variables y la dirección de la relación. En términos de la fuerza de la relación, el valor del coeficiente de correlación (r_s) varía entre +1 y -1. A medida que el valor del coeficiente de correlación vaya hacia 0, la relación entre las dos variables será más débil. La dirección de la relación se indica mediante el signo del coeficiente; + uno indica una relación directa y - uno indica una relación Inversa (57).

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Presentación de resultados:

Determinantes sociales intermedios de la salud según riesgo en los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023.

Tabla 1. Determinantes sociales intermedios de la salud según riesgo en los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023

Variable		n	%
Determinantes Sociales Intermedios de la Salud	No presenta determinantes sociales Intermedios de Riesgo	296	80,40
	Presenta determinantes sociales Intermedios de Riesgo	72	19,60
	Total	368	100,00

La tabla 1 muestra que la mayoría de participantes en el estudio no presentan determinantes sociales intermedios de riesgo (80,40%), frente al 19,60% que si lo presentan.

Determinantes sociales intermedios de la salud según dimensiones y riesgo en los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023.

Tabla 2. Determinantes sociales intermedios de la salud, según dimensiones y riesgo, en los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023.

Determinantes sociales Intermedios/ dimensiones	RIESGO					
	No presenta		Presenta		Total	
	n	%	n	%	n	%
Condiciones materiales de Vida	315	85,60	53	14,40	368	100,00
Contexto psicosocial	124	33,70	244	66,30	368	100,00
Estilos de vida	215	58,40	153	41,60	368	100,00
Factores biológicos	282	76,60	86	23,40	368	100,00
Sistema sanitario	234	63,60	134	36,40	368	100,00
Cohesión social / Capital social	259	70,40	109	29,60	368	100,00

En la tabla 2 se puede apreciar que de la variable determinantes sociales intermedios las dimensiones condiciones materiales de vida (85,60%), los factores biológicos (76,60%) y cohesión social/capital social (70,40%), sistema sanitario (63,60%) y estilos de vida (58,40%) no presentan riesgo. Frente a la dimensión contexto psicosocial (63,30%), que presenta riesgo.

Nivel de autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023.

Tabla 3. Nivel de autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023.

Variable	Nivel	n	%
Autopercepción de la calidad de vida	Baja	235	63,86
	Media	130	35,33
	Alta	3	0,82
Total		368	100,00

La tabla 3 revela que el 63,86% de los adultos mayores tienen una autopercepción de la calidad de vida baja, frente a un 35,33% que el auto percibe como media.

Nivel de autopercepción de la calidad de vida según dimensiones en los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023.

Tabla 4. Nivel de autopercepción de la calidad de vida según dimensiones en los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023.

Dimensiones Autopercepción	Nivel de Autopercepción							
	Baja		Media		Alta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Salud física	21	5,71	341	92,66	6	1,63	368	100,00
Salud psicológica	14	3,80	347	94,29	7	1,90	368	100,00
Relaciones sociales	62	16,85	293	79,62	13	3,53	368	100,00
Ambiente	28	7,61	331	89,95	9	2,45	368	100,00

En la tabla 4 se encuentran las frecuencias de la autopercepción de la calidad de vida, según dimensiones, donde el nivel medio se encontró en todas las dimensiones, de las cuales las de mayor porcentaje fueron las dimensiones salud psicológica (94,29%), seguido de salud física (92,66%) y la dimensión ambiente (89,95%).

Determinantes sociales intermedios su relación con la autopercepción de la calidad de vida, según dimensiones, de los adultos mayores.

Tabla 5. Determinantes sociales intermedios su relación con la autopercepción de la calidad de vida, según dimensiones, de los adultos mayores. Jaén. Cajamarca. 2023

Dimensiones determinantes sociales intermedios	Dimensiones autopercepción de calidad de vida			
	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Ambiente
Condiciones materiales de vida	0,097	0,262	0,095	0,185
Contexto psicosocial	0,104	0,029	0,098	0,062
Estilo de vida	0,144	0,223	0,122	0,188
Factores biológicos	0,085	0,071	0,071	0,050
Sistema sanitario	0,054	0,225	0,093	0,151
Cohesión social/Capital social	0,034	-0,033	0,007	0,046

La tabla 5, muestra la correlación de los determinantes sociales intermedios y autopercepción de la calidad de vida según dimensiones, en el cual las condiciones materiales de vida (0,262) tiene la correlación positiva más fuerte y alta, seguida del sistema sanitario (0,225) y el estilo de vida (0,223) todas ellas con la dimensión salud psicológica; también se observa una relación moderada en el estilo de vida (0,188), condiciones materiales de vida (0,185) y sistema sanitario (0,151) con la dimensión ambiente.

Además, el determinante social intermedio en su dimensión Cohesión social/Capital social presentó una relación negativa débil (-0,033) con la dimensión salud psicológica.

Determinantes sociales intermedios, según dimensiones su relación con la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023

Tabla 6. Determinantes sociales intermedios, según dimensiones su relación con la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023

	Estimado	Error Std.	Valor t	p-valor
(Constante)	37,261	6,186	6,024	0,000
Condiciones materiales de vida	0,237	0,166	1,428	0,154
Contexto psicosocial	0,412	0,337	1,223	0,222
Estilo de vida	0,409	0,231	1,774	0,077
Factores biológicos	0,860	0,588	1,462	0,145
Sistema sanitario	0,699	0,435	1,608	0,109
Cohesión social / Capital social	-0,012	0,381	-0,032	0,974

Error estándar residual: 7,679 con 361 grados de libertad

R-cuadrado múltiple: 0,069. R-cuadrado ajustado: 0,053

F-: 4,437 en 6 y 361 grados de libertad, p-valor: 0,0000

En la tabla 6 de resultados del modelo de regresión lineal, se observa que la constante tiene un valor significativo ($p < 0,05$), y la autopercepción promedio de la calidad de vida es de 37,261 puntos. En cuanto a los coeficientes estimados, los factores biológicos (0,860) y el sistema sanitario (0,699) muestran los coeficientes positivos más altos, Por otro lado, la cohesión social/ capital social (-0,012) presenta coeficiente negativo. El ajuste del modelo muestra un R-cuadrado de 0,069 y un R-cuadrado ajustado de 0,053, además, el estadístico F ($p = 0,0000$).

Determinantes sociales intermedios, su correlación con la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023.

Tabla 7. Determinantes sociales intermedios, su correlación con la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023.

Coeficientes	Estimado	Error Std.	Valor t	p-valor
(Constante)	71,050	2,467	28,803	0,000
Determinantes sociales intermedios de la salud	0,180	0,036	4,963	0,000

Error estándar residual: 5,484 con 367 grados de libertad

R-cuadrado múltiple: 0,063. R-cuadrado ajustado: 0,060

F: 24,628 en 1 y 366 grados de libertad, p-valor: 0,0000

La Tabla 7 muestra los resultados de un modelo de regresión lineal, que estima una constante con un valor significativo ($p < 0,05$), lo que significa que, en ausencia de influencia de los determinantes sociales intermedios de la salud, el valor promedio esperado de la autopercepción de la calidad de vida sería de 71,050. El coeficiente estimado de los determinantes sociales de la salud es 0,180, lo que indica que, por cada unidad adicional en los determinantes sociales, se espera un aumento promedio de 0,180 unidades en la autopercepción de la calidad de vida, manteniendo constantes otros factores. Este coeficiente es estadísticamente significativo, ya que su valor p asociado es 0,000, menor al umbral convencional de 0,05. El modelo tiene un error estándar residual de 5,484, lo que refleja la variabilidad de la autopercepción de la calidad de vida que no es explicada por los determinantes sociales de la salud. El R-cuadrado del modelo es: 0,063, lo que significa que solo el 6,3% de la variabilidad en la autopercepción de la calidad de vida puede explicarse por los determinantes sociales

intermedios de la salud. El R-cuadrado ajustado es ligeramente menor, con un valor de: 0,060, lo que confirma que la capacidad explicativa del modelo es limitada.

El estadístico F del modelo es 24,628, con un valor p 0,0000, lo que indica que el modelo en su conjunto es estadísticamente significativo. Esto sugiere que, aunque el efecto de los determinantes sociales intermedios sobre la autopercepción de la calidad de vida es pequeño es lo suficientemente consistente como para ser considerado significativo.

5.2. Análisis interpretación y discusión de resultados

La Tabla 1 muestra la distribución de los adultos mayores de la ciudad de Jaén-Cajamarca, según la presencia o ausencia de riesgo de los determinantes sociales intermedios en Jaén. Cajamarca. durante el año 2023. De un total de 368 adultos mayores analizados, la mayoría significativa, equivalente a 80.40 %, no presentan determinantes sociales intermedios de riesgo. Esto indica que este grupo cuenta con condiciones intermedias favorables en términos de los determinantes sociales evaluados claves como condiciones materiales de vida, factores Biológicos y Cohesión Social / Capital Social. Este hallazgo es reforzado por la literatura que consideran que un entorno favorable en términos sociales e intermedios contribuye significativamente a la percepción de bienestar y calidad de vida en los adultos mayores (1,3).

La proporción mayoritaria de adultos mayores sin riesgos intermedios puede atribuirse en parte a las políticas públicas y estrategias de promoción de la salud implementadas en la región, como campañas de vacunación, programas de alimentación y acceso a servicios básicos. Según la Organización Mundial de la Salud, estas intervenciones

suelen ser eficaces para reducir las disparidades en salud y mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores, especialmente en áreas rurales (4).

Investigaciones previas han demostrado que estrategias de intervención dirigidas, como el fortalecimiento del capital social, el acceso equitativo a servicios de salud y la promoción de redes comunitarias, pueden reducir significativamente los riesgos asociados a los determinantes sociales intermedios en adultos mayores (4,62).

Resaltar que 19,60 % de la población presenta determinantes sociales intermedios que presentan riesgo, lo que indica que este pequeño grupo enfrenta barreras significativas que pueden afectar su calidad de vida. Este resultado es consistente con investigaciones que resaltan la importancia de identificar subgrupos vulnerables en contextos aparentemente favorables, ya que la desigualdad en la distribución de los determinantes sociales puede ocultar problemáticas específicas (3,4)

Sin embargo, el pequeño porcentaje en situación de riesgo sugiere que posiblemente las políticas pueden no estar llegando a todos los sectores de la población de manera equitativa. Un aspecto relevante es la necesidad de atención focalizada en el grupo vulnerable.

En el estudio los determinantes sociales intermedios de la salud clasificados en las dimensiones según su nivel de riesgo, incluyeron las categorías "no presenta riesgo" y "presenta riesgo" para cada dimensión, representadas en valores absolutos y porcentajes (tabla 2). Se observan disparidades significativas entre las dimensiones analizadas, con áreas críticas que requieren intervención urgente como las dimensiones contexto psicosocial (66,30%), estilos de vida (41,60%), y sistema sanitario (36,40%) que se

encuentran en riesgo.

La dimensión psicosocial (66,30%), en la que se evidencia dificultad y muestra el mayor riesgo; es así como se puede notar elevados porcentajes en este grupo en estudio, como en la no existencia de grupos de apoyo social (68,20%) y por ende la no pertenencia a los mismos (76,36%), así como no sentirse protegidas (os) cuando presentaron algún problema (50,82%) y el hecho que en los últimos años hayan presentado alguna experiencia de maltrato, accidente de tránsito, violación, y muerte de un ser querido (53,80%) (Apéndice 4). Este hallazgo es reforzado con los datos cercanos reportados por Villarreal G. et al. (26) donde muestra que el apoyo social fue considerado por el 50 % de su población de estudio. Y difieren de Ruiz A. (24) puesto que 100% de los participantes de su estudio consideraron no recibir apoyo social organizado. Al respecto, Ponce L. et al. (61) considera, que la disponibilidad de apoyo social mejora significativamente la calidad de vida y la memoria explícita, al tiempo que reduce la depresión entre los adultos mayores activos. Esto resalta la importancia de las conexiones sociales para promover el bienestar, apoyo social y la existencia de redes comunitarias; mediante la gestión e implementación de políticas locales que fomentan la integración comunitaria de los adultos mayores (9)

Además, debemos agregar que los resultados encontrados señalan posibles déficits en apoyo emocional, relaciones interpersonales y ambientes sociales positivos. Este resultado es consistente con investigaciones que muestran cómo la falta de interacción social y apoyo emocional contribuye al aislamiento y la depresión en adultos mayores; por lo que se tiene que tener especial consideración y atención a este determinante social

intermedio contexto psicosocial, área que posiblemente esté afectando significativamente la calidad de vida de los adultos mayores, mediante políticas públicas que promuevan la equidad psicosocial y mejoren las condiciones de vida. los factores psicosociales presentan importantes desafíos; estos resultados subrayan la necesidad de diseñar intervenciones focalizadas en fortalecer esta dimensión en riesgo; para mejorar el bienestar de los adultos mayores en Jaén, Cajamarca.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4) resalta un constructo teórico fundamental en la gerontología social y la psicología del envejecimiento. donde enfatiza que las redes de apoyo psicosocial actúan como un amortiguador crítico contra los efectos adversos asociados al proceso de envejecer. Esta perspectiva subraya la importancia de las interacciones sociales, el apoyo emocional, la ayuda instrumental y la pertenencia comunitaria como factores protectores que influyen directamente en la percepción subjetiva de bienestar en la edad adulta tardía.

Además, en la tabla 2 también se puede apreciar que la mayoría de las dimensiones: condiciones materiales de vida (85,60%), los factores biológicos (76,60%) y cohesión social/capital social (70,40%), sistema sanitario (63,60%) y estilos de vida (58,40%) no presentan riesgo. Analizando la dimensión condiciones materiales de vida, los resultados revelan no tener un salario mensual superior al mínimo vital (80,71%) (apéndice 4); en relación a ello encontramos algunos resultados cercanos, como los reportados por Ruiz, M. (24) en el indicador sueldo mínimo vital (SMV) cuyo estudio reporta que 100% de participantes indicaron también no tener un ingreso económico mayor al mínimo vital. Respecto a la dimensión estilos de vida los ítems más saltantes corresponden a la no

realización de algún tipo de ejercicio (88,32%) y consumo de tabaco 68,21% de los participantes en el estudio (apéndice 4). Respecto a esta dimensión Ruiz, M. (24) muestra gran diferencia, puesto que en su investigación que 41,2% no consume con frecuencia bebidas alcohólicas, frente a nuestros resultados donde 85,05% refiere no consumir; así mismo el autor muestra datos no muy lejanos respecto a que 60,8% duerme “08 a 06 horas”; mientras que nuestros resultados correspondieron a 52,45%, otro resultado fue que 54,9% consume “diario” fideos, arroz y papas, muy diferente a los nuestros resultados donde 88,32% de nuestra población de estudio reportó tener una alimentación variada. (Apéndice 4).

Al respecto, Rodríguez C. (22) en su investigación se contrapone a nuestros resultados, puesto que, con respecto al estilo de vida reportó que la mayoría 86,7% presentó un estilo de vida saludable. En comparación a nuestros resultados que fueron considerados en 58,40% no presenta riesgo (Tabla 2). Los factores del sistema sanitario, fueron parcialmente reforzados por Ruiz M. (24) señalando que 100% tiene seguro SIS – MINSA, dato no muy lejano a los encontrados en nuestro trabajo, puesto que 77,99% reportó tenerlo (Apéndice 4). La dimensión cohesión social/capital social, muestra que 70,40% de los adultos mayores están en condición adecuada (tabla 2), destacando la participación en actividades comunitarias en el sector donde vive (57,61%), el reconocimiento de la existencia de líderes en su comunidad o sector por 78,26% y la confianza en los mismos por el 65,49% (Apéndice 4).

Estudios realizados han identificado que la falta de actividades comunitarias aumenta la vulnerabilidad de esta población (66).

La autopercepción de la calidad de vida, mostrada en la tabla 3, el 63,86 % de los adultos

mayores tienen una autopercepción de la calidad de vida baja; En relación a la autopercepción de la calidad de vida encontramos resultados diferentes a los de Peláez E. et al (19) los que reportaron que el 60,1 % de los adultos mayores tuvieron una autopercepción de la salud positiva (excelente, muy buena o buena), además de Jesus S, Aguiar H. (21) quien refiere una autopercepción positiva de la salud en 46,29% y el de Araujo et al. (13) quien consideró que 55,5% autopercibió la calidad de vida como bueno o excelente; Alarcón E, Bobadilla S. (23), muestra un predominio en el nivel medio (59,8%) ; los de Tacumá P. (17) quien reportó la autopercepción de la salud como normal 37%. Resultados atribuidos, posiblemente a las diferencias económicas, sociales y culturales, entre otras sociedades y entornos culturales diferentes; toda vez que los estudios antes mencionados fueron en su mayoría desarrollados en otros países y por ende en otras realidades.

Villarreal A. et al. (26) mostraron datos cercanos a los nuestros, puesto que en su investigación sobre la salud y la calidad de vida autopercebida de los adultos mayores en un municipio del Caribe colombiano (2022) encontró que 54 % de los participantes calificó su percepción global de la calidad de vida como baja. Estos hallazgos son consistentes con estudios que destacan factores como las enfermedades crónicas, barreras económicas y limitaciones en el acceso a recursos sociales y sanitarios pueden impactar negativamente en la percepción del bienestar en esta población (8,16,17,18). Por lo que el predominio de una autopercepción baja de la calidad de vida, podría estar relacionado posiblemente con las diferentes condiciones socioeconómicas y culturales de la región, que históricamente ha enfrentado desafíos en términos de acceso a servicios

de salud, educación y redes de apoyo social (3). La Organización Mundial de la Salud ha señalado que la pobreza y la desigualdad son determinantes clave que afectan la calidad de vida de los adultos mayores en áreas rurales de América Latina (4). Así mismo el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) enfatiza también que la pobreza y la desigualdad en regiones de América Latina, como Jaén, agravan las condiciones de vida de los adultos mayores, limitando su bienestar y capacidad de autonomía (9).

La alta prevalencia de una autopercepción baja de la calidad de vida, resalta la necesidad de abordar los determinantes sociales que subyacen a estas percepciones. Esto incluye no solo mejorar el acceso a servicios de salud de calidad, sino también implementar programas que fortalezcan el capital social y las redes de apoyo comunitario. Según estudios previos, intervenciones dirigidas a mejorar el entorno psicosocial y las condiciones materiales de vida pueden tener un impacto significativo en la autopercepción de la calidad de vida (8,17).

En contraste a los resultados anteriores, 35,33% reportan una autopercepción media de su calidad de vida (tabla 3); lo cual sugiere la existencia de un subgrupo que goza de mejores condiciones de salud física, mental y social. La literatura considera que, los determinantes sociales intermedios adecuados contribuyen positivamente a una percepción más favorable del bienestar (3,8). Este resultado también destaca el impacto de las estrategias de promoción de la salud y el fortalecimiento del sistema sanitario local, aspectos que han mostrado resultados prometedores en otros entornos (28).

Destacar que la literatura considera que la autopercepción del estado de salud es un buen indicador, porque refleja diversos aspectos de las condiciones de salud, la atención y el uso de los servicios de salud, y se ha utilizado como un instrumento orientador para las acciones de promoción de la salud en la población de edad avanzada.

La autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores de Jaén-Cajamarca muestra una tendencia predominantemente negativa, evidenciando la necesidad de políticas públicas e intervenciones focalizadas que aborden tanto los determinantes sociales como las condiciones sanitarias. Estas acciones podrían no solo mejorar la calidad de vida percibida por los adultos mayores, sino también contribuir al bienestar integral de esta población vulnerable. Al respecto Araujo D. et al. (13) concluye en su investigación que conocer los factores que afectan la autopercepción de la salud en los adultos mayores es importante para la creación y mejora de políticas públicas de prevención y promoción de la salud.

La evaluación multidimensional de la autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores de Jaén. Cajamarca durante el año 2023 (tabla 4); revela aspectos importantes sobre las percepciones individuales y las áreas que afectan la calidad de vida en esta población. En las dimensiones salud psicológica (94,29%), salud física (92,66%), ambiente (89,95%), relaciones sociales (79,62%), se ubican en el nivel de autopercepción media, lo que sugiere que la mayoría enfrentan limitaciones relacionadas con las dimensiones mencionadas.

Al respecto Tacumá P. (17) difiere de nuestros resultados, en su estudio sobre la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en los Centros de día de Bogotá, obtuvo como resultados en las dimensiones de salud física 66,2%, salud psicológica 70,1%, relaciones sociales 56,3% y ambiente 56%. Así mismo, Villarreal G. et al. (26) en las dimensiones bienestar psicosocial (55 %), funcionamiento interpersonal (52 %) y satisfacción espiritual (60 %), bienestar físico (51 %). Alarcón E. y Bobadilla C. (23) reporta un débil acercamiento en la dimensión ambiente, donde prevaleció el nivel medio (64,6 %); mientras que en el resto de dimensiones se observó diferencias, como en salud física (54,3 %) y salud psicológica (45,7 %), donde el nivel alto fue el más frecuente y en la dimensión relaciones sociales, se destacó un nivel bajo (87,4 %); por lo que señala la necesidad de intervenciones en áreas como la atención a la ansiedad, la depresión y el estrés, problemas frecuentes en esta etapa de la vida. Consideramos que estos resultados podrían estar influenciado por factores como el sentido de resiliencia o estrategias de afrontamiento adoptadas por los adultos mayores, características que son comunes en esta población para enfrentar desafíos emocionales (4).

Analizando las diferentes dimensiones de la autopercepción de la calidad de vida (tabla 4) notamos que todas las dimensiones se encuentran en el nivel medio; indicando que aún es necesario enfocar actividades y estrategias de promoción de la salud adaptados a las características de los grupos sociales, sobre todo teniendo en cuenta a este grupo etareo, cuya autopercepción de la calidad de vida requiere mejorar en las diferentes dimensiones y por ende en su bienestar general, incluyendo el apoyo emocional, la salud física, el entorno donde ellos se desenvuelven lo que indica que aún existen áreas donde

el entorno que no es óptimo para el bienestar de ciertos individuos, particularmente en términos de accesibilidad y calidad de los servicios básicos. Por lo que se debe intervenir haciendo mejoras en infraestructura, seguridad y acceso a servicios, lo que podría contribuir a un entorno más favorable para el bienestar de los adultos mayores; así mismo la sensación de pertenencia y las relaciones sociales; puesto que en esta etapa de la vida muchas veces se enfrenta al aislamiento social o falta de apoyo interpersonal; problemáticas que, según la Organización Panamericana de la Salud, son más pronunciadas en zonas urbanas (3); contribuyendo de esta manera a elevar a un nivel alto de autopercepción, ya que el estudio reporta muy escaso porcentaje en este nivel de autopercepción.

Analizando la correlación de los determinantes sociales intermedios y la autopercepción de la calidad de vida según dimensiones (tabla 5) se observa que las condiciones materiales de vida el sistema sanitario y el estilo de vida ((0,262 , 0,225 y 0,223, respectivamente), tienen la correlación positiva más fuertes con la dimensión salud psicológica de la autopercepción de la salud; lo que evidencia que los adultos mayores perciben una mejor salud psicológica (94,29% tabla 4) cuando las condiciones materiales de vida, calidad del sistema sanitario, el estilo de vida son adecuados. Estos resultados difieren con investigaciones como la de Tacumá P. (17), con sus resultados encontrados en la dimensión ambiental que tienen mayor correlación frente a la autopercepción de la calidad de vida.

Refuerzan nuestros resultados los de Kretschmer A, Loch M (20) en cuyo estudio encontró que ciertas conductas relacionadas con la salud, como visitar al médico con más frecuencia, hacer actividad física y consumir frutas y verduras con regularidad, correspondientes a un estilo de vida adecuado, estaban relacionadas con una mejor percepción de la salud; asimismo, los de Jesús S, Aguiar H. (21) quien concluyó que la probabilidad de una mejor autopercepción de la salud aumentó con la posesión de seguro de salud, consumo regular de frutas y verduras y suficiente actividad física en el tiempo. Las investigaciones antes mencionadas coinciden con la literatura que destaca el papel fundamental de los servicios sanitarios y un entorno favorable para garantizar el bienestar emocional y la percepción positiva del entorno en los adultos mayores (1,3).

En el análisis de la autopercepción de la calidad de vida, específicamente en lo que concierne a la dimensión de la salud psicológica en adultos mayores, la presente investigación revela correlaciones positivas de significativa magnitud con diversas esferas del bienestar. Los resultados destacan de manera prominente la influencia de las condiciones materiales de vida (0,262), seguidas de cerca por el sistema sanitario (0,225) y el estilo de vida (0,223) (tabla 5). Estas asociaciones sugieren una contribución sustancial y estadísticamente relevante de estas variables al bienestar psicológico general de la población adulta mayor estudiada.

La fuerte correlación con las condiciones materiales de vida subraya un principio fundamental en gerontología: la seguridad financiera, el acceso a una vivienda adecuada, la nutrición y otros recursos económicos son pilares ineludibles para la salud mental en la vejez (29). Un nivel de vida digno mitiga el estrés crónico asociado a la precariedad,

reduce la ansiedad por la supervivencia y permite el acceso a actividades recreativas y sociales que fomentan el bienestar psicológico. Esto implica que las políticas socioeconómicas dirigidas a mejorar la situación material de los adultos mayores no solo atienden necesidades básicas, sino que también actúan como una intervención preventiva y promotora de la salud mental.

La contribución significativa del sistema sanitario al bienestar psicológico resalta la importancia de una atención médica integral y accesible. Esto va más allá de la mera atención de enfermedades físicas; incluye el acceso a servicios de salud mental, la calidad de la atención primaria, la continuidad de los cuidados y la percepción de ser escuchado y atendido por profesionales de la salud. Un sistema sanitario deficiente o inaccesible puede generar ansiedad, frustración y desesperanza, afectando directamente la salud psicológica. Por el contrario, un sistema que provee un soporte adecuado y de confianza contribuye a la tranquilidad y seguridad, elementos vitales para el equilibrio psicológico del adulto mayor. Al respecto Taeho G, Marottoli R, Cooney L. et al.(18) refuerza nuestros resultados al considerar que cada factor de riesgo acumulativo adicional de los determinantes sociales y conductuales de la salud se asoció con una mayor probabilidad de no tener una fuente de atención médica habitual.

Finalmente, la correlación positiva con el estilo de vida enfatiza el papel proactivo del individuo en su propio bienestar psicológico. Esta dimensión engloba factores como la actividad física regular, la dieta, el manejo del estrés, la calidad del sueño y la evitación de hábitos perjudiciales. Un estilo de vida saludable no solo mejora la función cognitiva y reduce el riesgo de enfermedades crónicas, sino que también promueve la liberación

de neurotransmisores asociados al bienestar, mejora la autoestima y fomenta una percepción de control sobre la propia salud. Esto sugiere la necesidad seguir desarrollando programas de promoción de la salud que empoderen a los adultos mayores para adoptar y mantener hábitos de vida que refuercen su resiliencia psicológica.

Es importante reconocer que estas dimensiones no actúan de forma aislada sino tienen una compleja interacción entre ellas, es así que las condiciones materiales pueden influir en el acceso al sistema sanitario y en la capacidad de adoptar estilos de vida saludables, del mismo modo, un sistema sanitario deficiente puede exacerbar los efectos negativos de las condiciones materiales precarias.

En síntesis, estos hallazgos demuestran que la salud psicológica en la autopercepción de la calidad de vida en la tercera edad es un constructo multifactorial, profundamente influenciado por determinantes sociales intermedios como son las condiciones materiales de vida, la calidad del soporte sanitario y las decisiones individuales sobre el estilo de vida. La comprensión de estas interrelaciones es crucial para el diseño de intervenciones holísticas y políticas públicas que apunten a mejorar la calidad de vida y la salud mental de nuestra creciente población de adultos mayores. Contribuyendo a futuro mejorar la autopercepción de la salud a un nivel medio y alto.

Respecto a la relación de los determinantes intermedios y la autopercepción de la calidad de vida; en su dimensión relaciones del estilo de vida, condiciones materiales de vida, sistema sanitario con el ambiente (0,188 y 0,185, 0,151, respectivamente) (tabla 5), así como, el estilo de vida, contexto psicosocial con la salud física (0,104 y 0,144

respectivamente), muestran una correlación positiva un tanto débil; las cuales no invalidan la existencia de interconexiones, por el contrario, subrayan la intrínseca complejidad de los determinantes intermedios de la salud, por lo que estos hallazgos deben ser el punto de partida para una investigación más profunda que emplee metodologías avanzadas, explore modelos teóricos más sofisticados y considere la relevancia práctica de pequeñas asociaciones en el contexto de sistemas complejos. La debilidad observada es un llamado a la acción para desentrañar las capas de influencia y causalidad que subyacen a la salud humana y ambiental.

Este hallazgo es consistente con investigaciones que subrayan la importancia de la actividad física y los estilos de vida saludables para fortalecer las redes sociales y fomentar un sentido de pertenencia en las personas mayores (11).

Al respecto, Peláez E. et al (19) difieren de nuestros resultados, al considerar que el dominio psicosocial (ayuda recibida) es uno de los determinantes intermedios que muestran mayor correlación frente a la autopercepción de la calidad de vida.

Destacar también la correlación positiva, aunque marginal (0,007) (tabla 5), entre la cohesión social/capital social con las relaciones sociales, es imperativo no subestimar la relevancia de este vínculo; por el contrario, la identificación de esta correlación, por mínima que sea, debe catalizar el desarrollo e implementación de estrategias focalizadas. Estas estrategias deben orientarse al fortalecimiento de las interacciones sociales dentro de la comunidad, fomentando activamente la participación de los adultos mayores en actividades comunitarias. Dicha participación es fundamental para la salud integral y el bienestar de este grupo demográfico.

Destacar, además, que la Cohesión Social/Capital Social (-0,033) (tabla 5), muestra correlaciones negativas débiles con la dimensión salud psicológica. Este resultado sugieren que, en esta población, la participación e involucramiento en actividades comunitarias son muy pobres, así mismo la escasa presencia de líderes comunales y la escasa confianza en los mismos está repercutiendo sutilmente con un menor bienestar psicológico de los adultos mayores; si bien la magnitud de la correlación es mínima, su dirección negativa sugiere un fenómeno contraintuitivo donde una integración social disminuida se asocia sutilmente con un menor bienestar psicológico. Además, la poca presencia de líderes comunales y la escasa confianza en las estructuras de liderazgo existentes emergen como variables explicativas significativas.

Un liderazgo comunal efectivo a menudo actúa como un catalizador para la formación de capital social, movilizándolo a los residentes para la acción colectiva, mediando conflictos y fomentando un sentido de identidad y propósito compartidos. La ausencia o ineficacia de dicho liderazgo, junto con una palpable falta de confianza, socava fundamentalmente la base sobre la cual se construyen redes sociales sólidas y entornos comunitarios de apoyo. Se debe enfocar un trabajo que pueda fortalecer los lazos sociales y compromiso comunitario, incluyendo oportunidades de apoyo social, un sentido de pertenencia, propósito, validación y estimulación, todos los cuales son factores protectores contra la angustia y el deterioro psicológicos en la edad adulta.

En general, los resultados destacan la importancia que tiene conocer la relación de las diferentes dimensiones de los determinantes sociales intermedios y la autopercepción de calidad de vida de los adultos mayores, en las que apreciamos particularmente que las

condiciones materiales, sistema sanitario y estilos de vida son los que tienen más fuerza correlacional con la dimensión salud psicológica; además el estilo de vida y el contexto psicosocial con la salud física, estilo de vida, relaciones sociales con el ambiente. No obstante, también revelan áreas de mejora, especialmente en los factores biológicos y el capital social, que requieren atención para garantizar un envejecimiento saludable y equilibrado. Las políticas públicas y las intervenciones comunitarias deben centrarse en fortalecer estos aspectos, promoviendo no solo el acceso a recursos básicos y servicios sanitarios, sino también fomentando el capital social y el apoyo comunitario.

Respecto a los estadísticos para determinar las relaciones entre las dimensiones de los determinantes sociales intermedios y la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores en Jaén, Cajamarca, (tabla 6), el modelo de regresión lineal muestra al análisis el intercepto, significativo con un valor p menor a 0,05, indica que el promedio de la autopercepción de la calidad de vida, en ausencia de influencia de estas dimensiones, es de 37,261 puntos. Este resultado refleja un nivel base de autopercepción de calidad de vida que podría estar influenciado por otros factores no considerados en el modelo.

Los coeficientes más altos corresponden a los factores biológicos (0,860) sistema sanitario (0,699), contexto psicosocial (0,412) y al estilo de vida (0,409), ninguno es estadísticamente significativo ($p > 0.05$). la interpretación de estos resultados es que, si bien no se puede establecer una correlación estadísticamente significativa con la muestra actual, la magnitud de los coeficientes, especialmente para los factores biológicos y el sistema sanitario, es lo suficientemente alta como para sugerir relaciones sustanciales que

merecen una investigación mucho más profunda y con un mayor poder estadístico. Indicando una relación lineal muy fuerte y positiva. Si bien no es estadísticamente significativo, la magnitud por sí sola sugiere una posible asociación sustancial. esto podría interpretarse como una fuerte indicación de que los factores biológicos están fuertemente relacionados con el resultado medido, incluso si la muestra o el poder estadístico no fueron suficientes para detectar esta relación como "significativa"; sin embargo, se valoran tanto la magnitud del efecto como la significancia estadística. La magnitud sugiere una relevancia práctica considerable, que debemos tener en cuenta (69).

Refuerzan, además, que estas dimensiones tienen una tendencia positiva hacia la mejora de la autopercepción de la calidad de vida; investigaciones que destacan la importancia de los factores biológicos y el sistema sanitario adecuado, contexto psicosocial y estilos de vida saludables en la autopercepción de bienestar de los adultos mayores. Es así que, estudios realizados en América Latina han señalado que un sistema sanitario eficiente y la adopción de estilos de vida activos contribuyen significativamente a una mejor autopercepción de la calidad de vida (3,8,17,20).

Respecto a la cohesión social/capital social (-0,012) presenta coeficiente negativo, y no significativo. Este valor es extremadamente cercano a cero. En términos de magnitud, indica una relación lineal prácticamente inexistente o trivial, estos resultados podrían indicar que, en esta población en estudio, este aspecto no tiene un impacto positivo sobre la autopercepción de calidad de vida. Esto podría estar relacionado con la menor relevancia percibida de las interacciones sociales, que no se abordan adecuadamente (8,9).

El bajo R-cuadrado ajustado (0,053) y el estadístico F significativo (p-valor: 0,0000) reflejan que el modelo tiene una capacidad explicativa, ya que estas dimensiones de los determinantes sociales intermedios explican el 6,9% de la variabilidad en la autopercepción de la calidad de vida. Esto es consistente con investigaciones que señalan que la calidad de vida en adultos mayores está influenciada por una interacción compleja de factores individuales, sociales, ambientales y culturales, lo que sugiere la necesidad de un análisis más integral (12,13).

De lo anterior, el análisis indica tendencias positivas en ciertas dimensiones, como el sistema sanitario y el estilo de vida, los resultados resaltan la necesidad de incorporar variables adicionales y enfoques multidimensionales para comprender mejor los determinantes de la calidad de vida en adultos mayores en este contexto. Futuros estudios podrían explorar interacciones entre determinantes estructurales e intermedios, así como la influencia de factores culturales específicos de la región.

La teoría al respecto explica esta relación estrecha que guarda los determinantes sociales y la autopercepción de la calidad de vida (salud) usualmente se fundamenta en tres perspectivas teóricas: La teoría psicosocial postula que la autoevaluación individual de la propia ubicación dentro de la jerarquía en sociedades caracterizadas por una marcada desigualdad induce deterioros sustanciales en la salud. La vivencia de discriminación percibida, especialmente entre aquellos ubicados en los estratos menos favorecidos, genera estrés crónico y sentimientos de minusvalía y desvalorización. Consecuentemente, esto promueve una ruptura de los lazos sociales, lo que desemboca en respuestas fisiológicas prolongadas que incrementan la vulnerabilidad a diversas patologías.

Otra perspectiva teórica es la teoría de la producción social de la enfermedad, fundamentada en el materialismo estructuralista, arguye que la insuficiencia de ingresos que afecta a ciertos individuos y colectivos sociales se traduce en una carencia de recursos esenciales para mitigar los factores que inciden negativamente en su salud y, por ende, desencadenan la enfermedad. Finalmente, la perspectiva ecosocial integra constructos de teorías precedentes, cuya perspectiva erige una plataforma teórica multinivel que escudriña la intrincada interacción entre el contexto comprendiendo tanto las dinámicas socioeconómicas como el entorno biofísico y la biología humana. De manera fundamental, esta perspectiva profundiza en el concepto de "encarnación", elucidando cómo los individuos somatizan y expresan en su fisiología las múltiples dimensiones de sus condiciones de vida y de trabajo (32).

Consideramos que se debe tener en cuenta y dar la debida importancia a los resultados encontrados en este estudio, toda vez que los próximos años nos espera un creciente poblacional muy importante en este grupo etareo de adulto mayor y como sociedad se debe implementar intervenciones estatales a nivel nacional, regional y local, a través del diseño de políticas, pero considerando las peculiaridades de cada población.

5.3. Contrastación de hipótesis.

La Tabla 7 presenta los resultados de un modelo de regresión lineal que evalúa la relación entre los determinantes sociales intermedios y la autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores de Jaén. Cajamarca durante 2023. Los resultados muestran que existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre estas variables. El

coeficiente estimado para los determinantes sociales intermedios es de 71,050 (valor $p = 0,000$), lo que indica que, por cada unidad adicional en estos determinantes sociales intermedios, la autopercepción de la calidad de vida aumenta en promedio 0,180 unidades, manteniendo constantes otros factores. Este resultado coincide con investigaciones previas que destacan la influencia de los determinantes sociales, como el acceso a servicios básicos, en la percepción del bienestar en adultos mayores (13,14).

El modelo estima un intercepto de 71,050, lo que refleja que, en ausencia de la influencia de los determinantes sociales intermedios, el valor promedio esperado de la autopercepción de la calidad de vida sería positivo. Sin embargo, el R- cuadrado ajustado de 0,060 indica que solo el 6,00% de la variabilidad en la autopercepción de la calidad de vida puede explicarse por estos determinantes. Este hallazgo sugiere que, aunque los determinantes sociales tienen un efecto significativo, su contribución al modelo es limitada, lo que coincide con estudios que subrayan la complejidad multifactorial de la calidad de vida en adultos mayores (15,16).

El error estándar residual 5,484 refleja una alta variabilidad en la autopercepción de la calidad de vida que no es explicada por los determinantes sociales intermedios. Esto pone de manifiesto la necesidad de incluir factores adicionales, como características individuales, redes de apoyo social y condiciones ambientales, para comprender mejor los determinantes de la calidad de vida en esta población (17,18). Además, el estadístico F de: 24,628 y su valor p asociado (0,000) indican que el modelo en su conjunto es estadísticamente significativo, lo que valida la relación identificada entre las variables (19).

Estudios en contextos similares han reportado resultados consistentes, destacando que el acceso adecuado a servicios de salud y la promoción de estilos de vida saludables tienen un impacto positivo en la calidad de vida autopercebida (20,21). Sin embargo, los determinantes sociales intermedios por sí solos no explican la complejidad del bienestar en adultos mayores, como lo indica la baja capacidad explicativa del modelo. Investigación como la de Villarreal A et al. (8) señala la importancia de considerar factores psicosociales y culturales específicos del entorno.

De lo anterior se desprende que, aunque los determinantes sociales intermedios tienen una relación positiva y estadísticamente significativa con la autopercepción de la calidad de vida, el modelo evidencia que esta relación es limitada. Esto resalta la importancia de incorporar un enfoque integral que contemple factores adicionales, como las redes sociales, la cohesión comunitaria y las percepciones culturales, para diseñar estrategias más efectivas que promuevan un envejecimiento saludable en los adultos mayores de Jaén. Cajamarca.

CONCLUSIONES

1. Existe relación significativa entre los determinantes sociales intermedios de la salud y la autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023.
2. Los determinantes sociales intermedios en todas sus dimensiones tienen relación con la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023.
3. Los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca.2023, no presentan determinantes sociales de riesgo.
4. Los determinantes sociales intermedios de la salud, Condiciones Materiales de Vida, estilo de vida, factores biológicos, sistema sanitario, cohesión social / capital social; no presentan riesgo. Sin embargo, el determinante intermedio contexto psicosocial se encuentra en riesgo en los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca.2023.
5. Los adultos mayores de la ciudad de Jaén. Cajamarca. 2023, tienen una autopercepción de la calidad de vida baja.
6. La autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Jaén, Cajamarca. 2023. en todas sus dimensiones se encuentran en un nivel medio.

RECOMENDACIONES

A los estudiantes de la Escuela de Post Grado, Mención Salud:

Considerar en futuras investigaciones la importancia de una visión integral para comprender los determinantes sociales intermedios y la calidad de vida en adultos mayores, abriendo el camino a nuevas investigaciones más profundas que empleen metodologías avanzadas, exploren modelos teóricos más sofisticados.

A las Instituciones responsables del diseño de políticas públicas:

Tener en cuenta investigaciones en los determinantes sociales de la salud para formular políticas específicas de salud, en vista de la equidad en salud, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades para mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor.

Estos resultados deben ser considerados para el diseño de intervenciones focalizadas en fortalecer las dimensiones en riesgo, particularmente aquellas relacionadas con el contexto psicosocial y sobre todo en los determinantes sociales intermedios como las condiciones materiales de vida y cohesión social/capital social que muestran las relaciones más débiles con la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores en Jaén. Cajamarca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Álvarez L. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. 2009 [citado 2022 may 15]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/545/54514009005.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. El Honorable Marc Lalonde - OPS/OMS [Internet]. [citado 2024 jun 26]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/heroes-salud-publica/honorable-marc-lalonde>
3. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS. [Internet]. 2024 [citado 2024 27 de jun]. |. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
4. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. [citado 2024 mar 22]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor. [Internet]. 2023. [citado 2024 mar 27]. Boletín del Adulto mayor. N° 3. Octubre noviembre y diciembre 2023. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/2023/1/#lista>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. 2021. Situación de la población adulta mayor. [Internet]. junio de 2021 [citado 2024 mar 28]; Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar-2021.pdf>
7. Hospital Regional Docente de Cajamarca [Internet]. [citado 2024 mar 28]. Análisis Situacional de salud 2022. Disponible en: <https://www.hrc.gob.pe/portal/docs/det/46956>
8. Villarreal A, Pérez C, Carrillo A, Salud y calidad de vida autopercebida de los adultos mayores en un municipio del caribe colombiano. Rev Salud Uninorte. abril de 2022;38(1):35-50. [Internet]. junio de 2021 [citado 2024 mar 28]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/817/81775201004/html/>
9. Guzmán J. Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población; mayo de 2002. [Internet]. [citado 2024 jun 19]. Disponible en: [Chrome extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/58eda689-1dd0-44b5-80db-0b0db76cb182/content](https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/58eda689-1dd0-44b5-80db-0b0db76cb182/content)
10. Escuela Andaluza de salud pública. Determinantes intermed. - Crisis y Salud | Portal

- EASP. [Internet], [citado 2024 jul 26]. Disponible en: <https://www.easp.es/crisis-salud/impacto-en/determinantes-intermedios>
11. Strain T, Flaxman S, Guthold R, et al. Tendencias nacionales, regionales y mundiales en materia de actividad física insuficiente entre adultos de 2000 a 2022. *Lancet Global Health*. volumen 12, número 8, e1232 - e1243. [Internet]. [citado 2024 jul 26]. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showCitFormats?doi=10.1016%2FS2214-109X%2824%2900150-5&pii=S2214-109X%2824%2900150-5>
 12. García P. Autopercepción de Salud y Envejecimiento. [citado 2024 mar 27]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/318882622_Autopercepcion_de_Salud_y_Envejecimiento
 13. Araújo D, Pacheco J, Santos A, et al. Determinantes sociais, prevalência e fatores associados à autopercepção de saúde em Mâncio Lima. [Internet]. 2021. [citado 2024 agos 5]; Disponible en: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/16559>
 14. Geigl, C. Spagert, L. Loss, J. et al. Calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores alemanes y factores sociales asociados. *Journal of Public Health*, 32 (Supplement_3). Oct 2022. [citado 2025 jul 15]; Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac130.033>
 15. Lim SC, Chan YM, Gan WY. Determinantes sociales y de salud de la calidad de vida de los adultos mayores que viven en la comunidad en Malasia. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 23;20(5):3977. [citado 2025 jul 15]; doi: 10.3390/ijerph20053977. PMID: 36900997; PMCID: PMC10002441. [tension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/file:///C:/Users/HP/Downloads/journal.pone.0303164.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/file:///C:/Users/HP/Downloads/journal.pone.0303164.pdf)
 16. Iwata Y, Yokoyama A, Oe, N. et al. Determinantes de las disparidades de salud autoevaluadas entre adultos mayores independientes que viven en la comunidad: un análisis estratificado por edad. *Atención médica*. 11(23), 3070. [Internet]. 2023. [citado 2025 jul 15]; Disponible en <https://doi.org/10.3390/healthcare11233070>
 17. Tacumá P. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en los centros día de Bogotá. *REDIIS* [Internet]. 15 de mayo de 2019 [citado 2024 dic 26]. Disponible en: <https://revistas.sena.edu.co/index.php/rediis/article/view/2072>
 18. Taeho G, Marottoli R, Cooney L. et al. Asociaciones del índice de determinantes sociales y conductuales de la salud con la salud autoevaluada, las limitaciones funcionales y el uso de servicios de salud en adultos mayores. *Journal of Public Health*, 68. Agos 2020. [citado 2024 mar 27]; Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jgs.16429>

19. Peláez E, Acosta L, Carrizo E. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. [Internet]. [citado 2024 ago 7]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21443545007>
20. Kretschmer, A. Loch, M. Salud autopercebida en adultos mayores con bajo nivel educativo: factores demográficos, sociales y de comportamiento relacionados con la salud. (2022). *Revista Brasileña de Geriátria y Gerontología*, 25(1). (Accesado 2024 ago 5). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.220102.en>
21. De Jesús S, Aguiar H. Autopercepción de salud entre ancianos de la región nordeste de Brasil: un estudio de base poblacional. Editora [Internet]. 2023 Sep. 15 [citado 2024 Dic 15]. Disponible en: <https://sevenpublicacoes.com.br/editora/article/view/2621>
22. Rodriguez C. Determinantes sociales relacionados al estilo de vida de la persona adulta mayor – centro de Salud Santa Julia – Veintiseis de Octubre – Piura, [Tesis] 2021. [Internet]. [citado 2023 jul 23]; Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/4830138>
23. Alarcon E, Bobadilla C. Calidad de vida del adulto mayor que acude a un puesto de salud en Carabayllo, 2022. [Internet]. [citado 2023 jul 23]. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/908/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Ruiz M. Determinantes de la salud de los adultos mayores en el Centro de Salud Candungos – Amazonas [Internet]. [citado 2024 mar 24]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/79775>
25. Torres P. Flores G. Factores predictores del bienestar subjetivo en adultos mayores. *Revista de Psicología*, vol. 36, núm. 1, pp. 9-48, 2017. [Internet]. [citado 2024 mar 24]. Disponible en: <https://doi.org/10.18800/psico.201801.001>
26. Villarreal A, Pérez C, Carrillo A, Salud y calidad de vida autopercebida de los adultos mayores en un municipio del caribe colombiano. *Rev Salud Uninorte*. abril de 2022;38(1):35-50. [Internet]. junio de 2021 [citado 2024 mar 28]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/817/81775201004/html/>
27. Ramos C. Los paradigmas de la investigación científica. Artículo en línea. [citado 2024 jun 19]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_1/Carlos_Ramos.pdf
28. Otero Á, Zunzunegui M. Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria [Internet]. [citado 2024 jun 19]. Disponible en: <https://es.studenta.com/content/116603815/determinantes-sociales-de-la-salud>

29. Fernández B. Macia A. (1993): "Calidad de vida en la vejez", en Intervención Psicosocial, vol. 2(5); 7-94. [Internet]. [citado 2024 jun 19]. Disponible en: <https://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1993/vol2/arti7.htm>
30. Seguel F, Valenzuela S, Sanhueza O. Corriente epistemológica positivista y su influencia en la generación del conocimiento en enfermería [Internet]. [citado 2024 mar 24]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972012000200007&script=sci_abstract&tlng=es
31. Ruiz L. Teoría de la autopercepción de bem: conceptos y aplicaciones. Artículo en línea. [citado 2024 jun 19]. Disponible en: https://www.mentesabiertaspsicologia.com/blog-psicologia/teoria-de-la-autopercepcion-de-bem-conceptos-y-aplicaciones#google_vignette
32. Garriga Y, Navarro J, Saumell A. et al. Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud. Artículo en línea. [citado 2024 jun 19]. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2012/ifd1215e.pdf>
33. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Panorama socioeconómico. [Internet]. 2022 [citado 2024 jun 19]. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/covid-2022/socioeconomico>
34. Enríquez M, Zepeda C, Macedo L. et al. Determinantes de la salud. Unidades de Apoyo para el Aprendizaje. (2022). CUAIEED/Facultad de Medicina-UNAM. [en línea], [citado 2024 jun 25]; Disponible en: https://repositorio-uapa.cuaieed.unam.mx/repositorio/moodle/pluginfile.php/2580/mod_resource/content/3/UAPA-Determinantes-Salud/index.html
35. De La Guardia M, Ruvalcaba J. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. Volumen 5 Numero 1 pp 81-90, enero de 2020;5(1):81-90. [en línea], [citado 2024 jun 18]. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf>
36. Escuela Andaluza de salud pública. Determinantes intermed. - Crisis y Salud | Portal EASP. [Internet], [citado 2024 jul 26]. Disponible en: <https://www.easp.es/crisis-salud/impacto-en/determinantes-intermedios>
37. Leal C, Maldonado M, Gonzales M. Autopercepción de la calidad de vida en salud de adultos mayores en una residencia de larga estadía (ELEAM). [Internet], [citado 2024 jul 26]. Disponible en: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/file:///C:/Users/HP/Downloads/Leal+Coronado%20\(3\).pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/file:///C:/Users/HP/Downloads/Leal+Coronado%20(3).pdf)

38. Simón A, et al. Percepción de la salud entre los adultos mayores según estilo de vida y capacidad funcional. *Enferm. glob.* [Internet]. 2023 [citado 2024 Dic 25]; 22(72): 217-249. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000400008&lng=es.
39. Bustos E, Fernández J, Astudillo C. Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. *Biomédica*. abril de 2017; 37:92-103. [Internet]. [citado 2023 oct 26]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572017000500092
40. Organización Mundial de la Salud. Decenio del Envejecimiento Saludable. [Internet].; 2018 [citado 2023 jun 22]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4#:~:text=Al%20t%C3%A9rmino%20del%20Decenio%20del,y%20alcanzar%C3%A1%20los%20100%20millones
41. Carbonero C. La salud y la calidad de vida: hábitos y estilos de vida saludables en relación con la actividad física: el cuidado del cuerpo: autonomía y autoestima [En Línea]. Sevilla: Wanceulen Editorial, 2016 [consultado 2024 dic 18]. Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/unc/63392?page=48>
42. Camejo Ll. Influencia del bienestar subjetivo en la calidad de vida de adultos mayores [En Línea]. Buenos Aires, Argentina: El Cid Editor, 2011 [consultado 2024 dic 23]. Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/unc/27383?page=1>
43. López J , González R . Tejada J. Propiedades Psicométricas de la Versión en Español de la Escala de Calidad de Vida WHO QOL BREF en una Muestra de Adultos Mexicanos. [Internet]. [citado 2024 jun 19]. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.aidep.org/sites/default/files/2017-09/R44-Art9.pdf>
44. Cardona A, Higueta G. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2014;40,(2):175-189 [Internet]. [citado 2024 jun 20]. Disponible en: <file:///D:/D/CALIDAD%20DE%20VIDA%20OMS%20TEORIA.pdf>
45. Organización Mundial de la Salud. Actividad física [Internet]. [citado 2023 jul 27]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
46. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. [citado 2023 jul 27]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

47. Centro de Psicología y Adopción. Relaciones sociales [Internet]. Psicoveritas. 2018 [citado 2023 jul 27]. Disponible en: <https://psicoveritas.com/problemas-de-relaciones/relaciones-sociales/>
48. Equipo editorial, Etecé (citado 12 de agosto de 2022). Relaciones sociales. Enciclopedia Concepto. [Internet]. [citado 2023 jul 27]. Disponible en: <https://concepto.de/relaciones-sociales/#ixzz8hCLFSz4x>
49. Real Academia Española. Diccionario esencial de la lengua española. 2021 [citado 2023 jul 27]. Disponible en: <https://www.rae.es/drae2001/ambiente>
50. Iraeta I. Enciclopedia. [Internet]. [citado 2023 jul 27]. Disponible en: <https://concepto.de/ambiente-2/#ixzz8hCRJntZS>
51. Centro Internacional sobre el envejecimiento. ¿Cómo influye el ambiente en el proceso de envejecimiento? | Cenie [Internet]. 2021 [citado 2023 jul 27]. Disponible en: <https://cenie.eu/es/noticias/como-e-que-o-ambiente-influencia-o-processo-de-envelhecimento>
52. Vladislavovna S, Pérez R, Reyes H. Autopercepción del estado de salud en climatéricas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública México. octubre de 2008;50(5):390-6. [Internet]. [citado 2023 agos 2]. Disponible en :https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342008000500012&script=sci_abstract
53. Peñata C, Berbesi D, Segura Á. Factores asociados a la percepción del estado de salud en habitantes de calle de Medellín. Hacia promoci. salud. 2017; 22(1): 56-69. DOI: 10.17151/hpsal.2017.22.1.5. [citado 2023 dic 15]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3091/309153664005/html/>
54. Diario oficial del Bicentenario el Peruano. Normas legales actualizadas [Internet].; 2018 [citado 2023 jun 22]. Disponible en: <https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/faaf840040a1b1078871bd6976768c74/ley-reglamento-persona-adulta.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=faaf840040a1b1078871bd6976768c74>
55. Cenobio F, Guadarrama J, Medrano G, et al. Una introducción al enfoque del curso de vida y su uso en la investigación pediátrica: principales conceptos y principios metodológicos. Bol Méd Hosp Infant México. octubre de 2019;76(5):203-9. [Internet]. [citado 2024 jul 27 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=89226>
56. Municipalidad Provincial de Jaén [Internet]. [citado 2024 jul 28]. Disponible en: <https://www.munijaen.gob.pe>

57. Arispe A. Yangali V. Guerrero B. La investigación científica: una aproximación para los estudios de posgrado [En Línea]. Guayaquil: Universidad Internacional del Ecuador, 2020 [consultado 2024 dic 27]. Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/unc/171469?page=69>
58. Organización Mundial de la salud. WHOQOL - BREFF: Medición de la calidad de vida [Internet]. [citado 2024 jun 19]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol>
59. Escala de calidad de vida. WHOQOL-BREF. [Internet]. [citado 2024 jun 19]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/18-WHOQOL-BREF.pdf
60. Vázquez R. Ecología y medio ambiente: (2 ed.). México D.F, Mexico: Grupo Editorial Patria. [citado 2024 dic 17]. Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/unc/39485?page=18>
61. Ponce L. Modelos de envejecimiento activo y calidad de vida. En [línea] [citado 2024 dic 17]. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=43487>
62. Aranco N. Envejecer en américa latina y el caribe protección social y calidad de vida de las personas mayores. [línea] [citado 2024 dic 17]. Recuperado de: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/file:///C:/Users/HP/Downloads/Enviejecer-en-America-Latina-y-el-Caribe-proteccion-social-y-calidad-de-vida-de-las-personas-mayores%20\(5\).pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/file:///C:/Users/HP/Downloads/Enviejecer-en-America-Latina-y-el-Caribe-proteccion-social-y-calidad-de-vida-de-las-personas-mayores%20(5).pdf)
63. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit [Internet]. 2008 Oct [citado 2025 Ene 14]; 22(5): 465-473. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500012&lng=es.
64. Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. México D.F.: Mcgraw-HILL / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
65. Alzugaray P. Fuentes A, Basabe N. Resiliencia Comunitaria: una aproximación cualitativa a las concepciones de expertos comunitarios. Rumbos TS [online]. 2021, vol.16, n.25 [citado 2025 may 15], pp.181-203. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-77212021000200181&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-4182. <http://dx.doi.org/10.51188/rtrs.num25.496>.
66. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Manual para la formación y activación de redes de apoyo social en personas adultas mayores. Ciudad de México: INAPAM; 2023. [en línea]. (accesado 2025 may 16) Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gob.mx/cms/uploads/attach>

hment/file/893920/ManualFARAPAM.pdf

67. Naciones Unidas. Cohesión social: Inclusión y sentido de pertinencia en América Latina y el Caribe. [en línea]. (Accesado 2025 may 16) Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/15c3f203-d4af-40a0-aa7d-faf84b93cc4e/content>

68. Biblioteca Virtual de Salud. Descriptores de Ciencias de la Salud. [citado 2025 jul 8]; Disponible en: <https://decses.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/#PageBottom>

69. Martinez B, Botella P, Alacreu M. Estadística en Ciencias de la Salud. 2023. [en línea]. (accesado 2025 may 16) Disponible en: Chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/file:///D:/DOCUMENTOS%20JULIO%202025/LIBRO%20ESTADISTICA%20EN%20SALUD.pdf

70. Merino Segovia, Amparo. Los efectos de la crisis en el empleo: Integración económica, Estado de bienestar y medidas de fomento del (des)empleo. 2014. *Revista IUS*, 8(33), 59-76. Recuperado en 14 de septiembre de 2025, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-21472014000100004&lng=es&tlng=es.

APÉNDICES

Apéndice 1

Prueba de normalidad para las valoraciones de las variables determinantes sociales intermedios y la autopercepción de la salud

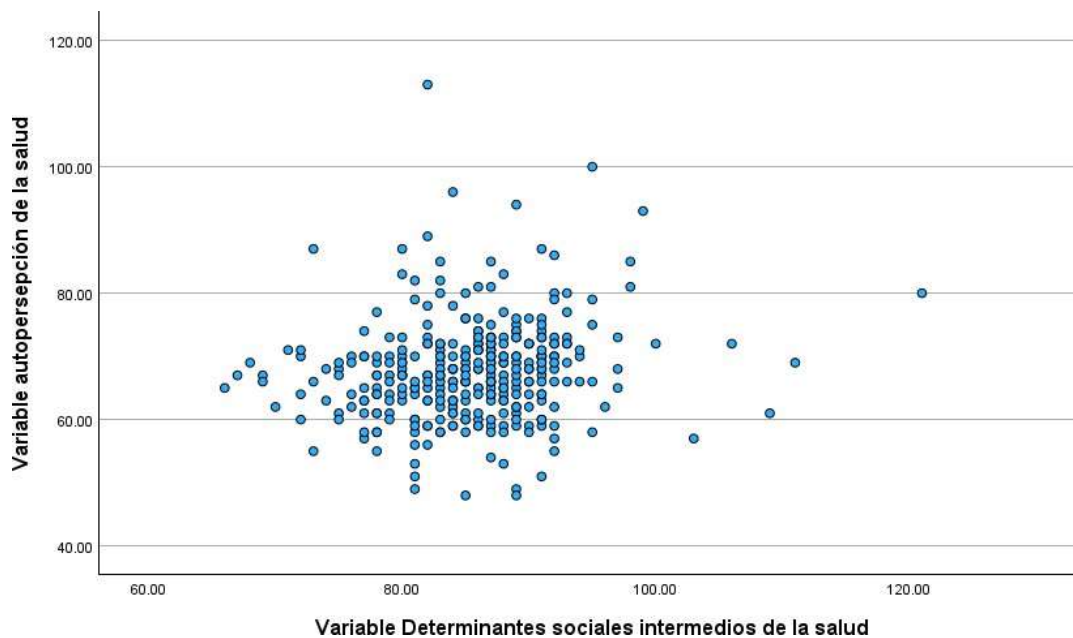
Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
Estadístico		Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Variable Determinantes sociales intermedios de la salud	.078	331	<.001	.961	331	<.001
Variable autopercepción de la salud	.109	331	<.001	.938	331	<.001

a. Corrección de significación de Lilliefors

La tabla 1 muestra los estadísticos de Kolmogorov-Smirnov a la que se aplicó la corrección de significación de Lilliefors, tanto para la variable determinantes sociales intermedios (0,078), y la variable autopercepción de la salud (0,109), en las cuales se encontró evidencia estadística ($p < 0,001$) para aseverar que las valoraciones no cumplen con los supuestos paramétricos, por lo que se usó estadísticos no paramétricos para las pruebas de hipótesis.

Apéndice 2

Dispersión de puntos.



Fuente: Base de datos creada por la autora.

En la figura 1 se encontró la dispersión de puntos para las variables determinantes sociales intermedios y la autopercepción de la salud, en las que se observó el desplazamiento de izquierda a derecha, lo que sugiere una relación directa entre las variables de estudio.

Apéndice 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POST GRADO



CUESTIONARIO: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Objetivo: Identificar los determinantes sociales de la salud en los adultos de la ciudad de Jaén. El mismo que es de carácter anónimo y voluntario, por lo que se ruega ser sincero al responder cada pregunta.

INSTRUCCIONES:

Completar y marcar con claridad la opción elegida utilizando un aspa (X). Es importante mencionar que no hay respuesta correcta e incorrecta.

Nº de entrevista:..... Establecimiento de

Salud:..... Datos de Identificación:

1. Edad:
2. Estado civil: Soltero (), Casado (), Viudo (), Divorciado ()
3. Grado de estudios?
 - a. Primaria Completa ()
 - b. primaria Incompleta ()
 - c. Secundaria Incompleta ()

- d. Secundaria Completa ()
- e. Superior No Universitario (p. ej. Instituto Superior, otros) incompleta. ()
- f. Superior No Universitario (p. ej. Instituto Superior, otros) completa. ()
- g. superior universitaria Incompleta ()
- h. superior universitaria completa ()
- i. Sin estudios ()

4. Ocupación:

Albañil () Carpintero () Bombero () Ama de casa () Comerciante () Maestro ()
) Ingeniero () Estudiante () Enfermera () Médico () Abogado () Agricultor ()
Ganadero () Otros

Determinantes sociales intermedios de la salud:

N°	Preguntas	SI	NO
Condiciones materiales de vida			
1.	¿Su vivienda es propia?.		
2.	¿Es de material noble?.		
3.	¿Su vivienda cuenta con servicio de energía eléctrica?.		
4.	¿Cuenta con agua potable en su vivienda?.		
5.	¿Su vivienda cuenta con desagüe?.		
6.	¿Realiza limpieza en su vivienda todos los días?		
7.	¿Los padres y los hijos duermen en habitaciones separadas?.		
8.	¿Su vivienda se encuentra en la zona de Urbana?.		
	¿Su vivienda se encuentra en la zona periurbana?		
9.	¿El sector donde vive cumple con medidas de limpieza?.		
10.	¿Cuenta con lugares para recrearse en el sector donde vive?.		
11.	¿Considera que el lugar donde depositan la basura en su sector es adecuado?		
12.	¿El ruido que se percibe en su sector genera incomodidad?		
13.	¿Cuál es su condición de su trabajo?:		
	a)Eventual		
	b)Contratado		
	c)Nombrado		
	d) Jubilado		
14.	Trabaja de 8 hrs diarias		
15.	Considera que el ambiente donde trabaja es bueno.		
16.	Su salario mensual es superior a 1050 soles. (por jubilación)		
17.	Su ingreso económico familiar mensual es superior a 1025 soles.		
18.	¿Recibe pensión 65?		
19.	Donde vive existen lugares de venta con variedad de alimentos para su compra.		
20.	Dispone de dinero para comprar ropa.		
Contexto psicosociales			
21.	¿Existen grupos de apoyo social en su sector? .(social, cultural, político, religioso) Menciónelo.....		
22.	¿Pertenece a algún grupo social?. Menciónelo:		

23.	¿Con quién vive?:		
	Solo		
	Acompañado		
24.	¿Se siente protegida(o) por las organizaciones (Instituciones) de su sector, cuando tiene algún problema?. (Menciónelo.....)		
25.	¿En los últimos años ha presentado alguna experiencia de maltrato, accidente de tránsito, violación, y muerte de un ser querido?		
26.	¿Considera que tiene sobre carga laboral?.		
Estilos de vida			
27.	¿Tiene una alimentación variada (comer frutas, verdura, carne, menestras, etc.)?		
28.	¿Come despacio?		
29.	¿Toma agua (más de 6 vasos)?.		
30.	¿En su alimentación diaria consume: Frutas?		
31.	¿Verduras?		
32.	¿Menestras?		
33.	¿Carnes?		
34.	¿Duerme más de 8 horas?		
35.	¿Consume alcohol? Frecuencia:.....		
36.	¿Consume drogas?. Frecuencia:.....		
37.	¿Consume tabaco?. Frecuencia.....		
38.	¿Realiza algún tipo de ejercicio: Caminar?		
39.	¿Jugar vóley?.		
40.	¿Jugar Fútbol?.		
41.	¿Asiste al gimnasio?		
42.	Otros (especificar).....		
Factores Biológicos			
43.	¿Usted o alguien de su familia ha sufrido de: Diabetes?		
44.	¿Cáncer?		
45.	Otra enfermedad (genética).....		
Sistema sanitario			
46.	¿Existe un establecimiento de salud cerca de su vivienda?.		
47.	¿Dispone de dinero para su atención de salud?.		

48.	¿Cuenta con un seguro de salud?		
	SIS		
49.	ESSALUD		
50.	Otros:.....		
51.	¿Considera que el Establecimiento de salud donde se atiende esta adecuado a sus costumbres (culturalmente)?		
52.	¿En la atención de salud se respeta sus creencias, costumbres (cultura) de la población?.		
Cohesión social/Capital social			
53.	¿Participa en actividades comunitarias en el sector donde vive?		
54.	¿Existen líderes en su sector?.		
55.	¿Confía en los representantes de su sector?		

GRACIAS.

Apéndice 4

Data con los resultados ítem por ítem del cuestionario determinantes sociales de la salud

Determinantes Sociales de la Salud	No		Si		Total
	n	%	n	%	%
Su vivienda es propia.	82	22.28	286	77.72	100
Su vivienda es de material noble.	74	20.11	294	79.89	100
Su vivienda cuenta con servicio de energía eléctrica.	1	0.27	367	99.73	100
Su vivienda cuenta con agua potable.	16	4.35	352	95.65	100
Su vivienda cuenta con desagüe.	16	4.35	352	95.65	100
Todos los días realiza limpieza en su vivienda	108	29.35	260	70.65	100
Los padres y los hijos duermen en habitaciones separadas.	60	16.30	308	83.70	100
Su vivienda se encuentra en la zona de Urbana.	81	22.01	287	77.99	100
Su vivienda se encuentra en la zona periurbana	275	74.73	93	25.27	100
El sector donde vive cumple con medidas de limpieza.	128	34.78	240	65.22	100
Cuenta con lugares para su recreación, en el sector donde vive.	175	47.55	193	52.45	100
Considera que el lugar donde depositan la basura en su sector es adecuado.	156	42.39	212	57.61	100
¿El ruido que se percibe en su sector genera incomodidad?	203	55.16	165	44.84	100
Cuál es su condición de su trabajo	93	25.30	275	74.70	100
Trabaja 8 hrs diarias	240	65.22	128	34.78	100
Considera que el ambiente donde trabaja es bueno.	105	28.53	263	71.47	100
Su salario mensual es superior a 1050 soles. (por jubilación)	297	80.71	71	19.29	100
Su ingreso económico familiar mensual es superior a 1025 soles.	196	53.26	172	46.74	100
Recibe pensión 65	246	66.85	122	33.15	100
Donde vive existen lugares de venta con variedad de alimentos para su compra.	92	25.00	276	75.00	100
Dispone de dinero para comprar ropa	174	47.28	194	52.72	100
Existe grupos de apoyo social en su sector	251	68,20	117	31,80	100
Pertenece a algún grupo social. Menciónelo	281	76.36	87	23.64	100

Se siente protegida(o) por las organizaciones (Instituciones) de su sector, cuando tiene algún problema.	187	50.82	181	49.18	100
¿En los últimos años ha presentado alguna experiencia de maltrato, accidente de tránsito, violación, y muerte de un ser querido?	170	46.20	198	53.80	100
Considera que tiene sobre carga laboral	269	73.10	99	26.90	100
Tiene una alimentación variada (comer frutas, verdura, carne, menestras, etc.)	43	11.68	325	88.32	100
Come despacio.	78	21.20	290	78.80	100
Tomar agua (más de 6 vasos).	173	47.01	195	52.99	100
En su alimentación diaria consume:					
Frutas	75	20.38	293	79.62	100
Verduras	34	9.24	334	90.76	100
Menestras	28	7.61	340	92.39	100
Carnes	90	24.46	278	75.54	100
Duerme más de 8 horas.	193	52.45	175	47.55	100
Consume alcohol	313	85.05	55	14.95	100
Consume drogas. Frecuencia	363	98.64	5	1.36	100
Consume tabaco. Frecuencia	117	31.79	251	68.21	100
Realiza algún tipo de ejercicio	325	88.32	43	11.68	100
Jugar vóley.	344	93.48	24	6.52	100
Jugar Fútbol.	343	93.21	25	6.79	100
Usted o alguien de su familia sufre o ha sufrido de:					
Diabetes	153	41.58	215	58.42	100
Cancer	236	64.13	132	35.87	100
Otra Enfermedad	312	84.78	56	15.22	100
Existe un establecimiento de salud cerca de su vivienda.	146	39.67	222	60.33	100
Dispone de dinero para su atención de salud.	194	52.72	174	47.28	100
Cuenta con un seguro de salud: SIS	81	22.01	287	77.99	100
ESSALUD	278	75.54	90	24.46	100
Considera que el Establecimiento de salud donde se atiende está adecuado a sus costumbres (culturalmente)	34	9.24	334	90.76	100
En la atención de salud se respeta sus creencias, costumbres (cultura) de la población.	28	7.61	340	92.39	100
Participa en actividades comunitarias en el sector donde vive	156	42.39	212	57.61	100
Existen líderes en su comunidad o sector.	80	21.74	288	78.26	100
Confía en los representantes de su sector	127	34.51	241	65.49	100

Apéndice 5

Data con los resultados ítem por ítem del cuestionario de la autopercepción de la calidad de vida (WHOQOL-BREF)

Encuesta de la Autopercepcion de la Calidad de Vida (WHOQOL - BREF)	Nada		Un poco		Lo normal		Bastante		Extremadamente		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	%
3. ¿ En qué medida piensa que el dolor(físico) le impide hacer lo que necesita?	48	13.04	137	37.23	129	35.05	52	14.13	2	0.54	100
4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria	42	11.41	121	32.88	146	39.67	57	15.49	2	0.54	100
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	3	0.82	76	20.65	248	67.39	39	10.60	2	0.54	100
6. ¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	0.27	64	17.39	243	66.03	54	14.67	6	1.63	100
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	3	0.82	117	31.79	194	52.72	53	14.40	1	0.27	100
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	3	0.82	103	27.99	215	58.42	45	12.23	2	0.54	100
9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	3	0.82	83	22.55	231	62.77	50	13.59	1	0.27	100
10. ¿Tiene energía suficienet para la vida diaria?	9	2.45	111	30.16	222	60.33	23	6.25	3	0.82	100
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	4	1.09	81	22.01	237	64.40	42	11.41	4	1.09	100
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	25	6.79	157	42.66	166	45.11	17	4.62	3	0.82	100
13. ¿En qué medida puedes llegar a la información y las noticias necesarias en tu vida diaria?	7	1.90	87	23.64	237	64.40	36	9.78	1	0.27	100
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	8	2.17	123	33.42	220	59.78	16	4.35	1	0.27	100
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	6	1.63	71	19.29	257	69.84	28	7.61	6	1.63	100

16.¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	4	1.09	80	21.74	249	67.66	33	8.97	2	0.54	100
17.¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	4	1.09	90	24.46	246	66.85	25	6.79	3	0.82	100
18.¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	12	3.26	112	30.43	204	55.43	39	10.60	1	0.27	100
19.¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	4	1.09	59	16.03	230	62.50	72	19.57	3	0.82	100
20.¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	5	1.36	47	12.77	248	67.39	67	18.21	1	0.27	100
21.¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	17	4.62	135	36.68	196	53.26	18	4.89	2	0.54	100
22.¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	3	0.82	41	11.14	281	76.36	41	11.14	2	0.54	100
23.¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	0.27	32	8.70	279	75.82	52	14.13	4	1.09	100
24.¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	2	0.54	46	12.50	245	66.58	74	20.11	1	0.27	100
25.¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?	9	2.45	88	23.91	239	64.95	31	8.42	1	0.27	100
26.¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	48	13.04	156	42.39	117	31.79	44	11.96	3	0.82	100

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA DE LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

(WHOQOL-BREF)

Instrucciones.

Esta evaluación le pregunta cómo se siente acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, responda todas las preguntas. Si no está seguro de qué respuesta dar a una pregunta, por favor elija la que le parezca más apropiada. A menudo, esta puede ser su primera respuesta. Tenga en cuenta sus normas, esperanzas, placeres e inquietudes. Le pedimos que piense acerca de su vida en las últimas dos semanas.

	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	☐	☐	☐	☐	☐

	Muy Insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante Satisfecho/a	Muy Satisfecho/a
2. ¿Cuán satisfecho/a está con su salud?	☐	☐	☐	☐	☐

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3. ¿ En qué medida piensa que el dolor(físico) le impide hacer lo que necesita?	☐	☐	☐	☐	☐
4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria	☐	☐	☐	☐	☐
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	☐	☐	☐	☐	☐
6. ¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	☐	☐	☐	☐	☐
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	☐	☐	☐	☐	☐
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	☐	☐	☐	☐	☐
9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	☐	☐	☐	☐	☐
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	☐	☐	☐	☐	☐
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	☐	☐	☐	☐	☐
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	☐	☐	☐	☐	☐
13. ¿En qué medida puedes llegar a la información y las noticias necesarias	☐	☐	☐	☐	☐

en tu vida diaria?					
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	☐	☐	☐	☐	☐
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	☐	☐	☐	☐	☐

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán satisfecho(a) o bien se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

	Muy Insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante Satisfecho/a	Muy Satisfecho/a
16. ¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	☐	☐	☐	☐	☐
17. ¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	☐	☐	☐	☐	☐
18. ¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	☐	☐	☐	☐	☐
19. ¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	☐	☐	☐	☐	☐

20.¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	☐	☐	☐	☐	☐
21.¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	☐	☐	☐	☐	☐
22.¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	☐	☐	☐	☐	☐
23.¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	☐	☐	☐	☐	☐
24.¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	☐	☐	☐	☐	☐
25.¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?	☐	☐	☐	☐	☐

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

	Nunca	Raramente	Mediamente	Frecuentemente	Siempre
26.¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO 2

Matriz de consistencia metodológica.

Título: DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS Y LA AUTOPERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES. JAEN. 2024.								
Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables /categorías	Dimensiones/ Factores	Indicadores/cualidades	Fuente/Instrumento de recolección de datos	Metodología	Población/muestra
Pregunta general: ¿Qué relación existe entre los determinantes sociales intermedios y la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Jaén – Cajamarca	Objetivo General: Determinar la relación de los determinantes sociales intermedios y la autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores de la ciudad de Jaén –	Hipótesis general: Existe una relación significativa entre los determinantes sociales intermedios y la autopercepción de la calidad de vida en los adultos mayores de la	V1: Determinantes sociales intermedios.	Condiciones materiales de vida	Vivienda. Entorno residencial Condiciones de empleo y trabajo. Ingresos y situación económica Disponibilidad y accesos a alimentos. Disponibilidad para compra de ropa.	Cuestionario (elaborado)	Método hipotético deductivo	Población: 8502 Muestra: 368
				Contexto psicosocial	apoyo social. Situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos, control, estrés laboral).			

2023?	Cajamarca 2023. -	ciudad de Jaén- Cajamarca 2023.		Estilos de vida.	Hábitos nutricionales. Hábitos de sueño. Consumo de alcohol. Consumo de drogas, Consume tabaco. Actividad física.			
				Factores Biológicos	Enfermedades genéticas.			
				Sistema Sanitario	Acceso geográfico Acceso económico Acceso cultural			
				Cohesión social/ Capital social	Participación Comunitaria. Presencia de líderes en su comunidad.			

			V2: Autoperce pción de la calidad de vida de los adultos mayores.	Salud física	Dolor físico Uso de tratamiento médico Energía suficiente para su vida diaria. Desplazarse de un lugar a otro. Satisfacción en el sueño Satisfacción de habilidades Satisfacción con su capacidad de trabajo.	Escala WHOQOL BREF (OMS)		
--	--	--	--	--------------	---	-----------------------------------	--	--

				Salud psicológica Disfruta de la vida. Siente que su vida tiene sentido. Capacidad de concentración. Aceptar su apariencia física. Satisfacción de sí mismo. Presencia de sentimientos negativos.			
				Relaciones sociales Satisfacción con sus relaciones personales. Satisfacción con su vida sexual. Satisfacción con el apoyo que obtiene de sus amigos.			
				Ambiente Seguridad en su vida diaria. Ambiente físico a su alrededor. Disponibilidad de dinero para cubrir sus necesidades Disponibilidad de información que necesita en su vida diaria. Oportunidad para realizar actividades de ocio. Satisfacción de las condiciones del lugar donde vive Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios Satisfacción con el transporte.			

ANEXO 3

FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RESOLUCIÓN DE DATOS

Dra. Yudelly Torrejón Rodríguez

Respetada juez.

Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento **“DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES”**. La Evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente, aportando a la línea de investigación **“Salud Pública”** del doctorado en **“Salud”**.
Agradecemos su valiosa colaboración.

1. DATOS GENERALES DEL JUEZ:

Nombre del juez:	Yudelly Torrejón Rodríguez
Grado profesional:	Maestría () Doctora (X)
Área de Formación Académica:	Licenciada en Enfermería
Áreas de experiencia Profesional:	Docencia
Institución donde labora:	Universidad Nacional de Jaén.
Tiempo de experiencia profesional en el área:	7 años
Experiencia en Investigación:	Salud adolescente, joven, adulto mayor.

2. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

- Validar lingüísticamente el instrumento, por juicio de expertos.
- Juzgar la pertinencia de los ítems de acuerdo a la dimensión del área según el autor.

3. DATOS DEL CUESTIONARIO

N° de entrevista:..... Establecimiento de Salud:

Nombre de la prueba:	DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES
Autor:	MCs. María Amelia Valderrama Soriano.
Administración:	MCs. María Amelia Valderrama Soriano.
Tiempo de aplicación:	15 a 20 minutos.
Ámbito de aplicación:	Distrito de Jaén
Significación:	Esta encuesta está compuesta por 67 ítems los cuales sirven para medir los determinantes sociales intermedios de la salud del adulto mayor. La información que ofrece la encuesta queda contenida en dimensiones: Condiciones materiales de vida, Contexto psicosocial, Estilos de vida, Factores Biológicos y Sistema Sanitario, y Cohesión social/Capital social.

4. SOPORTE TEÓRICO:

Dimensiones de medición de la Encuesta para medir la variable: **DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIAS DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES**

Dimensión	Definición
• Condiciones materiales de vida.	• Incluyen determinantes asociados al medio ambiente físico tales como la vivienda, el barrio o el municipio; al medio laboral, como las condiciones de trabajo y empleo, la alimentación, el vestido, etc. .(OMS).
• Contexto psicosocial.	• Son aspectos psicológicos del individuo en relación con el contexto y las circunstancias sociales en que vive: afectos, emociones, tipo de respuesta ante circunstancias adversas, grado de control sobre la propia vida (locus de control), respuesta al estrés, estrategias de afrontamiento, redes sociales, apoyo social, etc. .(OMS).
• Estilos de vida	• Se refiere a aspectos psicológicos del individuo en relación con el contexto y las circunstancias sociales en que vive: afectos, emociones, tipo de respuesta ante circunstancias adversas, grado de control sobre la propia vida (locus de control), respuesta al estrés, estrategias de afrontamiento, redes sociales, apoyo social, etc.
• Factores Biológicos	• Hace referencia a la carga genética, la edad y el sexo. .(OMS).
• Sistema sanitario	• Características y organización del sistema sanitario en cada contexto se convierte en un determinante intermedio de la salud, especialmente a través de la accesibilidad y grado de utilización de los servicios sanitarios según se pertenezca a un grupo social u otro. .(OMS).
• Cohesión social/ Capital social	• Cohesión social: Se relaciona con el grado de integración social, la presencia de fuertes vínculos comunitarios, altos niveles de participación ciudadana en actividades cívicas y confianza en los demás. Capital social: equipara a un activo de capital acumulado (recursos disponibles) derivado de la participación del individuo en las organizaciones sociales.(OMS).

5. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación le presento a usted el Cuestionario: Determinantes sociales Intermedios de la salud en adultos mayores Elaborado por MCs María Amelia Valderrama Soriano en el año 2023, de acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio.	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel.	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado Nivel.	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto Nivel.	El ítem es claro tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la	1. Totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio).	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.

dimensión o indicador que está midiendo.	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo).	El ítem tiene una relación tangencial/lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel).	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de acuerdo. (Alto nivel)	El ítem se encuentra relacionada con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio.	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo nivel.	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este.
	3. Moderado nivel.	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel.	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala del 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente.

1. No cumple con el criterio
2. Bajo nivel
3. Moderado Nivel
4. Alto nivel

DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO: Cuestionario: Determinantes sociales Intermedios de la salud en adultos mayores.

• **Primera dimensión: Condiciones materiales de vida**

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
• Vivienda y situación material.	1. Su vivienda es propia.	4	4	4	
	2. Su vivienda es de material noble.	4	4	4	
	3. Su vivienda cuenta con servicio de energía eléctrica.	4	4	4	
	4. Su vivienda cuenta con agua potable.	4	4	4	
	5. Su vivienda cuenta con desagüe.	4	4	4	
	6. Su vivienda tiene protección contra el calor.	4	4	4	
	7. Todos los días realiza limpieza en su vivienda	4	4	4	
	8. Los padres y los hijos duermen en habitaciones separadas.	4	4	4	
• Entorno residencial.	9. Su vivienda se encuentra en la zona de Urbana.	4	4	4	

dimensión o indicador que está midiendo.	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo).	El ítem tiene una relación tangencial/lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel).	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de acuerdo. (Alto nivel)	El ítem se encuentra relacionada con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio.	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo nivel.	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este.
	3. Moderado nivel.	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel.	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala del 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente.

1. No cumple con el criterio
2. Bajo nivel
3. Moderado Nivel
4. Alto nivel

DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO: Cuestionario: Determinantes sociales Intermedios de la salud en adultos mayores.

• **Primera dimensión: Condiciones materiales de vida**

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
• Vivienda y situación material.	1. Su vivienda es propia.	4	4	4	
	2. Su vivienda es de material noble.	4	4	4	
	3. Su vivienda cuenta con servicio de energía eléctrica.	4	4	4	
	4. Su vivienda cuenta con agua potable.	4	4	4	
	5. Su vivienda cuenta con desagüe.	4	4	4	
	6. Su vivienda tiene protección contra el calor.	4	4	4	
	7. Todos los días realiza limpieza en su vivienda	4	4	4	
	8. Los padres y los hijos duermen en habitaciones separadas.	4	4	4	
• Entorno residencial.	9. Su vivienda se encuentra en la zona de Urbana.	4	4	4	

	Menciónelo...				
	25. Pertenece a algún grupo social. Menciónelo:....	4	4	4	
	26. Con quien vive:	4	4	4	
	Solo	4	4	4	
	Acompañado	4	4	4	
	27. Se reúne regularmente con su familia y amigos.	4	4	4	
	28. Se siente protegida(o) por las organizaciones (Instituciones) de su sector, cuando tiene algún problema. (Menciónelo...)	4	4	4	
• Situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos, control, estrés laboral).	29. En los últimos años ha presentado alguna experiencia de maltrato, accidente de tránsito, violación, y muerte de un ser querido	4	4	4	
	30. Cree que es controlada (o) en su casa o trabajo	4	4	4	
	31. Considera que su trabajo es estresante.	4	4	4	
	32. Considera que puede controlarse frente a situaciones difíciles.	4	4	4	
	33. Considera que tiene sobre carga laboral.	4	4	4	
	34. Considera que el trabajo que desarrolla posee grandes exigencias laborales.	4	4	4	
	35. Ha sentido situaciones de cansancio	4	4	4	

	extremo al desempeñar sus funciones laborales.				
--	--	--	--	--	--

Tercera dimensión: Estilos de vida

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
• Hábitos nutricionales.	36. Considera que tiene hábitos alimenticios adecuados como: Comer a sus horas.	4	4	4	
	37. Tener una alimentación variada (comer frutas, verdura, carne, menestras, etc.)	4	4	4	
	38. Comer despacio.	4	4	4	
	39. Tomar agua (más de 6 vasos).	4	4	4	
	40. En su alimentación diaria consume:	3	3	3	
	41. Frutas	3	3	3	
	42. Verduras	3	3	3	
	43. Menestras	3	3	3	
	44. Carnes	3	3	3	
• Hábitos de sueño.	45. Duerme más de 8 horas.	4	4	4	
• Consumo de alcohol.	46. Consume alcohol Frecuencia:...	3	3	3	
• Consumo de drogas	47. Consume drogas. Frecuencia:...	3	3	3	
• Consumo tabaco.	48. Consume tabaco. Frecuencia...	3	3	3	
• Actividad física.	49. Realiza algún tipo de ejercicio: Caminar.	4	4	4	
	50. Jugar vóley.	4	4	4	
	51. Jugar Fútbol.	4	4	4	
	52. Asiste al gimnasio	4	4	4	

	53. Otros (especificar)	4	4	4	
--	-------------------------------------	---	---	---	--

Cuarta dimensión: Género

Indicadores	Ítems	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
• Género	54. Género: Hombre	4	4	4	
	Mujer	4	4	4	
• Enfermedades genéticas	55. Usted o alguien de su familia ha sufrido de: Diabetes	4	4	4	
	56. Cáncer	4	4	4	
	57. Otra enfermedad (genética)...	4	4	4	

Quinta dimensión: Sistema Sanitario

Indicadores	Ítems	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
• Acceso geográfico	58. Existe un establecimiento de salud cerca de su vivienda.	4	4	4	
• Acceso económico	59. Dispone de dinero para su atención de salud.	4	4	4	
	60. Cuenta con un seguro de salud: SIS	4	4	4	
	61. ESSALUD	4	4	4	
	62. Otro (especificar)	4	4	4	
• Acceso cultural	63. Considera que el Establecimiento de salud donde se atiende esta adecuado a sus costumbres (culturalmente)	4	4	4	
	64. En la atención de salud se respeta sus creencias, costumbres (cultura) de la población.	4	4	4	

Sexta Dimensión: Cohesión social/Capital social

Indicadores	Ítems	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
• Cohesión social	65.Participa en actividades comunitarias en el sector donde vive?	4	4	4	
• Capital social	66.Existen líderes en su comunidad o sector.	4	4	4	
	67.Confía en los representantes de su sector	4	4	4	

FIRMA DE EVALUADOR


UNIVERSIDAD NACIONAL DE JAÉN

 Dra. Yudelly Torrejón Rodríguez
 DOCENTE ORDINARIO

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
UNIDAD DE POST GRADO DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____

Identificado con DNI N° _____ declaro que he sido informado e invitado a participare en la investigación denominada **“Determinantes sociales intermedios de la salud y la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores. Jaén. 2023”**.

Entiendo que este estudio busca determinar la relación entre los determinantes intermedios de la salud y la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores, y sé que mi participación consistirá en responder un cuestionario que demorará alrededor de 15 minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial y anónima y las respuestas no serán conocidas por personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.

Conozco además que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución económica por mi participación en este estudio. Así mismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier momento, sin expresión de causa ni consecuencias negativas hacia mi persona.

Acepto voluntariamente participar en este estudio para lo cual firmo en señal de conformidad.

Firma del Participante

Fecha: / /

Firma del Investigador