

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS ADULTOS
MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL
JERUSALÉN - LA ESPERANZA, 2012.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

DEISY DEL PILAR SOTELO SAAVEDRA.

ASESORA:

Mg. ROSA MARIBEL QUIÑONES SANCHEZ

TRUJILLO – PERÚ

2015

HOJA DE FIRMAS DEL JURADO

Mg. Eliana Patricia Sandoval Salinas.
Presidente.

Mg. Eva María Arévalo Valdiviezo.
Secretaria.

Mg. Elcira Leonor Grados Urcia.
Miembro.

DEDICATORIA

A DIOS:

Por permitirme venir a este mundo brindarme su protección, alejarme del mal camino, mantener viva mi fe y bendecir a todos mis seres queridos.

A MIS PADRES:

Por ser mí apoyo en cada decisión que tomaba, por acompañarme en cada paso que doy, por mostrarme que el amor de una familia es lo más importante, Gracias por todo.

A MI FAMILIA:

A mis amores Marcos y Ariana , a mi hija por alegrar mi vida al venir a este mundo , es la luz de mis hijos , mi esposo te amo incondicionalmente son los más lindo de mi vida.

DEYSI

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad.

Le agradezco la confianza y apoyo y dedicación de tiempo a mi tutora Mg. Rosa Maribel Quiñones Sánchez por haber compartido sus conocimientos y sobre todo su amistad agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera , por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad

DEYSI

RESUMEN

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, descriptiva con diseño de una sola casilla tiene como objetivo general identificar los determinantes de la salud en los adultos mayores con diabetes en el distrito de La Esperanza. La muestra estuvo conformada por 110 personas adultas, a quienes se les aplicó el instrumento: cuestionario sobre los determinantes de la salud utilizando la técnica entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en una base de datos Microsoft Excel para luego exportarlos a una base de datos software PASW Statistics versión 18.0. Para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos concluyendo que: En los determinantes biosocioeconómicos: Un poco más de la mitad son de sexo masculino, grado de instrucción inicial y primaria, la mayoría percibe un ingreso económico menor de 550 soles. En relación al entorno, la mayoría tiene vivienda propia, material de cemento, cuenta con alumbrado público, gas para cocinar, elimina la basura en carro recolector y todos tienen agua y desagüe. En estilos de vida, la mayoría no ha fumado nunca, ocasionalmente consume bebidas alcohólicas, camina como actividad física. Los adultos mayores ha utilizado u servicio de salud en los últimos 12 meses, la mayoría cuenta con SIS y presenta pandillaje cerca de su casa.

PALABRAS CLAVE: determinantes de la salud, adultos mayores con diabetes.

ABSTRACT

This research study is quantitative, descriptive design with one box has the general objective to identify the determinants of health in older adults with diabetes in the district of La Esperanza. The sample consisted of 110 adults, whom we applied the instrument: questionnaire on health determinants using the technique of the interview and observation. The data were processed into a database Microsoft Excel and then export them to a database SPSS version 18.0 software. For their respective processing. For the analysis of data distribution tables of absolute and relative frequencies were built .A percentage if their respective statistical graphics concluding that: In determining socioeconomic bio: A little more than half are primary male sex, degree of initial and , most perceive a lower income of 550 suns. Regarding the environment, most have homeownership, cementitious material, has street lighting, cooking gas, eliminate waste in collector car and all have water and drainage. Lifestyles, most have never smoked occasionally drink alcohol, walk and physical activity. Older adults have used or health service in the last 12 months, most have SIS, It presents gangs near his home.

KEYWORDS: determinants of health, older adults with diabetes.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN A LA LITERATURA	
1.1 Antecedentes	11
1.2 Bases teóricas	13
III. METODOLOGÍA	
1.3 Tipo y diseño de investigación	19
1.4 Universo y Muestra	19
1.5 Definición y operacionalización de las variables	20
1.6 Técnica e instrumentos	30
1.7 Procedimiento y análisis de datos.....	33
1.8 Consideraciones éticas	34
IV. RESULTADOS	
a. Resultados.....	35
b. Análisis de resultado	59
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
a. Conclusiones	85
b. Recomendaciones.....	86
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
ANEXOS	102

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N°01	35
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012.	
TABLA N°02	40
DETERMINANTES DEL ENTORNO FÍSICO EN LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN-LA ESPERANZA, 2012.	
TABLA N°03	48
DETERMINANTES DE ESTILOS EN LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN-LA ESPERANZA, 2012.	
TABLA N°04	53
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIOS EN LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN-LA ESPERANZA, 2012.	

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

GRÁFICO DE TABLAS N° 01	37
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN-LA ESPERANZA, 2012.	
GRÁFICO DE TABLAS N° 02	43
DETERMINANTES DEL ENTORNO FÍSICO EN LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN-LA ESPERANZA, 2012.	
GRÁFICO DE TABLAS N° 03	50
DETERMINANTES DE ESTILO DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN-LA ESPERANZA, 2012.	
GRÁFICO DE TABLAS N° 04	55
DETERMINANTES DE LA SALUD REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN-LA ESPERANZA, 2012.	

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo como propósito identificar los determinantes de la salud en los adultos mayores con diabetes en el Hospital Jerusalén - La Esperanza. Y con ello contribuir brindando apoyo a los a adultos mayores mejorando los estilos y calidad de vida.

El presente trabajo de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de los Determinantes de la Salud, definiendo la OMS como circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (1).

Los determinantes de la salud suponen una íntima unión y relación con el estilo de vida, que es el conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de las alternativas que están disponibles a las personas de acuerdo a su circunstancia socioeconómicas a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones (2).

El presente trabajo está organizado en capítulo I: Introducción, capítulo II: Revisión a la literatura, Capítulo III: Metodología, Capítulo IV: Resultados, capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones, el cual contiene hallazgos importantes y valiosos que contribuirán de una u otra manera, al enriquecimiento del sistema de conocimientos teóricos.

El desarrollo de la siguiente investigación empezó mediante la caracterización del problema.

La salud en el Siglo XXI cobra una importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está tomando una dimensión muy especial en cuanto a seguridad respecta. Como tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud la población está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales y sociales que aborda una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente (3).

En la conferencia de Alma Ata en 1976, la OMS definió la salud como el perfecto estado físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona de estar, de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual. Por lo que, en definitiva, la salud es algo más que la simple ausencia de enfermedad, es un equilibrio armónico entre la dimensión física, mental y social; y está determinada por diversos factores, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud (4).

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico (4).

Cuando hablamos de nivel de salud de una población, en realidad se está hablando de distintos factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones, y la mitad de los factores que influyen sobre cuán saludable es una población tienen que ver con factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los

factores ambientales un 10% y los asociados a atención de salud en un 25%. Por lo tanto, la mitad de los efectos en salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud (5).

El concepto de determinantes surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. La salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales (6).

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla”. De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (7).

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (7).

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se

traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (7).

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo. El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (8).

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas. Equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente (9, 10).

Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres, no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles (10).

En definitiva, los determinantes de la salud han surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX teniendo como máximo exponente el modelo de Lalonde, a

partir del cual se han ido desarrollando e incluyendo conjuntos de factores o categorías que han hecho evolucionar los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales. Este desarrollo de los determinantes de salud es paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (11).

Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud (12).

El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, sino que supone necesariamente un imperativo ético-político. Las desigualdades en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas. Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tales inequidades, carecen de justificación (13).

En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado. En nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Por

un lado, existen inequidades de acceso a los servicios. Por otro, hay inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (13).

Estos determinantes, después de todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (13).

No escapa esta problemática de salud en el país, viéndolo en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamiento de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores (14).

El distrito trujillano de La Esperanza tiene 48 años de creación política, considerándose el de mayor población en toda la región La Libertad por contar con aproximadamente 200 mil habitantes. Conocida en sus orígenes como “Huaca la Esperancita” fue reconocida como barrio marginal a fines de 1961 y en 1970 se aprobó la legalización integral del área con una extensión de 543 hectáreas. Sin embargo la ocupación del sector se remonta a 1938 con Teodoro Espinoza como

su primer morador, luego se produce la ocupación de la parte baja y las invasiones progresivas de emigrantes del ande, entre otros (15).

Esto produjo enfrentamientos entre propietarios e invasores siendo estos últimos los que sufrieron atropellos y represión de las fuerzas del orden hasta que el Estado los reconoció y legalizó validando su posesión. El distrito fue creciendo y consolidándose mediante la autoconstrucción de viviendas y equipamientos comunales, la organización de sus servicios, el desarrollo de actividades económicas, industriales, comerciales y de servicios. A la fecha cuenta con una extensión de 18.64 Km² y está conformado por nueve barrios, 15 asentamientos humanos y dos urbanizaciones populares además del Parque Industrial de Trujillo (15).

La población del distrito La Esperanza es atendida por 07 establecimientos de salud agrupados en la Micro red La Esperanza. Un porcentaje de la población distrital ha sido asignada a ESSALUD, que en el distrito cuenta con un Centro Médico. El Hospital Jerusalén, está ubicado en la parte baja del distrito de La Esperanza, zona de alta densidad urbana, su principal amenaza es estar en una zona sísmica, estar expuestos a lluvias periódicas por efecto de Fenómeno del Niño y encontrarse en un distrito con presencia del vector del dengue, escenario II y III y el servicio de enfermedades no transmisibles que esta acoplada al programa de diabetes que fue creado el año 1992 en esos entonces alcalde de Trujillo José Murguía Zanier.

Actualmente el programa está a cargo de los profesionales de enfermería, en área de enfermedades no transmisibles a cargo de las enfermeras, están funcionando las sesiones sobre cómo cuidar el pie diabético, la alimentación y dosaje de glucosa todo esto en ayuda para los personas que sufren de dicha enfermedad como es la diabetes.

En la actualidad el Hospital Jerusalén está poniendo énfasis en este programa porque el índice está elevándose y la preocupación de los profesionales de salud en el área preventivo promocional para poder disminuir estos índice que están el 15% de la población de la esperanza (16).

Los pacientes que se atienden en el Hospital Jerusalén de la Esperanza están expuestos a diferentes enfermedades, como de una de ellas es la diabetes, es una enfermedad crónica- degenerativas que por sus características propias se ha convertido en una de las mayores obstáculos, para que la población pueda tener una mejor calidad de vida y como se ve en la actualidad constituye un problema de salud pública por la magnitud y trascendencia de sus complicaciones. El hospital Jerusalén está ubicado en el nivel II – 1 del distrito de la esperanza provincia de Trujillo, región la libertad (16).

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en los adultos mayores con diabetes del Hospital Jerusalén- La Esperanza 2012?

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

Identificar los determinantes de la salud en los adultos mayores con diabetes del Hospital Jerusalén- La Esperanza, 2012.

Se han planteado los siguientes objetivos específicos:

- Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómicos (Sexo, Grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) en las personas de los adultos mayores con diabetes del Hospital Jerusalén.

- Identificar los determinantes del entorno físico (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), en los adultos mayores con diabetes del Hospital Jerusalén.
- Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física) en los adultos mayores con diabetes del Hospital Jerusalén.
- Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social en los adultos mayores con diabetes del Hospital Jerusalén.

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

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

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

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

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA:

2.1. Antecedentes:

A nivel internacional

Gonçalves M. y col. (17), En su investigación “Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil”. Encontraron que los factores socioeconómicos, medidos por la escolaridad, influyen significativamente la condición de salud de los ancianos. Además, fueron observados diferenciales de género: las mujeres presentaron peores condiciones de salud en relación a los hombres. Respecto a las enfermedades crónicas este resultado no fue totalmente favorable a los hombres, una vez que en determinadas enfermedades éstos tuvieron un porcentaje superior en relación a las mujeres.

Tovar L. y García C. (18), En su investigación titulada, “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”, concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.

A nivel Nacional:

Rodríguez Q. (19). En su investigación titulada “Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo- Amazonas, encontró los siguientes determinantes sociales: analfabetismo en madres (22.5%), en padres (10%), actividad económica predominante: agricultura en padres (72.5%), comercio en las madres (20%), limitado acceso al mercado, tecnología y financiamiento económico (45.5%). En relación a los determinantes del derecho humano: encontró limitado acceso a vida larga y saludable en niños con bajo peso al nacer (20%), limitado acceso al control de gestante (77.5%) e inmunizaciones (60%).

En los determinantes interculturales: uso de leña para cocinar (80%) y uso de plantas medicinales para cuidar su salud (65%). Concluyendo que la quinta parte de la población tiene limitado acceso a vida larga y saludable, ya que tuvieron bajo peso al nacer, padres prefieren que hijos trabajen en las vaquerías, repitiendo el año escolar y limitando sus competencias para acceder a un trabajo bien remunerado y a servicios de salud.

A nivel local:

Melgarejo E. y col. (20), En su investigación titulada: Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local de Chimbote y Nuevo Chimbote, 2008: Concluyeron que en el contexto de la participación comunitaria de cada 10 comunidades 8 de ellas están en un contexto interdependiente y 2 en autogestión. Los factores personales (edad, sexo, grado instrucción, responsabilidad, antecedentes de enfermedad y estado de salud) no tienen relación estadística significativa con el contexto de la participación comunitaria, sin embargo existe relación estadística.

2.2. Bases Teóricas:

La presente investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, quienes presentan los principales determinantes de la salud, para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (21).

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud en uso en nuestros días, en el cual se reconoce el estilo de vida de manera particular, el ambiente incluyendo el aspecto social, en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. Plantea explícitamente que la salud es más que un sistema de atención, destacando la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (22).

Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud, en el cual explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades (23).

Las personas se encuentran en el centro del diagrama; A nivel individual: la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. El siguiente nivel representa los comportamientos personales y los hábitos de vida; así las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (23).

En el siguiente nivel se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo (23).

En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales. Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida (23).

Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de los demás niveles (23).

El nivel de vida que se logra en una sociedad, puede influir en la elección de la vivienda, trabajo e interacciones sociales, así como también en sus hábitos de alimentación. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica (23).

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud,

incluye: vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales. Los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resultan de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo (24).

Los terceros los proximales son la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad (24).

Los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar a través de su acción sobre los intermediarios. Es decir, estos últimos pueden ser afectados por los estructurales y su vez afectar a la salud y el bienestar.

a) Determinantes estructurales

Según el modelo, los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, depende el nivel educativo influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubica también las relaciones de género y de etnia. Estos determinantes sociales están influidos a su vez por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son: el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso; configurará los determinantes sociales intermediarios (25).

b) Determinantes intermediarios

Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad entre salud y en el bienestar (26).

c) Determinantes proximales.

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud.

El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud. Es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificarlos determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones (26).

La definición de salud como “un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” está aún bien planteada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (27).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whitehead, los ámbitos presentan un gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el

Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud y educación.

De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas.

Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes:

Mi salud: Este ámbito se refiere al nivel individual y a los estilos de vida asociados a la salud de las personas ,incluyendo el entorno social inmediato de socialización ,así como aquellas condiciones que hace posible adoptar un compromiso activo y responsable con la propia salud.

Comunidad: Este ámbito se refiere a la comunidad como un factor y actor relevante en la construcción social de la salud, incluyendo la dinamización de las redes sociales, la participación activa y responsable en las políticas públicas; así como el fortalecimiento de sus capacidades y competencias para otorgarle mayor eficacia a dicha participación.

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

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

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

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

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

III. METODOLOGÍA

3.1. El tipo y el nivel de la investigación

La investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo de corte trasversal (29, 30).

3.2. Diseño de la Investigación:

Diseño de la investigación es de una sola casilla (31, 32).

3.3. Universo y Muestra:

Universo

El universo está constituido por 110 Adultos Mayores con Diabetes en el Hospital Jerusalén –La Esperanza, 2012.

Muestra:

Lo constituyen 110 adultos mayores con diabetes en el hospital Jerusalén - La esperanza, 2012. (Ver anexo n °01)

3.3.1. Unidad de análisis

Adulto mayor con Diabetes del Hospital Jerusalén que forma parte de la muestra y responde a los criterios de investigación.

Criterios de Inclusión

- Adulto mayor que vive más de 3 años en la zona.
- Adulto mayor que acepta participar en el estudio.
- Adulto mayor que tiene la disponibilidad de participar en la encuesta como Informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión.

- Adulto mayor que tenga algún trastorno mental.

3.4. Definición y operacionalización de variables

DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONÓMICO

Son características biológicas, sociales, económicas y ambientales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud (33).

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (34).

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin nivel
- Inicial/Primaria
- Secundaria incompleta/Secundaria completa
- Superior no universitaria incompleta/Superior no universitaria completa
- Superior universitario incompleta/Superior universitario completa

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (35).

Definición Operacional

Escala de razón

- No tiene ingreso
- Hasta 550 nuevos soles
- De 551 a 999 nuevos soles
- De 1000 a 1499 nuevos soles
- De 1500 más nuevos soles
- No especifica

Ocupación

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (35).

Definición Operacional

Escala Nominal

- Empleador
- Trabajador independiente
- Empleado
- Obrero
- Trabajador familiar no remunerado
- Trabajador del hogar
- Trabajo estable
- Vendedores de comercio y mercado

Condición de empleo

Definición operacional

Escala nominal

- Tenencia de trabajo

- Tenencia de algún empleo fijo o negocio propio}
- Actividad realizada de al menos una hora para generar un ingreso

Definición conceptual

Las condiciones de empleo se refieren a las circunstancias en las que el trabajo se realiza, y se refieren para efecto de distinción analítica, a la exposición a los riesgos físicos, químicos, mecánicos, biológicos, Y que son conocidos como factores relacionados con la organización del trabajo (36).

DETERMINANTES DEL ENTORNO FISICO

Vivienda

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (37).

Definición operacional

Escala nominal

- Residencia
- Alquiler
- Casa o departamento alquilado
- Casa de familiares(Tíos, abuelo, primos)
- Casa de sus suegros
- Casa de sus padres
- Casa propia

Material del piso:

- Tierra
- Cemento
- Cerámica
- Madera
- Otros

Material del techo:

- Concreto armado
- Tejas
- Planchas de calamina, fibras de cemento o similares
- Caña o esteras contorta de barro
- Esteras
- Pajas, hojas de palmeras
- Cartón, hule, tela, llantas
- Lámina de cartón
- Otro material

Material de las paredes:

- Cemento, Ladrillo, piedra o madera
- Ladrillo de barro
- Paja y similares
- Lámina de plástico
- Hoja de metal
- Otros

Abastecimiento de agua

- Red pública dentro de la vivienda

- Rio, acequia, manantial o similar
- Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación
- Pozo
- Camión, cisterna u otro similar
- Pilón de uso público
- Otro

Desagüe

- Red pública dentro de la vivienda
- Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación
- Pozo ciego o negro/letrina
- Pozo séptico
- Rio, acequia o canal
- No tiene

Combustible para cocinar

- Gas
- Electricidad
- kerosene
- Carbón
- Madera
- Matojos o Hierbas
- Estiércol animal

Tipo de alumbrado de la vivienda

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

Eliminación de basura

- En su casa separan la basura
- Frecuencia de recojo de basura por su casa
- Diariamente, al menos 5 días por semana
- Todas las semana pero no diariamente
- Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas
- Con menos frecuencia.

Lugar de eliminación de basura

- Contenedores de basura
- Punto limpio
- Empresas o tiendas que los vende o talleres
- Servicios especial de recogida
- Contenedor específicos de recogida
- Vertido por el fregadero o desagüe

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (38).

Definición operacional

Escala nominal

- Si
- No

Hábito de fumar

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

- Si
- No

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

- Diario
- Dos a tres veces por semana
- Una vez a la semana
- Una vez al mes
- Ocasionalmente

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

- Si
- No

Tipo de actividad física que realiza:

- Caminar
- Deporte
- Gimnasia

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

Escala nominal

- Si
- No

Tipo de actividad:

Escala nominal

- Caminar
- Gimnasia suave
- Juegos con poco esfuerzo
- Correr

ALIMENTOS

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (39).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupo se instituciones en contextos de complejidad (40).

Definición Operacional

Escala ordinal

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

Acceso a los Servicios de Salud

Definición Conceptual

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (41).

Definición Operacional

Escala ordinal

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

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

Escala nominal

- Si
- No

Institución de salud atendida:

- Hospital
- Centro de salud
- Otros

Lugar de atención atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- Sanidad
- Otros

Espera en la atención:

- Muy larga
- Larga
- Regular
- Corto

- Muy corto
- No sabe

La calidad de atención recibida:

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala
- Nosabe

Pandillaje cerca de su casa

Definición operacional

Escala nominal

- Si
- No

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

En el presente trabajo de investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación del instrumento.

Instrumento

En el presente trabajo de investigación se utilizó el instrumento sobre Determinantes de la salud de la persona. Elaborado por Vílchez, A. y consta de dos partes: Datos de identificación y la segunda parte con datos de:

determinantes biosocioeconómicos (Grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de empleo, vivienda, tenencia, material del piso, material del techo, material de las paredes, N° de personas que duermen en una habitación, abastecimiento de agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica, disposición de basura y la frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa), determinantes de estilo de vida (Fumar, frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, N° de horas que duerme, frecuencia con que se baña, se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud, actividad física que realiza en su tiempo libre, en las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos y alimentos) y determinantes de redes sociales y comunitarias (Recibe algún apoyo social natural, apoyo social organizado, accesibilidad a los servicios de salud, lugar de atención, tipo de seguro, tiempo de espera, calidad de atención, pandillaje o delincuencia cerca de su casa).

El instrumento consta de 31 ítems, distribuidos en 4 partes de la siguiente manera: (Ver Anexo N° 02)

- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno socioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), Alimentos que consumen las personas, morbilidad.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

Validez de contenido: Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, nueve en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación al constructo evaluado por dimensiones. Para efectos de este análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004) (Ver Anexo N° 03).

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta del Perú (Ver Anexo N° 05).

Confiabilidad

Confiabilidad inter evaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad inter evaluador (42).

3.6 Procedimientos y análisis de datos:

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

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

3.7 Análisis y Procesamiento de los datos:

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

3.8 Consideraciones éticas

Se valoró previamente los aspectos éticos de la investigación, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como también se planteó si los resultados que se puedan obtener fueran éticamente posibles (43).

Anonimato

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

Privacidad

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

Honestidad

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

Consentimiento

Solo se trabajó con las personas adultas que acepten voluntariamente participar en el presente trabajo (Ver Anexo N° 04).

IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1. Resultados.

TABLA N° 1

**DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS
ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA
ESPERANZA, 2012.**

SEXO	n°	%
Masculino	59	53.6
Femenino	51	46.4
TOTAL	110	100

GRADO DE INSTRUCCIÓN	n°	%
Sin Nivel	2	1.8
Inicial /primaria	60	54.5
Secundaria incompleta/secundaria completa	8	7.3
Superior no universitaria incompleta/ superior no universitaria completa	0	0
Superior universitaria incompleta/superior universitaria completa	0	0
TOTAL	110	100

INGRESO ECONÓMICO	n°	%
No tiene ingreso	41	37.3
Hasta 550 nuevos soles	38	34,5
De 551 a 999 nuevos soles	1	0.9
De 1000 a 1499 nuevos soles	0	0
De 1500 a más nuevos soles	0	0
No especificado	30	27.3
TOTAL	110	100%

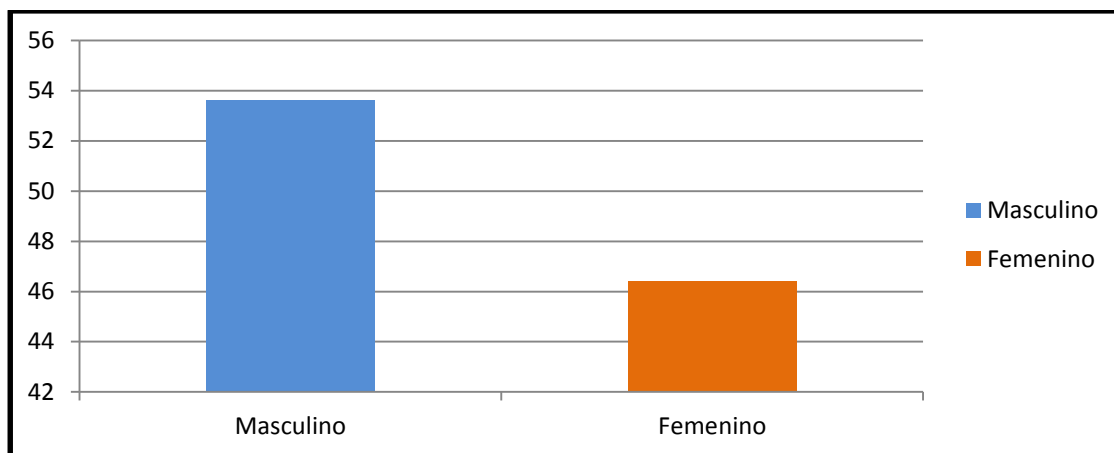
OCUPACION	n°	%
Empleador	0	0
Trabajo independiente	0	0
Empleado	0	0
Obrero	0	0
Trabajo familiar no remunerado	110	100
Trabajador del hogar	0	0
Trabajo estable	0	0
Vendedores de comercio y mercado	0	0
TOTAL	110	100%

CONDICIÓN DE EMPLEO DE TRABAJO	n°	%
Tenencia de trabajo	0	0
Tenencia de algún empleo fijo o negocio propio	0	0
Actividad realizada de al menos una hora para generar un ingreso	110	100
Total	110	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud de la persona adulta, elaborado por Vílchez A. Aplicado a los adultos mayores con diabetes del Hospital Jerusalén- Esperanza, 2012.

GRÁFICO N° 01

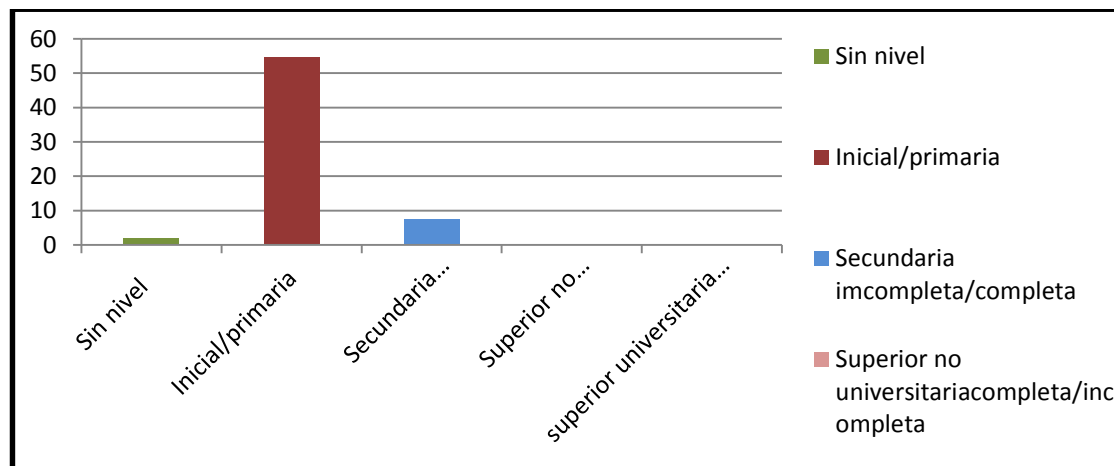
SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012.



Fuente: Ídem Tabla N° 01

GRÁFICO N° 02

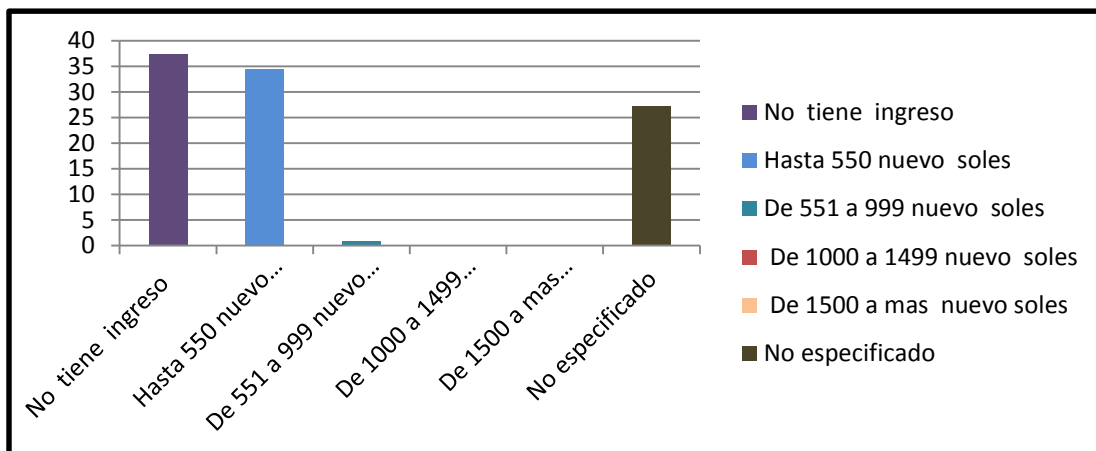
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012.



Fuente: Ídem Tabla N° 01

GRÁFICO N° 03

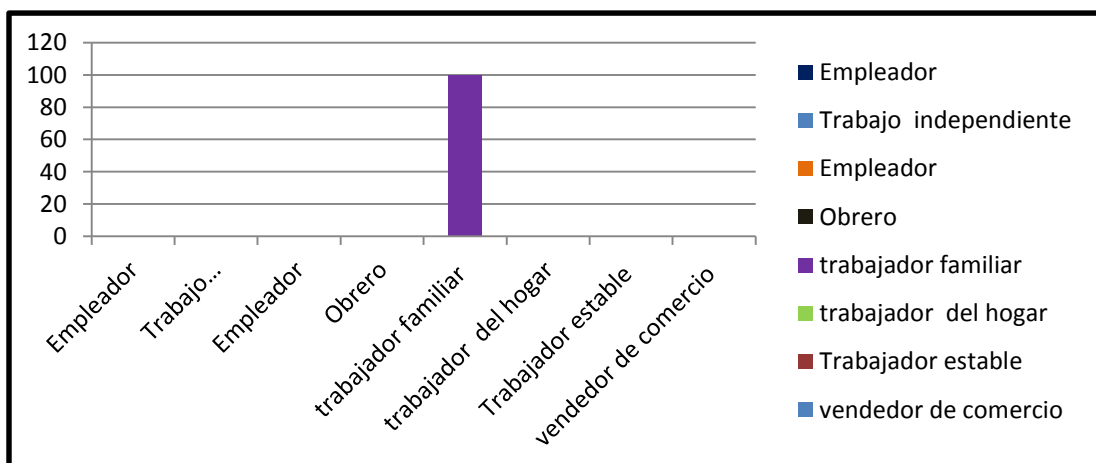
INGRESO ECONÓMICO DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALEN- LA ESPERANZA, 2012.



Fuente: Ídem Tabla N° 01

GRÁFICO N° 04

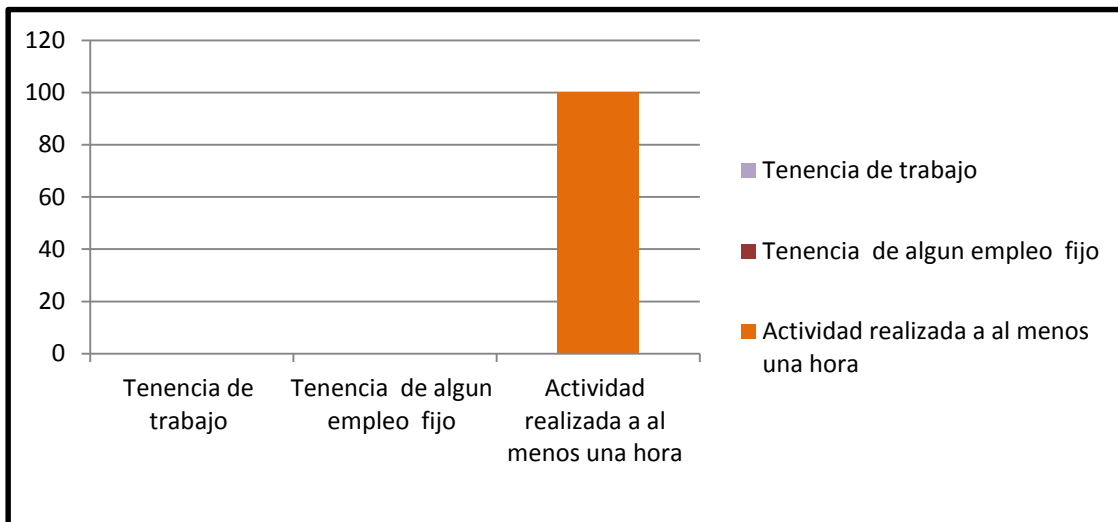
OCUPACION DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012.



Fuente: Ídem Tabla N° 01

GRÁFICO N° 05

CONDICION DE EMPLEODE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012.



Fuente: Ídem Tabla N° 01

TABLA N° 2

**DETERMINANTES DEL ENTORNO EN LOS ADULTOS MAYORES CON
DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012.**

TIPO DE VIVIENDA	n°	%
Residencia	81	73,6
Alquiler	12	10,9
Casa o departamento alquilado	0	0
Casa de familiares (tíos, abuelos , primos)	1	0,9
Casa de sus suegros	1	0,9
Casa de sus padres	15	13,7
Casa para cuidar	0	0
No sabe	0	0
TOTAL	110	100
MATERIAL DEL PISO	n°	%
Tierra	22	20
cemento	73	66,4
Cerámica	9	8,2
Madera	4	3,6
Otros	2	1,8
TOTAL	110	100
MATERIAL DE TECHO	n°	%
Concreto armado	63	57,3
Tejas	2	1,8
Planchas de calamina , fibra de cemento	44	40
Caña o esteras con torta de barro	1	0,9
TOTAL	110	100

MATERIAL DE PAREDES	n°	%
Cemento, ladrillo, piedra o madera	63	57.3
Ladrillo de barro	2	1,8
Pajas y similares	44	40
Lámina de plástico	1	0
Hoja de metal	0	0
Otros	0	0
TOTAL	110	100
ABASTECIMIENTO DE AGUA	n°	%
Red pública dentro de la vivienda	110	100
Rio, acequia manantial o similar	0	0
Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación	0	0
Pozo	0	0
amión, cisterna otro similar	0	0
Pilón de uso publico	0	0
Otro	0	0
TOTAL	110	100
DESAGUE	n°	%
Red pública dentro de la vivienda	110	100
Rio, acequia manantial o similar	0	0
Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación	0	0
Pozo ciego o negro /letrina	0	0
Pozo séptico	0	0
Rio, acequia o canal	0	0
No tiene	0	0
TOTAL	110	100

COMBUSTIBLE PARA COCINAR	n°	%
Gas	105	95,5
Electricidad	4	3,6
Kerosene	1	0,9
Carbón	0	10
Madera	0	0
Mantojos o Hierbas	0	0
Estiércol animal	0	0
TOTAL	110	100

TIPO DE ALUMBRADO DE LA VIVIENDA	n°	%
Eléctrico	102	92,7
Kerosene	6	5,5
Vela	2	1,8
Otro	0	0
TOTAL	110	100

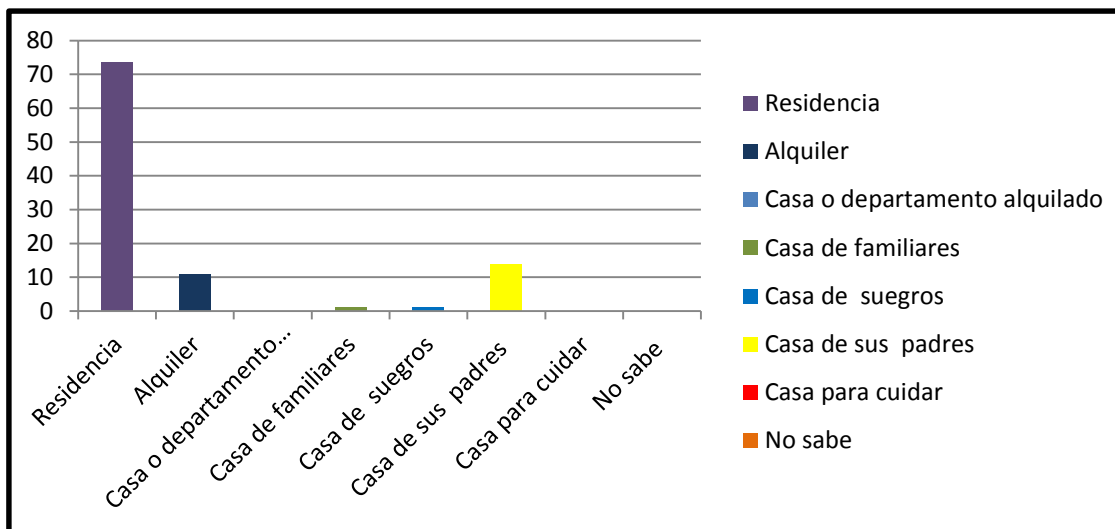
ELIMINACIÓN DE BASURA	n°	%
En su casa separan la basura	0	0
Frecuencia de recojo de basura por su casa	86	78,2
Diariamente , al menos 5 días por semana	15	13,7
Todas las semanas pero no diariamente	09	8,2
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0
Con menos frecuencia	0	0
TOTAL	110	100%

LUGAR DE ELIMINACIÓN DE BASURA	n°	%
Contenedores de basura	110	100
Punto limpio	0	0
Servicio especial de recogida	0	0
Contenedor específicos de basura	0	0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0
TOTAL	110	100%

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud de la persona adulta, elaborado por Vílchez A. Aplicado a los adultos mayores con diabetes del Hospital Jerusalén- Esperanza, 2012.

GRÁFICO N° 06

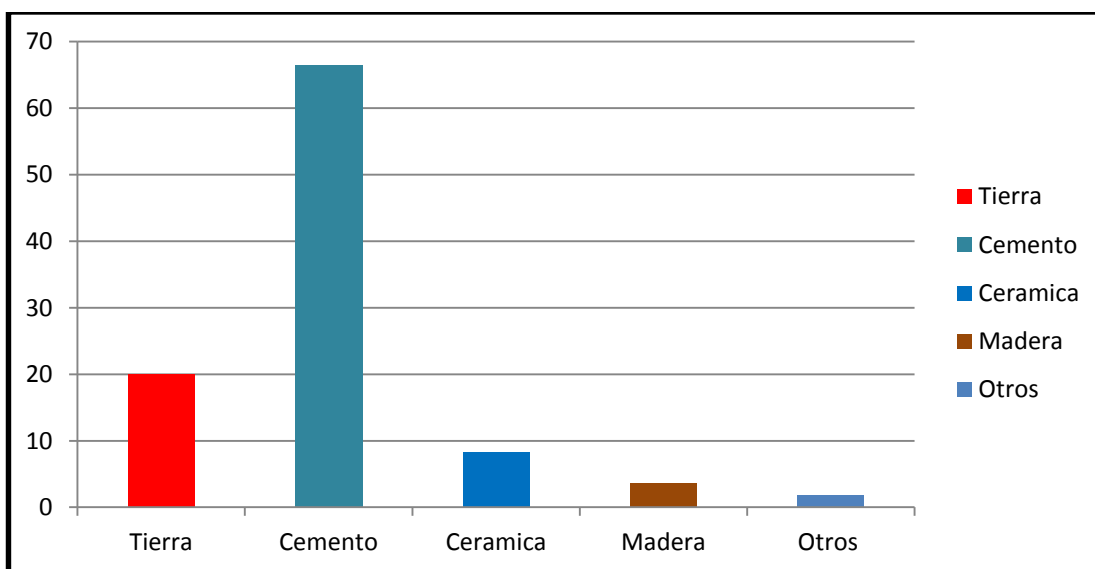
TIPO DE VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012.



Fuente: Ídem Tabla N°02

GRÁFICO N° 07

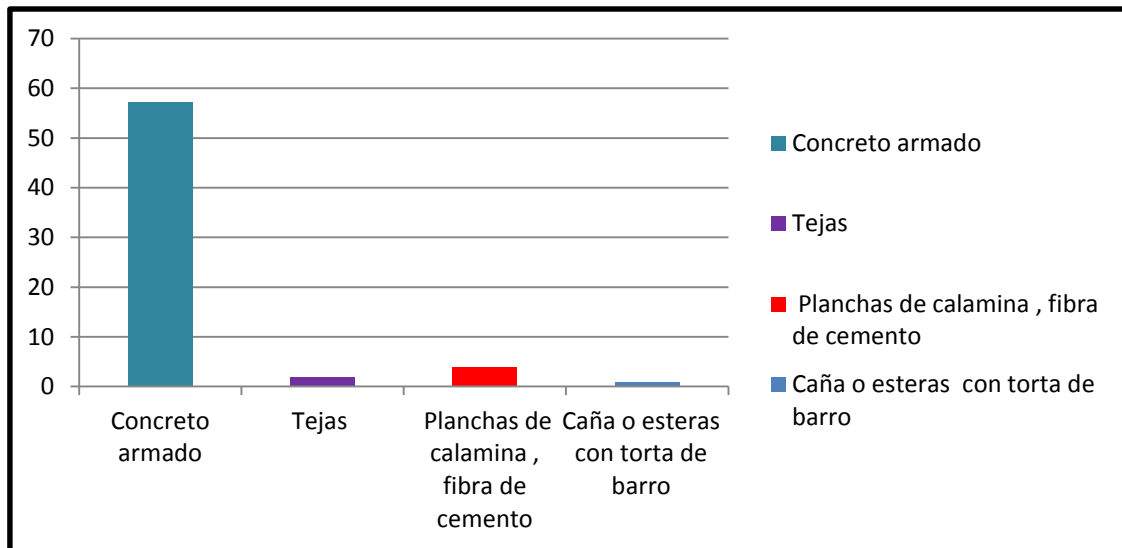
MATERIAL DE PISO DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012.



Fuente: Ídem Tabla N°02

GRÁFICO N°08

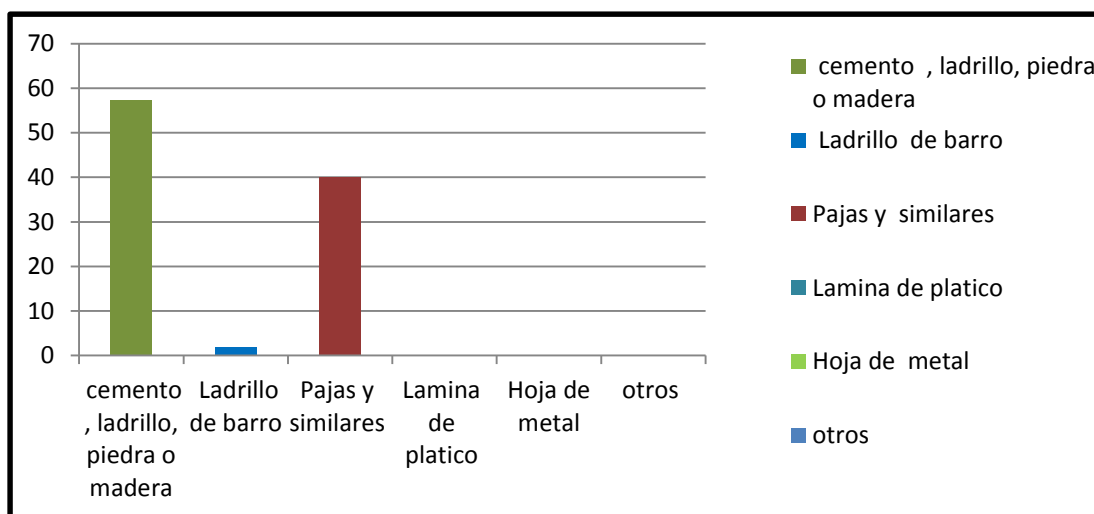
MATERIAL DE TECHO DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012.



Fuente: Ídem Tabla N°02

GRÁFICO N°09

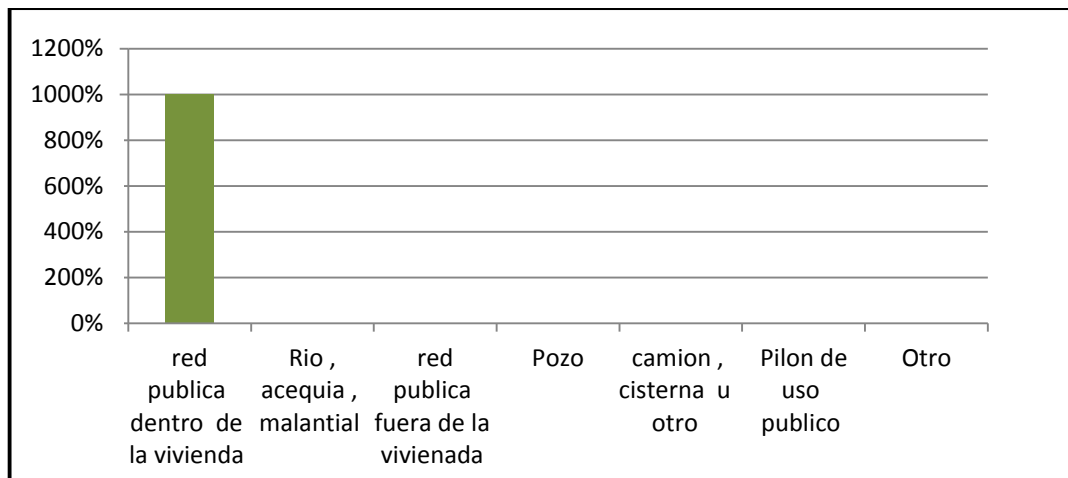
MATERIAL DE PAREDES DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012.



Fuente: Ídem Tabla N°02

GRÁFICO N°10

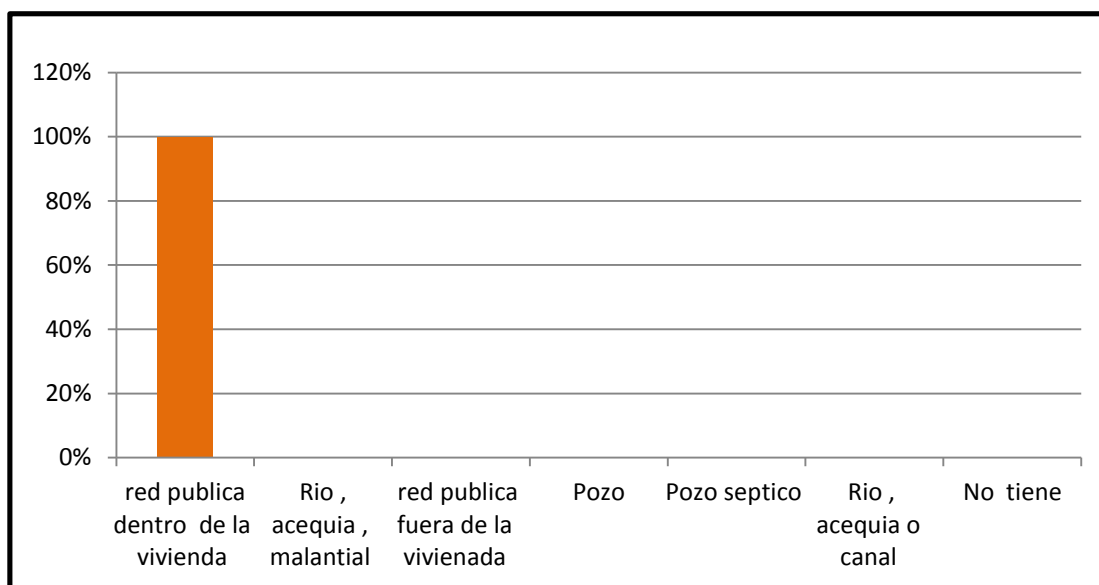
ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012.



Fuente: Ídem Tabla N°02

GRÁFICO N°11

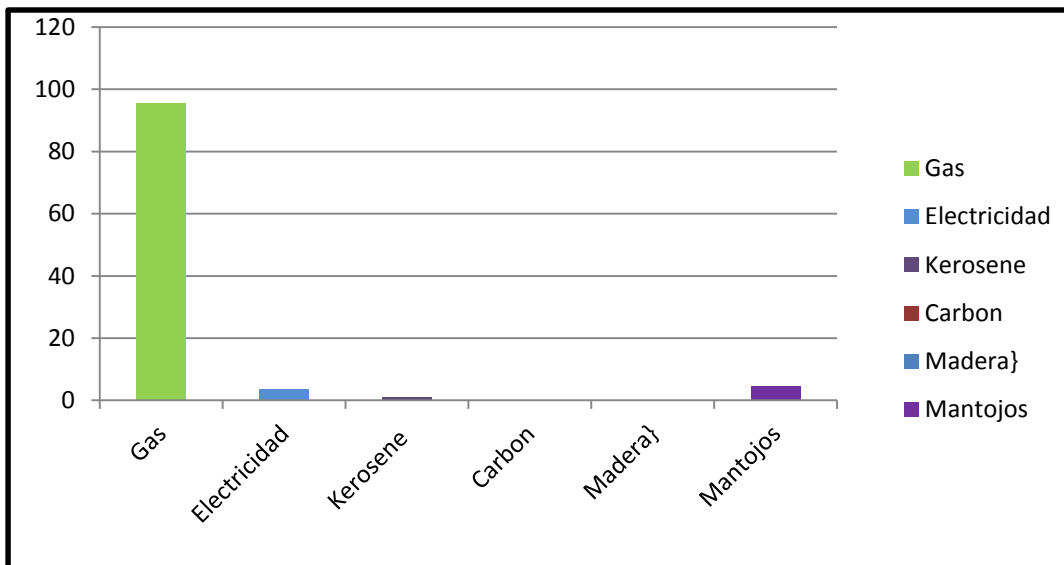
DESAGUE DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012.



Fuente: Ídem Tabla N°02

GRÁFICO N°12

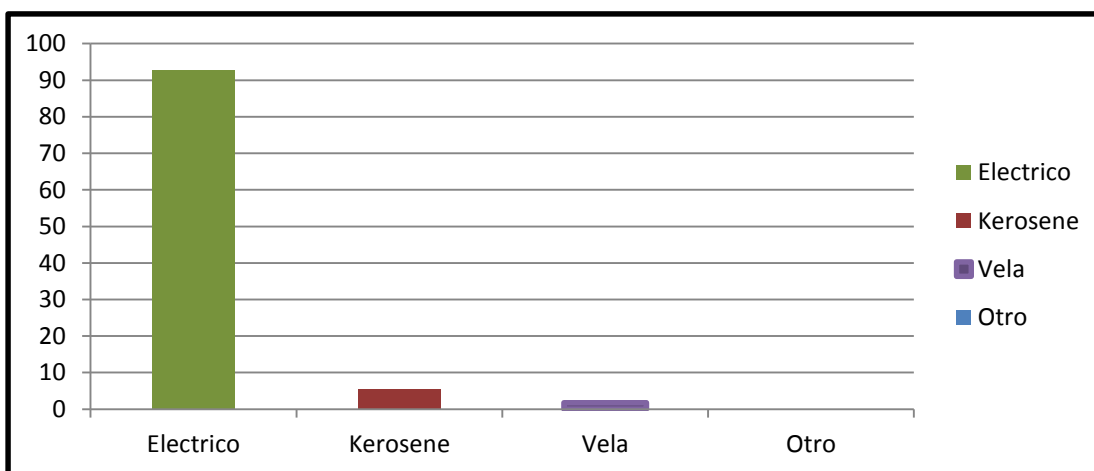
COMBUSTIBLE PARA COCINAR DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012.



Fuente: Ídem Tabla N°02

GRÁFICO N°13

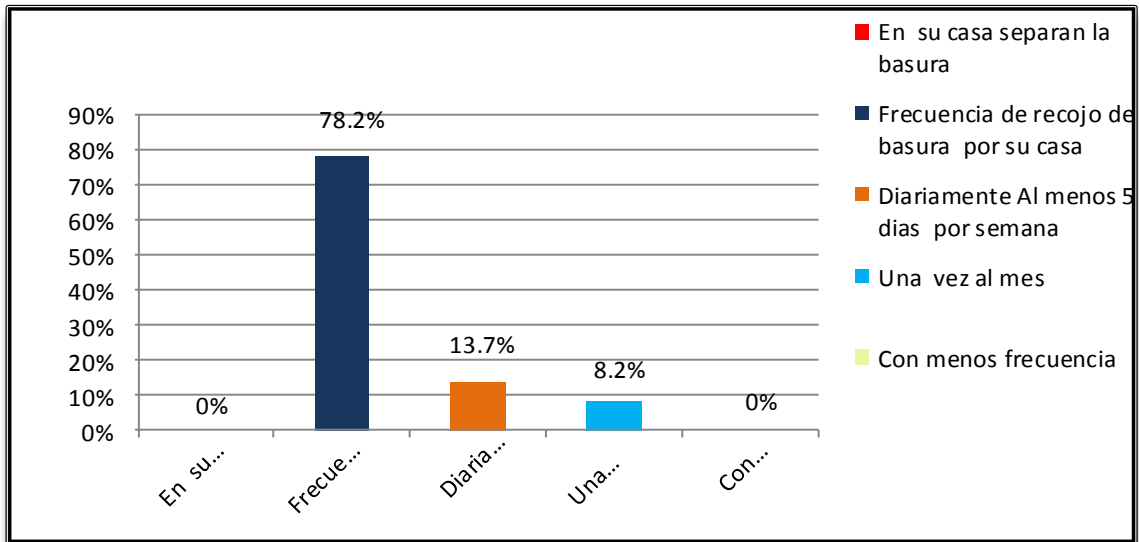
TIPO DE ALUMBRADO DE LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012



Fuente: Ídem Tabla N°02

GRÁFICO N°14

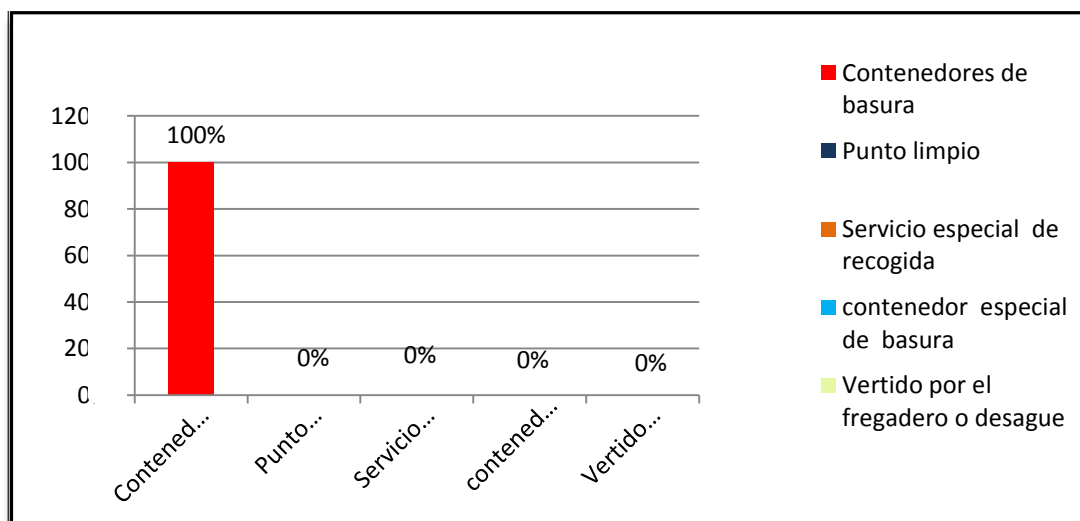
RECOJO DE BASURA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012



Fuente: Ídem Tabla N°02

GRÁFICO N°15

ELIMINACION DE BASURA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012



Fuente: Ídem Tabla N°02

TABLA N°3

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012.

Hábitos de fumar	n°	%
Diariamente	4	3.6
Fuma, pero no diariamente	30	27.3
No fuma actualmente, pero he fumado antes	0	0
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	76	69.1
TOTAL	110	100%

Frecuencia Consumo de bebidas alcohólicas	n°	%
Diario	0	0
Dos o tres veces por semana	0	0
Una vez ala semana	0	0
Una vez al mes	2	1.8
Ocasionalmente	108	98.2
TOTAL	110	100%

Actividad física que realiza	n°	%
Caminar	94	85.5
Deporte	12	10.9
Gimnasia	4	3.6
TOTAL	100	100%

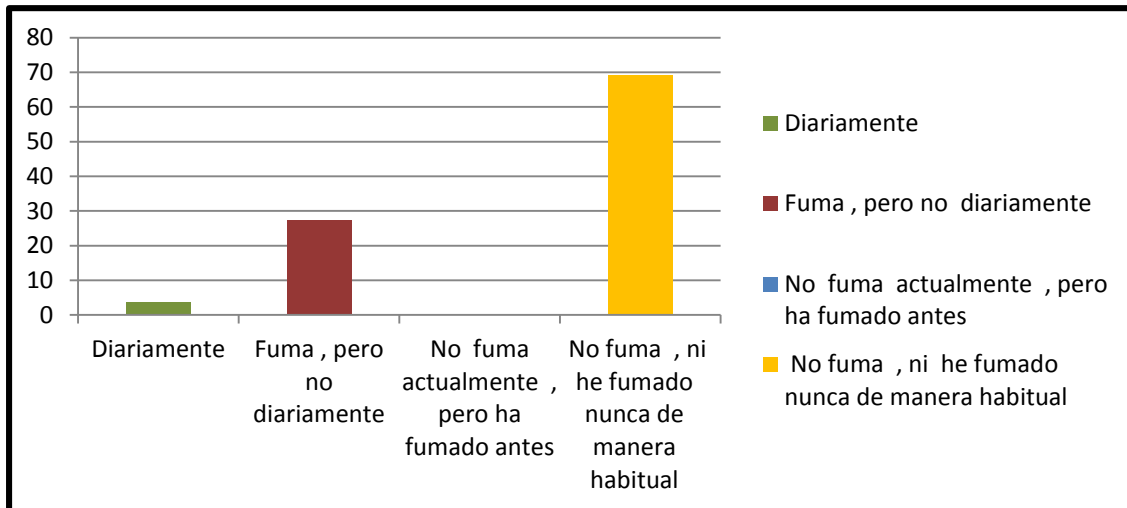
Actividad física en estas dos ultimas semanas durante más de 20 minutos	n°	%
Caminar	95	86.4
Gimnasia suave	4	3.6
Juegos con poco esfuerzo	9	8.2
correr	2	1.8
TOTAL	110	100%

Con que frecuencia usted y su familia consumen los siguientes alimentos	3 o más veces por semana		1 a 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Fruta	70	63,6	35	31,8	5	4,5	0	0	100
Carne	85	77,3	19	17,3	6	5,5	0	0	100
Huevos	92	83,7	18	16,4	0	0	0	0	100
Pescado	45	40,9	40	36,4	15	13,6	0	0	100
Fideos, cereales	82	74,5	21	19,1	7	6,4	0	0	100
Verduras	79	71,2	31	28,2	0	0	0	0	100
Legumbre	29	26,4	17	15,5	39	35,5	25	22,7	100
Embutidos	15	13,6	3	2,7	83	75,5	9	8,2	100
Lácteos	62	56,4	6	5,5	30	27,3	12	10,9	100
Dulces	39	35,5	50	45,5	18	16,4	3	2,7	100
Refresco con azúcar	92	83,6	8	7,3	5	4,5	0	0	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud de la persona adulta, elaborado por Vílchez A. Aplicado a los adultos mayores con diabetes del Hospital Jerusalén- Esperanza, 2012.

GRÁFICON°16

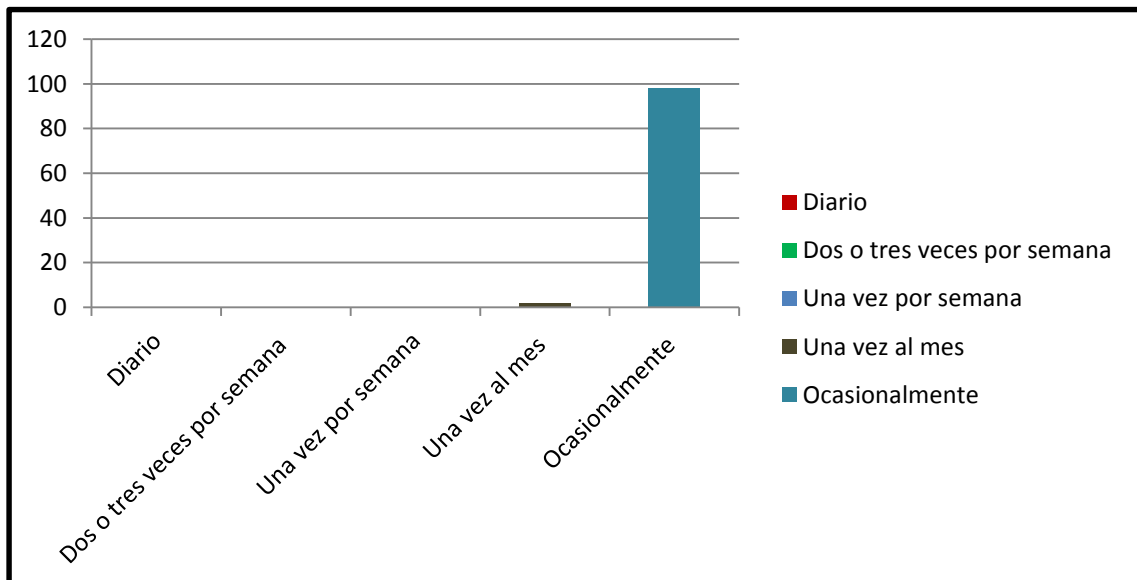
FRECUENCIA DE FUMARDE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012.



Fuente: Ídem Tabla N°03

GRÁFICON°17

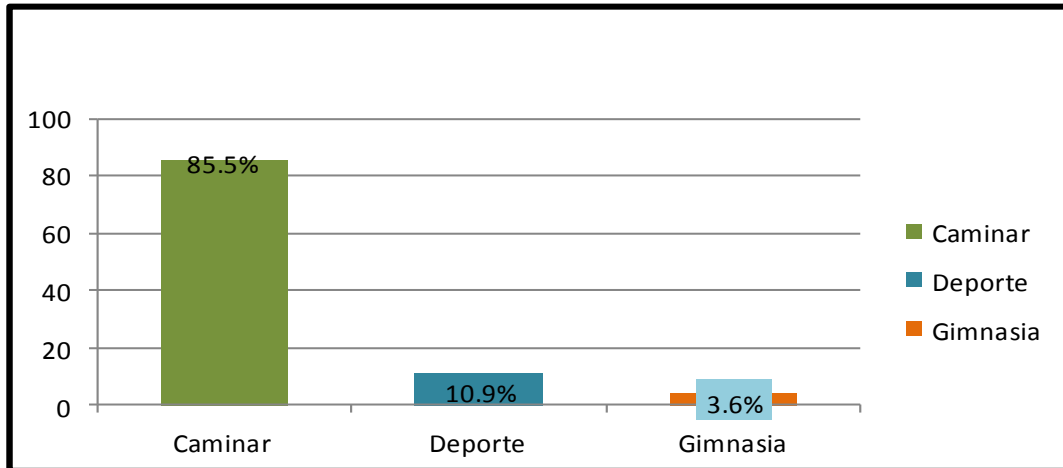
FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012



Fuente: Ídem Tabla N°03

GRÁFICON°18

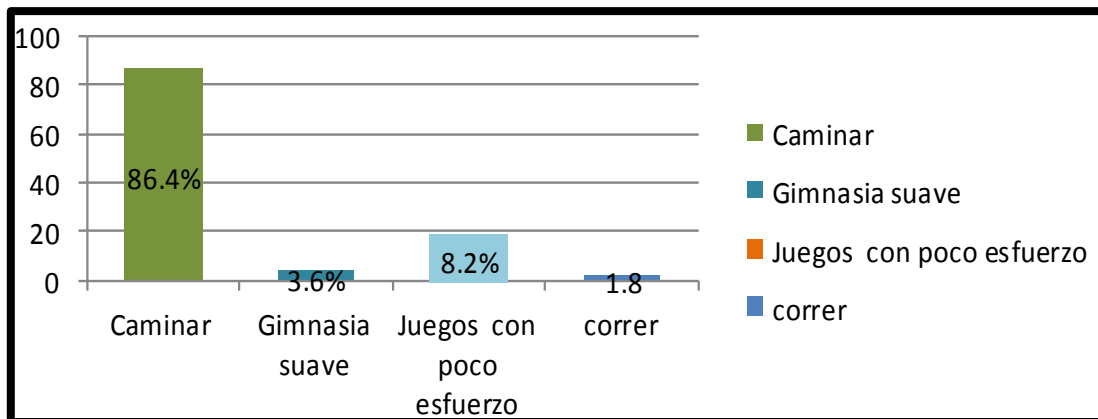
ACTIVIDAD FISICA QUE REALIZA LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012



Fuente: Ídem Tabla N°03

GRÁFICON°19

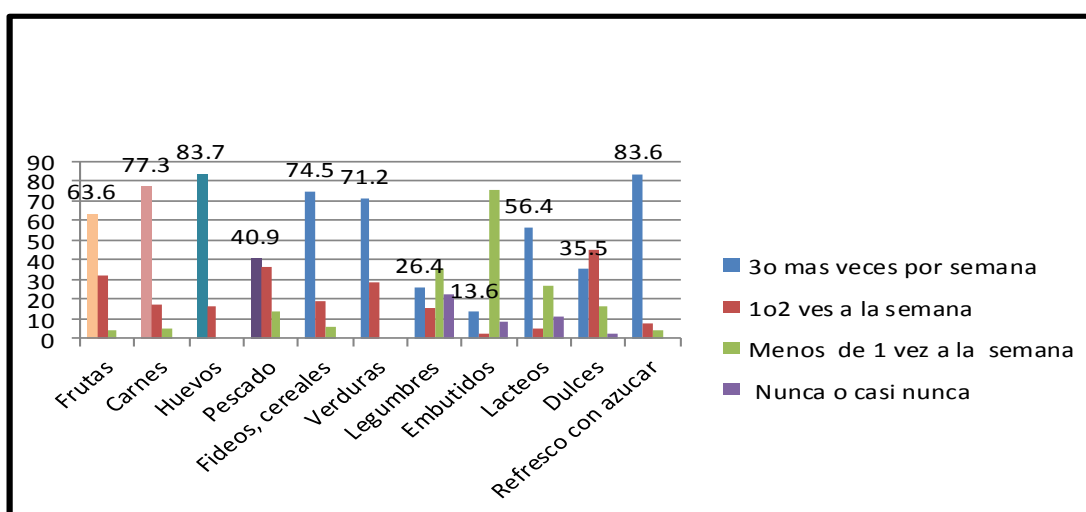
ACTIVIDAD FISICA QUE REALIZA EN ESTAS DOS ULTIMAS SEMANAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012



Fuente: Ídem Tabla N°03

GRÁFICON°20

ACTIVIDAD FISICA QUE REALIZA EN ESTAS DOS ULTIMAS SEMANAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN-LA ESPERANZA, 2012



Fuente: Ídem Tabla N°03

TABLA N°4**DETERMINANTES DE LA REDES SOCIALES COMUNITARIAS DE LOS
ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA
ESPERANZA, 2012.**

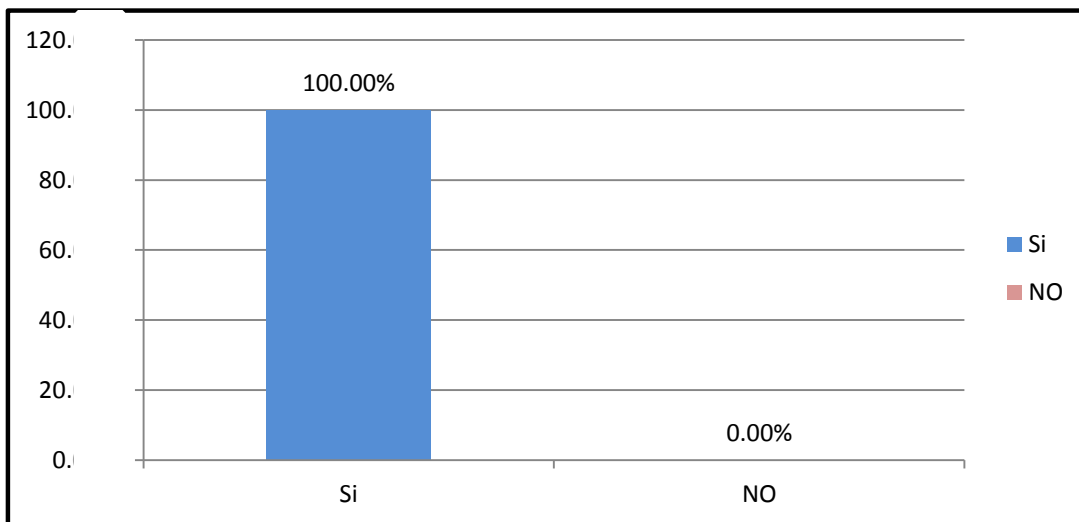
UTILIZACIÓN DE UN SERVICIO DE SALUD EN LOS 12 ÚLTIMOS MESES	n°	%
SI	110	100
NO	0	0
TOTAL	110	100
LUGAR DE ATENCION ATENDIDA	n°	%
Muy cerca de su casa	26	23,7
Regular distancia de su casa	82	74,5
Lejos de su casa	2	1,8
Muy lejos de su casa	0	0
No sabe	0	0
TOTAL	110	100
EN QUÉ INSTITUCIÓN DE SALUD SE ATENDIÓ	n°	%
Hospital	61	55.5
Centros de Salud	45	40.9
Otros	4	3.6
TOTAL	110	100
TIPO DE SEGURO	n°	%
ESSALUD	8	7.3
SIS	100	90.1
SANIDAD	0	0
Otros	2	0
TOTAL	110	100

ESPERA EN LA ATENCIÓN	n°	%
Muy larga	15	13.6
Largo	63	57.3
Regular	25	22.7
Corto	7	6.4
Muy corto	0	0
No sabe	0	0
TOTAL	110	100
CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ	n°	%
Buena	80	77.7
Mala	8	7.2
Regular	22	20
TOTAL	110	100
PANDILLAJE CERCA DE SU CASA	n°	%
SI	8	76.4
NO	100	90.1
TOTAL	110	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud de la persona adulta, elaborado por Vílchez A. Aplicado a los adultos mayores con diabetes del Hospital Jerusalén- Esperanza, 2012.

GRÁFICO N° 21.

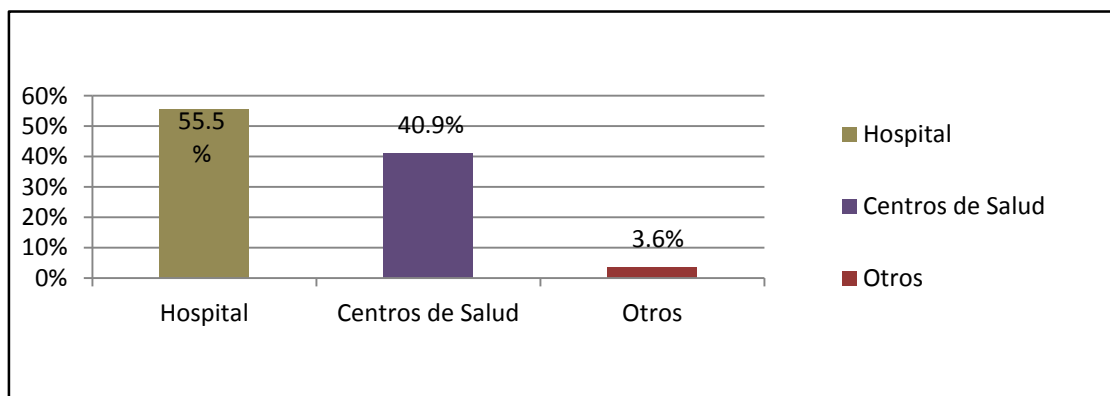
UTILIZACIÓN DE UN SERVICIO DE SALUD EN LOS 12 ÚLTIMOS MESES DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012



Fuente: Ídem Tabla N° 04

GRÁFICO N° 22.

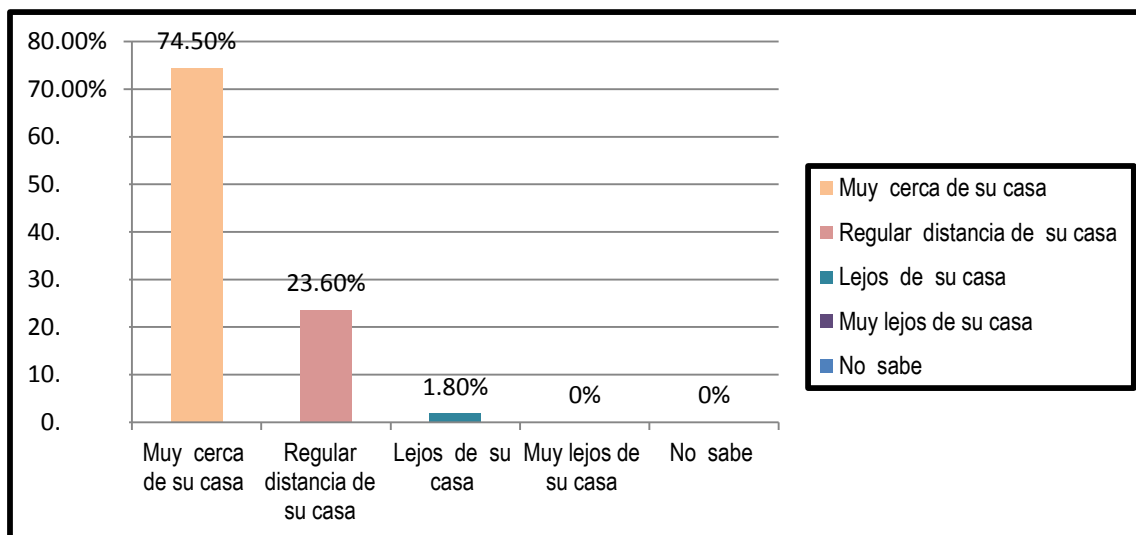
INSTITUCION DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ EN ESTOS 12 ÚLTIMOS MESES DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012



Fuente: Ídem Tabla N° 04

GRÁFICO N°23.

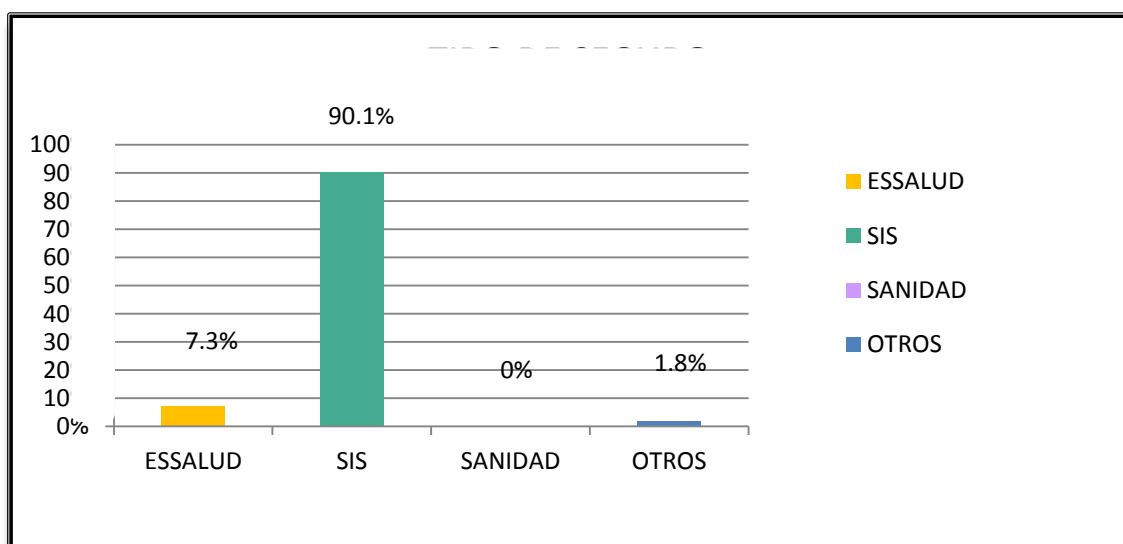
LUGAR DE ATENCION ATENDIDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012.



Fuente: Ídem Tabla N°04

GRÁFICO N°24.

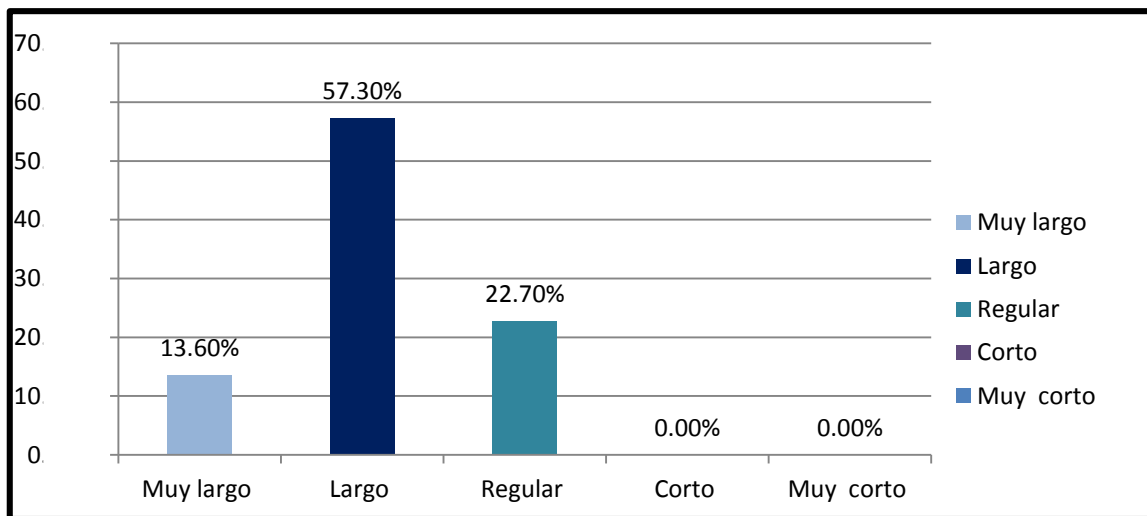
TIPO DE SEGURO DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012



Fuente: Ídem Tabla N°04

GRÁFICO N° 25

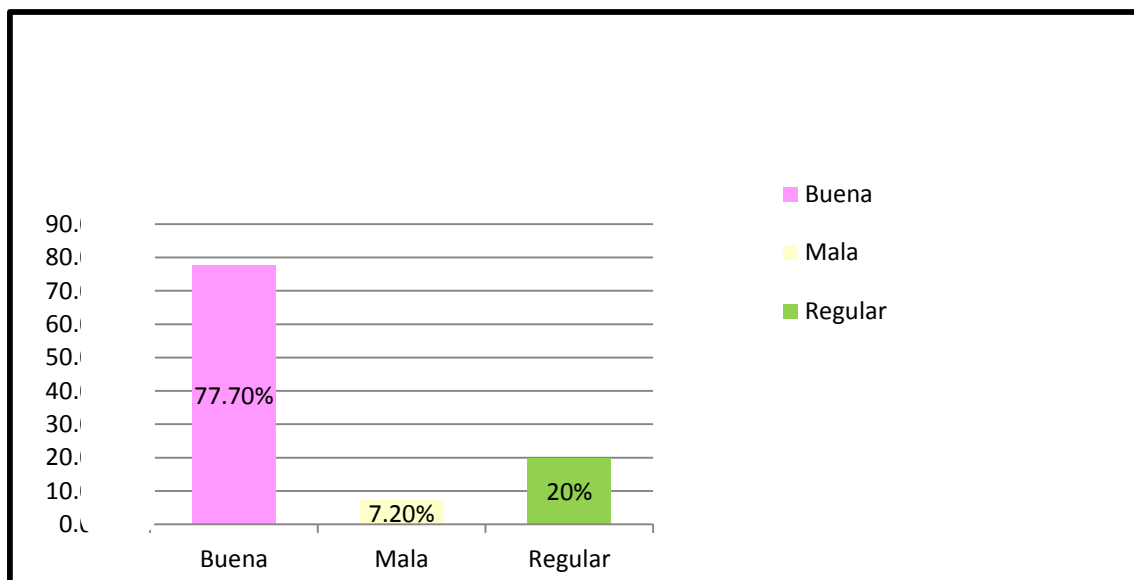
ESPERA EN LA ATENCION DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012.



Fuente: Ídem Tabla N°04

GRÁFICO N° 26

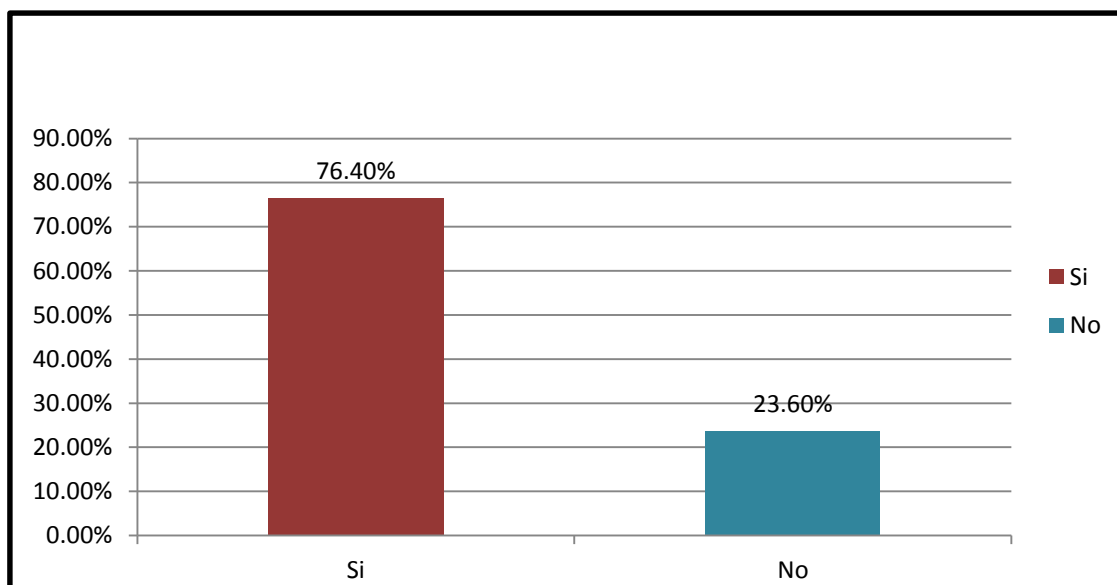
CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012.



Fuente: Ídem Tabla N° 04

GRÁFICON°27

PANDILLAJE O DELICUENCIA CERCA DE SU CASA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALÉN- LA ESPERANZA, 2012.



Fuente: Ídem Tabla N°04

4.2. Análisis de resultados.

En la tabla N° 1:

Según resultados de los Determinantes de la Salud Biosocioeconómicos del Adulto mayor se observa que el 53.6% son de sexo masculino , el 54,5% de la población tienen nivel inicial/ primaria ; el 37,3% de la población no tiene ingresos económicos, 100% presenta ocupación de trabajador familiar no remunerado .

Estos resultados son similares a los estudios realizados por Gutiérrez Ál. (44), en el 2002. En su estudio sobre los factores determinantes de salud en el programa con acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación en personas con diabetes, en Colombia donde su muestro estuvo conformada por adultos mayores ; se destacó que el 51,4% de sexo masculino , 52.2 % tienen nivel inicial / primaria , el 33.3% de la población no tiene ingresos económicos porque presenta ayuda económica de sus familiares .

Así mismo, Méndez L. (45), en 1998, realizó su investigación sobre la incidencia del pie diabético. El mismo señala que en el estudio realizado la mayoría eran personas de la tercera edad donde su muestreo estuvo conformado por 160 personas:50% eran de sexo masculino ,51%de la población tienen nivel inicial/ primaria el 30,3% de la población no tiene ingresos económicos

Del mismo modo Vega L. , Agustí R. , Parodi J.(46), los investigadores del estudio Tornasol, en el 2006, realizaron un trabajo denominado: Factores de Riesgo de las diabetes en el Perú; cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia y control de los factores de riesgo en las 26 ciudades más importantes del Perú que incluyen todos los departamentos, evaluar la relación que tienen estos factores con nuestra geografía dividida en tres regiones, costa, sierra y selva, así como en los niveles socioeconómicos y educativos, los resultados de esta investigación fueron: 48.6% son de sexo masculino , el 50,5% de la población tienen nivel inicial/

primaria ; el 32,3% de la población no tiene ingresos económicos, 100% no trabaja se dedica a los quehaceres de la casa .

Los resultados obtenidos difieren, por los estudios realizados por Junco C. (47), en el 2011 realizó un estudio titulado Conocimientos sobre el Cáncer de páncreas y sus Medidas Preventivas en una Población de adultos jóvenes. Empresa de Transporte y Servicios Especiales Sur Lima Chorrillos, teniendo como objetivo determinar los conocimientos sobre el cáncer de páncreas y sus medidas preventivas en los adultos jóvenes que laboran en la Empresa ; su muestreo estuvo conformado. : 60 adultos jóvenes cuyas edades van de los 20 a 30 años, donde se concluyó que la mayoría el 78.3%, 60% de la población tienen secundaria completa; el 32,3% de la población tiene ingresos económicos hasta 800 nuevos soles, 100% trabaja porque opina que en su casa se sientes aburridos.

A su vez Quiroz C. (48), en el año 2003 en Lima, realizó un estudio de investigación sobre “Calidad de vida en pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 en el Instituto Especializado de Salud del adulto. 2003”, el cual tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de los pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo, la muestra estuvo conformada por 27 pacientes que fueron evaluados a través del cuestionario Coop- Darthnouth, el cual se validó en México en 1996, cuya 9 población es semejante a la nuestra aplicado a y adolescentes. Las conclusiones a las que se llegó en el estudio fueron se observa que el 45.6% son de sexo femenino , el 44,5% de la población presenta nivel superior; el 35,3% de la población n tiene ingresos económicos hasta 2.000 soles, 20% son jubilados

Por otro lado López J. y Colb. (49), en el año 2006 , en México realizaron un estudio sobre “Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2”, el cual tuvo como objetivo: Adaptar y validar la versión al español del cuestionario Diabetes ,

que mide calidad de vida, en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2 (DM-2). El método que se utilizó fue el descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 260 pacientes con DM-2. La técnica fue la evaluación y/o resultados de análisis de sangre, los instrumentos; el cuestionario y la hoja de registros. Las conclusiones fueron, entre otras el 13.6% son de sexo masculino, el 54,5% de la población tienen nivel secundaria; el 25.2 tiene pensiones o ayuda familiar, ingresos económicos.

Sexo : En biología, el sexo es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina, en el estudio realizado más predomina el sexo masculino ,según la investigación de la Fundación Española de diabetes , los varones se encuentran en mayor % de sufrir trastornos metabólicos desde edades más precoces en comparación con las mujeres, los hombres tienen mayor riesgo(50,51).

Con referente a la edad el adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. inusualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida, como la diabetes mellitus, que estos adultos padecen (52).

Ignacio L. (53) ,1999. Refiere que el grado de instrucción asegura el desarrollo integral y capacita al individuo para el trabajo incentivando su participación activa en el proceso, así como responsabiliza en el cuidado de su salud, familia y comunidad podemos atribuir por, lo tanto, que la existencia de un bajo nivel de instrucción en las personas entrevistadas condiciona a que ellos padezcan de dichas enfermedades por desconocimiento de las mismas y por no saber cómo obtener ayuda por sus

desconocimiento hacen que ellos no sepan buscar ayuda, y su condición de vida no sea la adecuada para que ellos vivan de buena manera.

Varela L (54), refiere en su estudio titulado: Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional quien encontró que hay relación entre la condición de analfabeto y el deterioro cognitivo, sugiere así que la población con bajo nivel de instrucción y pobre estimulación intelectual posee una reserva neurológica. Y los que han tenido mayor grado de instrucción tienen la oportunidad de desarrollar un sistema de protección.

En la investigación realizada a los adultos mayores, se tiene como resultado que tienen un grado de instrucción entre inicial, primaria representando todo ello al 54.5% de dicho grupo etario de la comunidad, lo cual implica que estos adultos mayores presentan un déficit de conocimientos para que se puedan cuidar y ello les predispone a muchas enfermedades.

El concepto de bienestar económico permite analizar una cantidad importante de los factores que condicionan el bienestar en la vejez. Las desigualdades de género pueden entenderse como consecuencia de las condiciones de vida en que se desarrolla la actividad de las mujeres durante su ciclo de vida (la participación de las mujeres es mucho menor que la de los hombres, tienden a tener carreras profesionales discontinuas, trabajan en peores condiciones, reciben menores ingresos en igual posición ocupacional y generalmente se insertan en el mercado informal).

Las desigualdades por edad, como consecuencia del efecto cohorte y por la incapacidad de los sistemas de garantía de rentas (públicos o privados) en los adultos mayores de mi investigación que las mujeres de esos tiempos no le daban mucha importancia en cuanto a los estudios, se dedicaban a su casa como otras en los trabajos domésticos y los hombres a los trabajos del campo

y albañearía y por consiguiente no tienen ningún tipo de beneficios y en la actualidad la mayoría de los adultos mayores no posee salario alguno de jubilación (55)

Gendreau M. (1998), refiere que “no hay calidad de vida cuando el nivel de ingresos de familia es mínimo y cuando hay exclusión entre los individuos (56).

Pérez O. (1997), refiere que el bienestar económico de las personas mayores “necesariamente nos lleva más allá del análisis de la posición económica relativa de los individuos ancianos en momentos actuales medida utilizando algún indicador de renta y también más allá de la incidencia que la pobreza pueda tener en este segmento de la sociedad, o del análisis del importe de las pensiones que perciben (57).

La Ocupación es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas (58).

La ocupación de los adultos mayores de la investigación realizada fueron trabajo familiar no remunerado es el 100% lo que significa que los adultos ayudan a los quehaceres del hogar en cuanto a las mujeres y en los hombres se dedican en ayudar sus hijos en sus negocios .

Sen M. (59), refiere que la Calidad de Vida implica una libertad para llevar diferentes tipos de vida. La vida tiene que ver con sus propios componentes o aspectos fundamentales de la existencia humana; la supervivencia, la cultura, la permanencia en el mundo, las condiciones en que esto se da (59).

Condición de actividad, permite la distinción de los dos grupos básicos que suministran información sobre la participación de los distintos componentes de ellos en la economía del país: población económicamente activa y población no económicamente activa (60).

Se concluye que la participaron de varones y mujeres que fueron captados en el programa de enfermedades no transmisibles (diabetes), del Hospital Jerusalén predominaban el sexo masculino, según las investigaciones realizadas el índice de que sufren diabetes son los de sexo masculino por ello la totalidad de investigados fue de sexo masculino.

En la investigación realizada se obtuvo que lo adultos mayores no presentaron ocupación, ellos pertenecen a hogares de nivel socioeconómico muy bajo, medio y medio alto tienen menores ingresos; debido a su menor grado de escolaridad y la falta de recursos para trabajar por su cuenta, es decir tiene unos trabajos no remunerados, lo que repercute en la pobreza de sus hogares, y que ellos no tengan un buen cuidado de su salud, siendo estas enfermedades crónicas que requieren de tratamientos medicamentosos y demás lo cual no podrá estar al alcance de aquellas personas que no cuentan con los recursos suficientes para poder obtener algún medicamento.

En la tabla N°02:

Según la tabla 2 con respecto a la vivienda la mayoría de los adultos mayores con el 73.3% tienen residencia, en cuanto al material de piso 66.4% es de cemento, material de techo se observa 57.3% es de concreto armado, así como el material de las paredes es un 57.3% (es de cemento/ladrillo), el abastecimiento de agua el 100% tiene red pública dentro de la vivienda, en cuanto al desagüe presentan red pública dentro de la vivienda el 100%, según el combustible que utilizan para cocinar de 95.5% utilizan gas, presentan energía eléctrica el 92.7%, referente con qué frecuencia pasa recogiendo la basura es diariamente el 78.2%, elimina la basura en contenedores es 100%.

Resultados similares fueron encontrados por Villalobos A. y Colb. (61), en Costa Rica en el año 2006 realizaron un estudio titulado “Características Psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II-Versión III”, la muestra estuvo conformada por 104 personas. Las conclusiones del presente estudio fueron: 70.3% tienen casa propia, en cuanto al material de piso 54.4% es de cemento, material de techo se observa 50.3% es de concreto armado, así como el material de las paredes más de la mitad con un 57.3% (es de cemento/ladrillo), Al abastecimiento 48.7% tiene red pública dentro de la vivienda, 48.2% tienen red pública fuera de la vivienda, según el combustible que utilizan para cocinar la mayoría con un porcentaje de 91.5% utilizan, referente con qué frecuencia pasa recogiendo 66.3% se observa que diariamente/ 5 veces por semana, así mismo suelen eliminar la basura en el carro recolector de basura 35.5% y como también un 23.7% se observa que lo hacen en contenedores especial de recogida.

Asimismo por Correa J.(62), realizó un trabajo de investigación titulado “auto concepto de la diabetes mellitus en pacientes que asisten a la clínica de atención integral en el centro de salud Jorge Sinforsoso bravo. octubre-diciembre (2008)”. Llegando a la conclusión: 70.3% tienen casa propia, en cuanto al material de piso

53.4% es de cemento, material de techo se observa 47.1% es de concreto armado , así como el material de las paredes más de la mitad con un 50.3% (es de cemento/ladrillo ,Al abastecimiento 42.7% tiene red pública dentro de la vivienda, 48.2% tienen red pública fuera de la vivienda, según el combustible que utilizan para cocinar la mayoría con un porcentaje de 88.5% utilizan ,referente con qué frecuencia pasa recogiendo 62.32% se observa que diariamente/ 5 veces por semana , así mismo suelen eliminar la basura en el carro recolector de basura 15.5% y como también un 22.7% se observa que lo hacen en contenedores especial de recogida.

Por otro lado los resultados que difieren son encontrados por Molina J.(63),en el año 2008 realizó un estudio sobre “Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa de diabetes del hospital nacional dos de mayo. enero-febrero (2008)”, con el objetivo de determinar la adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida del paciente diabético la muestra estuvo conformada por 132 pacientes que asistieron al programa de diabetes, el instrumento utilizado fue el cuestionario y la técnica aplicada fue la entrevista. Se concluyó: 53.3% tienen casa alquilada, en cuanto al material de piso 45.4% es de loza, material de techo se observa 67.3% es de concreto calaminas, así como el material de las paredes más de la mitad con un 27.3% (es de cemento/ladrillo, Al abastecimiento % tienen red pública fuera de la vivienda.

A sismo Gómez J. , Aura R., Figueroa D, Rivas D, (64),en el año 1995 realizaron un estudio titulado “Aplicación y evaluación de un programa de educación diabetológica ambulatorio y determinante relacionado con la vivienda si eso influye sobre su enfermedad “Dr. Daniel Camejo Acosta”, Colombia, con el objeto de aplicar y evaluar un programa de educación a pacientes diabéticos mayores de 30 años, en el lapso de febrero-abril de 1995, se realizó un estudio Donde se concluyó : 63.3% tienen viven en casa de sus familiares , en cuanto al

material de piso 26.4% es de cemento, material de techo se observa 27.3% es de concreto armado, abastecimiento 32.7% tiene red pública dentro fuera de la vivienda, , según el combustible que utilizan para cocinar la mayoría con un porcentaje de 35.5% utilizan briquetas.

Vivienda es aquel espacio físico, generalmente un edificio, cuya principal razón de ser será la de ofrecer refugio y descanso, gracias a las habitaciones que ostenta en su interior, a las personas y todo lo que ellas traerán consigo como ser sus enseres y propiedades personales. Cuando mencioné lo del refugio, fue porque la vivienda, además de ofrecer un espacio para descansar y resguardar nuestras más inmediatas pertenencias, sirve además para protegernos de las inclemencias del tiempo y de algún otro tipo de amenaza natural que puede afectar nuestra tranquila existencia en caso de tener que vivir a la intemperie y a la suerte (65).

Justamente dentro de la investigación se tienen resultados de que toda la población tiene vivienda propia, y sus casas son de material noble, y cuentan con todos los servicios básicos. El material de vivienda condiciona en estos adultos mayores a que ellos no tengan preocupación alguna y su capacidad cognitiva no se deteriore en preocupaciones.

Risco R.(66). Refiere que las condiciones de la vivienda, se caracterizan por un conjunto de indicadores que influyen de alguna manera en la calidad de vida de los adultos mayores, que se ve reflejada a través de sus estados de salud física y emocional no saludables.

En el estudio de Aguelo V. (67) ,2002 considera que las condiciones de una vivienda saludable como indicadores que reflejan las condiciones sociales y de salud del habitante y a la vez influyen de alguna manera están ligadas directamente a la calidad de vida y a la salud.

Uno de los grandes temas a tener en cuenta a la hora de la construcción de una vivienda será el clima que caracteriza y se observa en la zona o región que habitamos. Por ejemplo si vivimos en un lugar propenso a los grandes vientos o los huracanes, las viviendas deberán ser construidas a partir y siguiendo una serie de requisitos indispensables de seguridad y obviamente con materiales sumamente resistentes a este tipo de contextos (68).

No todas las viviendas son diseñadas de la misma manera, pues algunas son de material precario como las esteras, cartón, etc. también de la exposición en la vivienda a ácaros de polvo, humo ambiental de tabaco, monóxido de carbono, crecimiento de hongos, seguridad y efectos del plomo las cuales no son beneficiosas si hay ancianos en casa, pueden también causar enfermedades respiratorias, cefaleas, depresión, ansiedad lo que puede conllevar a enfermedades mayores en las personas más vulnerables(69).

Jesenia V. y Finkelman N (70), 2012. Refiere que vivienda saludable y adecuada, es una condición que influye de manera favorable a la salud física y emocional del adulto mayor, que a su vez se contaba con los servicios básicos funcionales (como luz, agua, drenaje, gas, transporte etc.) necesarios para proteger y generar un bienestar en la salud de los adultos mayores y para que exista un ambiente saludable no es solo lo es necesario el abastecimiento de agua potable y eliminación En de excretas sino también una adecuada actitud y hábitos para la conservación del ambiente y la salud. Los comentaban la población estudiada que ellos son personas que da prioridad de un entorno saludable.

se concluye que las casas eran donadas a los invasores de dicho distrito, el municipio entonces donaron esos terrenos a los trabajadores y a los que invadieron más de 15 años , en la actualidad la mayoría de los adultos mayores con diabetes cuenta con casa propia , la mayoría se dedicaba al albañearía podían

construir sus casas, el distrito de la esperanza las casas eran rústicas. en cuanto al desagüe por el crecimiento de la población actualmente el distrito cuenta con ello, no todos pero la mayoría, en el recojo de basura los adultos mayores comentaron que antes no tenían carro recolector pero por las enfermedades y la contaminación que se producían en el distrito opto la municipalidad de brindar un carro recolector, además están satisfechas con la gestión municipal, pues se preocupa por la población, comentaron en la actualidad cuentan con todos los servicios anteriormente lucharon para poder tener estos servicios básicos como el desagüe ,abastecimiento de agua , luz y alumbrado entre otros ,sufrían de resfríos , diarreas por eso tomaron conciencia las autoridades de poner especialmente el agua , actualmente siguen usando pozo ciego en las zonas rurales e invasiones.

En la tabla N°03

Según resultados de los Determinantes de los estilos de vida de la Mujer Adulta se observa que el 69.1% no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, 98.2% consume ocasionalmente bebidas alcohólicas, 85.5% caminan, 86.4% caminan en estas dos últimas semanas durante más de 20 minutos, 63.6% consumen tres veces por semana fruta, 71.2% consumen verduras.

Estos resultados son similares por Vera M.(71) , en Lima en 2006 se realizó un estudio sobre “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Centro de Salud Clas Laura Caller Iberico” con el objetivo de determinar el significado que la expresión lingüística “calidad de vida del adulto mayor” .La muestra se constituyó por criterio de saturación y estuvo conformada por 16 adultos mayores (65 – 80 años) concluyo: que el 60.1% no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, 88.5% consume ocasionalmente bebidas alcohólicas, 65.5% caminan, 76.4% caminan en estas dos últimas semanas durante más de 20 minutos, 63.0% consumen tres veces por semana fruta, 51.5% consume verduras

A si mismo Pérez B., Terán M., Moreno F., Bazán M.(72), en México en el 2009. Realizaron un estudio sobre: “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE” con el objetivo de conocer la percepción de la calidad de vida del adulto mayor. La muestra estuvo conformada por 150 pacientes adscritos a la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. El instrumento fue el Cuestionario Breve de la Calidad de Vida, la técnica fue la encuesta. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 18.0, Se concluyó: que el 59,4 % no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, 88,8% consume ocasionalmente bebidas alcohólicas, 85,5% caminan, 77,7% caminan en estas dos últimas semanas durante más de 20 minutos, 26,5% consumen tres veces por semana fruta, 45,25% consume tres veces por semana, verduras.

A su vez Maldonado G .y Virginia S.(73),la Infante en México del 2009 realizaron un estudio sobre “Autopercepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores”, con el objetivo de conocer la calidad de vida auto percibida de los adultos mayores de Ciudad Victoria, Tamaulipas, México. La muestra estuvo conformada por 30 adultos mayores de 60 a 94 años de edad, siendo el muestreo por 10 conveniencia. El instrumento que se utilizó para valorar la variable Calidad de Vida fue el MGI Calidad de Vida construido y validado en Cuba. Los datos fueron procesados estadísticamente a través del programa estadístico Statistical Packagefor Social Sciences (SPSS) versión 11.0. Se concluyó: que el 58,31% no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, 86,8% consume ocasionalmente bebidas alcohólicas, 75,5% caminan, 73.4% caminan en estas dos últimas semanas durante más de 20 minutos, 39.5% consumen tres veces por semana fruta, 45,8% consume verduras.

Por otro lado los resultados difieren por los estudios encontrados por Garay S. y Avalos R. (74). En México en el año 2009 realizaron un estudio sobre “Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez” con el objetivo de aproximarse a los significados y percepciones que tienen los adultos mayores sobre esta etapa de su vida, sobre aspectos relacionados con su salud física y mental, pero también indagar el o los factores que podrían estar influyendo en dicha percepción. Los resultados encontrados nos revelan que existe una asociación muy cercana entre la percepción sobre la salud física y el estado mental de las personas adultas mayores. Se concluyó que el 52.1% fuma 2 cigarrillos semanales, 38.2% consume bebidas alcohólicas, 36.3% no realizan actividad física, 65.2% gimnasias en estas dos últimas semanas durante más de 20 minutos, 36.4% consumen no diariamente fruta, 51.5% no consume tres veces por semana cereales, verduras

Además otro estudio que difiere es Hervás A., Zabaleta G., Beldarrain, J. (75), en España del 2006, realizaron un estudio sobre “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2” con el objetivo de evaluar el impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en calidad de vida relacionada con la salud. Fue un estudio descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por mayor de 65 años de Navarra y población diabética española. La técnica utilizada fue la encuesta. Los datos fueron procesados estadísticamente mediante el programa SPSS. Se concluyó lo siguiente: que el 12.1% fuma diariamente, 28.2% consume bebidas alcohólicas, 16.3% no realizan actividad física, 55.2% gimnasias en estas dos últimas semanas durante más de 20 minutos, 36.4% consumen diariamente fruta, 50.5% consume tres veces por semana cereales, verduras

También difiere es por Marvin E; Ardón C. (76), en el Salvador en el año 2006, realizaron un estudio sobre "Factores sociales y culturales que influyen en el autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus que asiste a la consulta externa especializada del Hospital Nacional Doctor Luis Edmundo Vásquez del departamento de Chalatenango en el período de noviembre 2005 a enero 2006" con. La muestra estuvo conformada por 65 adultos mayores que asistieron a consulta externa especializada. Se concluyó lo siguiente: el 28.5% fuma 2 cigarrillos cada 3 semanas, 28.2% consume bebidas alcohólicas una vez a la semana, 46.3% no realizan actividad física, 65.2% gimnasia en estas dos últimas semanas durante más de 20 minutos, 36.4% consumen diariamente fruta, 66% consume todas las semanas cereales, verduras

El estilo de vida, hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud, definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida (77).

Cuevas A, Vela O. Carrada B. (78), en su investigación titulada Identificación de factores de riesgo en familiares de enfermos diabéticos tipo 2, encontraron que quienes consumen tres bebidas alcohólicas diarias tienen un riesgo de 33% a 56% menos de padecer diabetes (consumo moderado), sin embargo, quienes consumen más de tres bebidas al día tienen 43% más riesgo de enfermarse de diabetes, probablemente debido a la mayor ingesta calórica que propicia obesidad.

En la investigación tenemos como resultados que los adultos mayores consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, no es alarmante pero si llama la atención pues los adultos mayores por su condición no están aptos para consumir este tipo de bebidas, las cuales dañan su salud y las deterioran más aun ya que sufren diabetes.

José N.(79) refiere que el alcohol puede actuar de manera diferente en las personas mayores que en las personas más jóvenes. Algunas de las personas mayores pueden alcanzar un estado de euforia, sin aumentar la cantidad de alcohol que toman. Ese estado de euforia puede aumentar la probabilidad de que tengan accidentes, inclusive caídas y fracturas y accidentes de automóvil, así también el que haya consumo de alcohol en adultos mayores, les condiciona a que la enfermedad avance y la persona se vaya degenerando poco a poco y que su tiempo de vida sea menor de la esperada

De acuerdo con la investigación realizada, 69.1% no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual y pues ello es un factor de riesgo para los adultos mayores a que contraigan enfermedades crónicas degenerativas, o tal vez que aquellas enfermedades que ya han tenido broten y su salud se deteriore más rápido.

Andrea k. (80), refiere que por las características inherentes al propio envejecimiento (cambios fisiológicos, comorbilidad, fragilidad) presenta un mayor riesgo de enfermar por el tabaco. De la mortalidad atribuible al tabaco, tres cuartas partes son debidas a cuatro enfermedades: cáncer de pulmón, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, comúnmente llamada bronquitis crónica), cardiopatía isquémica y enfermedad cardiovascular. Dejar de fumar a cualquier edad produce beneficios muy significativos en la salud, pero entre los ancianos la mejora de la calidad de vida es especialmente significativa

Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social (81).

En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefiero llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales - espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano (81).

Dentro de la investigación los adultos mayores con diabetes, resultaron que ellos consumen alimentos poco balanceados por falta de recursos económicos, estando ellos enfermos y requiriendo de una dieta estricta para mejorar el estado de salud que padecen. Las personas mayores con diabetes requieren un 30 % menos de calorías que las personas que realizan ejercicios constantes o que siguen una rutina de trabajo diaria. Es importante tener en cuenta que las personas mayores que tienen la enfermedad deben consumir más proteínas que los diabéticos jóvenes, porque si sufren alguna herida esta tardará más tiempo en sanar.

Los adultos mayores en la investigación realizada en Villa España consumen alimentos como frutas, verduras, legumbres, así como también embutidos y lácteos una vez por semana, lo que es un condicionante bueno o malo para su salud, al menos en los adultos mayores que padecen de diabetes e hipertensión. Así la alimentación es un elemento importante en la buena salud, influye la calidad de los alimentos, la cantidad de comida y los hábitos alimentarios para un bienestar del ser humano. Así mencionan que la modificación de los factores de riesgo y la adopción de comportamientos favorables a la salud, como el ejercicio y las dietas saludables, describen también que anteriormente existía también la

idea de que las personas adquirirían algunos hábitos nocivos por el mero hecho de llegar a la vejez (82)

Se relaciona la Actividad Física: es la clave para un envejecimiento saludable. Es más, las personas mayores que son activas físicamente tienen una menor probabilidad de desarrollar problemas como obesidad, presión arterial elevada, osteoporosis, diabetes, depresión, cáncer de colon. Mejora el estado de ánimo y ayuda a reducir el estrés. Aumenta el grado de energía y mejora la productividad de la persona. Ayuda a lograr y mantener un peso adecuado de una persona. Da mayor flexibilidad y mejora la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. En las personas con Diabetes logran manejar más adecuadamente la glucosa y complementa el tratamiento médico.(83)

El tipo de actividad física que se debe realizar depende de la persona, pero en general el desarrollar una actividad como caminar, bailar, nadar, desarrollar actividades en la casa como jardinería o de limpieza del hogar, o actividades como el Tai Chi por 30 minutos y al menos cinco días a la semana se logra obtener todos los beneficios arriba señalados. Y si una persona no puede dedicar 20 minutos de manera continua a una actividad física, se puede dividir esta en tres momentos de 10 minutos cada una, logrando el mismo efecto beneficioso (84).

En los adultos mayores de investigación realizada solo realizar caminata porque su estado físico no lo permitían porque comentaban que los trabajos mismo que tenían cuando eran jóvenes habían deteriorado mucho su estado físico .

Gisela L.(85) refiere que es importante que la persona que padece diabetes realice actividad física porque: Mejora la eficiencia de la insulina, disminuye la glicemia, ya que, mientras se hace ejercicio, los músculos consumen más glucosa, combate el exceso de peso y la obesidad, reduce el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca, reduce el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular.

Yanes M, Cruz J, Yanes AM, Calderín R, Pardías L, Vázquez G (86), en su estudio titulado Diabetes mellitus en el anciano, un problema frecuente, encontraron que la prevalencia de la diabetes mellitus aumenta ostensiblemente con la edad, por lo que es una enfermedad frecuente en los ancianos. A los 75 años, aproximadamente el 20 % de la población la padece y el 44 % de los diabéticos tiene más de 65 años, así también encuentran que aquellas actividades diarias que realizan son caminatas o algunos deportes, pues son conscientes de su importancia en su vida. Por otro lado, la mayoría de los adultos mayores practican actividades físicas como: deporte y ejercicios ellos más realizan caminatas, algunas personas realizan deportes, lo que condiciona a que tengan un buen estilo de vida, tenga más físico, mejoren y haya reducción de riesgos cardiovasculares en esta población.

Se concluye que según la dimensión dependiente de los pacientes diabéticos se obtuvo que tanto mujeres y hombres en su mayoría consideran tener una regular calidad de vida, es decir, el sexo del paciente no necesariamente determina la percepción que tienen el paciente de su calidad de vida. La población estudiada dentro de los comportamientos saludables más importantes de los adultos mayores que asisten al Hospital Jerusalén se destacan: la alimentación sana que consumen, las actividades que realizan diariamente evitando así el sedentarismo, el buen descanso y sueño, las buenas relaciones Interpersonales con los demás y con sus familiares, el evitar los hábitos nocivos como cigarrillos y alcohol y el buen estado emocional. Entre los estilos de vida no saludables se tienen: Por lo tanto los hallazgos en la presente investigación evidencian que la mayoría de los adultos mayores que asisten al hospital Jerusalén presentan un estilo de vida saludable

Porque lo cual es beneficioso para su salud, porque la etapa adulta mayor, es un proceso continuo, irreversible e inevitable y el más vulnerable por los diferentes cambios que se presentan, es por ello que tener un estilo de vida saludable ayudará de barrera protectora para poder evitar las complicaciones propia de su

enfermedad que es la diabetes, donde el personal de salud deberá intervenir en forma preventiva promocional, promoviendo estilos de vida saludables y fortaleciendo conductas promotoras de salud. Sin embargo se observa que existe un porcentaje mínimo considerable de adultos mayores que presentan estilo de vida no saludable, lo cual es una situación preocupante.

En la tabla N° 04

Sobre redes sociales y comunitarias, el 100% se atendieron los 12 últimos meses en un servicio de salud, el 55.5% de la población se atendió en el hospital, el 74.5% el lugar que fue atendida está cerca de su casa, el 57.3% la espera de atención es larga, el 90.1% tiene SIS y el 77.7% de la población refiere que ha recibido una atención buena, el 76.4% refiere que si hay pandillaje cerca de su casa.

Los resultados de la presente investigación se encontraron estudios similares como Salinas A, Manrique B, Téllez M (87), en su estudio titulado Redes de apoyo social a la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades, encontraron el 98.2% se atendieron los 12 últimos meses en un servicio de salud, el 51.5% de la población se atendió en el hospital, el 70.4% el lugar que fue atendida cerca de su casa, el 52% la espera de atención es larga, el 84.2% tiene SIS y el 70% de la población refiere que ha recibido una atención buena, el 65.% refiere que si hay pandillaje cerca de su casa.

Así mismo Solís R, Sánchez S, Carrión M, Samatelo E, Rodríguez R, et al. (88), quienes estudiaron sobre la Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú-2009. Se entrevistó a 4355 pobladores el 90,1% se atendieron los 12 últimos meses en un servicio de salud, el 45,8% de la población se atendió en el hospital

, el 69% viven cerca de un hospital , el 49% es larga la espera de atención , el 8.2% tiene SIS y el 70% de la población refiere que ha recibido una atención e buena , el 65.% refiere aumento de pandillaje en su comunidad.

Por otro lado, los resultados, difieren a los encontrados por Joel. M. (89), en el 2013. Distribución porcentual sobre los determinantes de redes sociales y comunitarias de los adultos del caserío de Chua bajo sector S Huaraz., el 71.3% (82) fueron atendidos en los 12 últimos meses en un servicio de salud, 37.5% (60) refieren que la distancia donde fueron atendidos es buena, 55.6% (153) tienen como tipo de seguro el SIS MINSA,31.8%(51) refieren que el tiempo que esperaron para que les atienden e regular.47.5% (76) refieren que la calidad de atención que recibieron es regular 77.5% (124), refieren que no hay pandillaje o delincuencia cerca a su casa

Asimismo Huiza G. (90), quien estudió Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el Hospital de la Base Naval del Callao-2006. La muestra estuvo compuesta por 260 usuarios externos. En relación a los resultados, encontramos que la satisfacción del usuario externo fue del 76.15 %, medianamente satisfechos el 16.92 % e insatisfechos el 6.92 %. Los elementos que tuvieron valores porcentuales muy bajos de satisfacción fueron: el tiempo de espera (41.15 %) y la provisión en Farmacia de todos los medicamentos recetados por el médico tratante (47.31%). Las conclusiones de este estudio muestran que el usuario externo estuvo satisfecho con la calidad de atención de salud de la consulta externa ya que el intervalo de confianza del valor porcentual es de 76.15%.

Servicio de salud: es uno de los sectores fundamentales de la sociedad y la economía. La OIT apoya los principios fundamentales del ser humano a la salud y la seguridad social. Las condiciones de trabajo decente para el personal sanitario son esenciales para prestar servicios de salud y para garantizar que todos los miembros de la sociedad tengan acceso a la protección social de la salud (91).

En la investigación realizada en los adultos mayores la mayoría tiene acceso al servicio de seguro integral de salud , porque para estar inscritos en el servicio tienen que estar inscritos en el SIS , refería además que la calidad de atención es buena y en algunas oportunidades lo hacen mala por el mismo humor de las enfermeras , y referían además que el hospital a regular distancia de su hogar eso es importante medir la distancia porque al momento de alguna complicación de la enfermedad el tiempo vale mucho , porque podemos minimizar el riesgo que las complicaciones se empeoren el caso de una coma diabética .

Collao, C. y Rodrigo, D. (92), refiere que para mantener una buena calidad de vida, debe estar incluida la salud, el ocio, las relaciones sociales, las habilidades funcionales y la satisfacción de necesidades, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente, factores culturales y apoyo social.

La incapacidad para prestar servicios de salud ha tenido grandes efectos en la salud individual y colectiva, la pobreza, la generación de ingresos, la productividad en el mercado de trabajo, el crecimiento económico y el desarrollo. Si bien la carga de la enfermedad y la demanda de servicios de salud varían en cada comunidad, la asequibilidad de los servicios de salud constituye un reto en la mayoría de los países. Por lo tanto, muchos gobiernos han considerado o

emprendido reformas de gran alcance de sus sistemas de salud, remodelando el entorno laboral para el personal sanitario (93).

Además de promover la protección social de la salud para todos los trabajadores, la OIT apoya unas mejores condiciones de trabajo para el personal sanitario mediante normas de trabajo sectoriales y el diálogo social. La escasez de personal sanitario debidamente formado coincide con la mayor esperanza de vida, la mayor utilización de tecnología médica especializada y el aumento de enfermedades nuevas y resistentes a los medicamentos (93).

Instituciones de salud: son un conjunto de instituciones cuyo ámbito de acción comprende todo el territorio nacional y tienen como objetivo principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad. En estas tres áreas los Institutos han destacado y han marcado la pauta de la atención a la salud, de la producción científica y de la calidad académica (94).

Espera en la atención, es un indicador importante de la eficiencia del servicio médico, tiene una variación relacionada con, las características del servicio de la unidad médica, del paciente y los médicos. Los trasposos entre los diferentes niveles del sistema pueden generar tiempos de espera, muchos de los cuales son necesarios y útiles en el proceso de atención ya que todos los sistemas de salud deben administrar eficientemente recursos escasos (95).

Considerando que detrás de cada atención de salud hay personas con necesidades reales, surge como materia del mayor interés poder determinar políticas y medidas permitan administrar con eficiencia este tema. Al parecer todas las líneas de trabajo apuntan a priorizar, establecer metas de cumplimiento y darle a los

pacientes alternativas de solución expeditas, con la participación de prestadores públicos y privados en competencia (96).

Se define la aceptación de cierto nivel de tiempos de espera como algo inherente al diseño del sistema, se hace crítico poder determinar cuando éste está funcionando con tiempos de espera excesivos, considerando tal plazo como aquel que genera un impacto negativo en la condición de salud del “paciente”, puede afectar sus años de vida saludable futuros o encarecer económicamente la solución de salud. Optimizar la definición de estas políticas a nivel general ha sido materia de estudios de alto interés de los países a nivel general (97).

Calidad de atención: la Calidad de Atención en Salud no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud. Cada uno de ellos paciente, prestador, asegurador o entidad rectora- tiene una percepción diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora (98).

Para el paciente, por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad. Por el contrario, la idoneidad del prestador y el nivel de actualización de la tecnología empleada durante su atención, son aspectos que no puede evaluar y que, por eso mismo, da por hechos (98).

Pandilla es una agrupación de adolescentes y jóvenes que se enfrentan a problemas comunes y comparten los mismos intereses. Estos grupos demuestran violencia, robo, inseguridad ciudadana. Esta pandilla proviene de hogares en crisis o destruidos ,de padres separados y también por falta de

comunicación tanto padres e hijos, también tienen carencia afectiva dentro del hogar, por lo cual se identifican con las pandillas, en las que encuentran amistad, el respeto y el trato igualatorio, participación y apoyo y una mala formación en valores y habilidades(99).

Según los resultados obtenidos sobre los determinantes de redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud, del adulto mayor. Es importante recalcar que la falta de información, la falta de disponibilidad de servicios de salud, los largos tiempos de espera para consulta o pruebas diagnósticas, pueden llevar a que los adultos mayores no acudan a las citas porque la espera los aburre y además que tienen otras cosas que hacer en caso de las mujeres ayudar a los quehaceres del hogar y postergar la búsqueda de atención, perjudicando su salud. También las diferencias en los precios relativos por la calidad y el tipo buscando la rapidez de su atención que la accesibilidad a la atención de la salud, se relacionan con el diagnóstico, tratamiento y mantenimiento de la salud.

La mayoría de los la población encuestadas tiene SIS esto se debe probablemente que es el único hospital que se encuentra en el distrito a parte de ESSALUD que funciona en la atención del adulto mayor que presenta el programa de Daños No Trasmisibles , todos esperanzinos que no presentan seguro social están aptos para obtener el seguro integral de salud (SIS)

se concluye actualmente en el distrito de la esperanza cuentan 2 hospitales de Es salud y de alta complejidad y el hospital Jerusalén que es la micro red de la esperanza que está a cargo de 3 establecimiento de salud , por los cual los adultos mayores refiere que el personal de salud no son muy amables , que se enojan y no le dan prioridad , atrasan sus citas y desean de todo corazón que la calidad de atención del Hospital mejore , esto se debe que no hay suficiente personal para poder atender a la mayoría de la población en estadísticas existe una enfermera por 20 pacientes que acuden al establecimiento esto hace que sea déficit en la calidad de atención , nos comentan que la mayoría vive a 30

minutos de los hospital y por la misa edad le dificultad venir más temprano ya que algunos no tienen familiares que pueden sacar citas

Es importante hacer recalcar a las autoridades competentes la importancia de una infraestructura y una calidad de atención y es por eso que debemos reclamar recursos humanos.

Es importante que quien padece de Diabetes Mellitus se acostumbre a vivir con su enfermedad y se informe bien sobre ella, esto le ayudará a crear conciencia del rol activo que deben cumplir en su tratamiento, y de que la forma de sobrellevar mejor su enfermedad depende de cómo ellos conciban su responsabilidad en la adherencia al tratamiento. El proceso de envejecimiento trae consigo diversos cambios, que pueden ser físicos, psicológicos y sociales. Estos en su conjunto caracterizarán el perfil del adulto mayor e influirán en la satisfacción de sus necesidades más aún si padece de una enfermedad crónica, como la diabetes.

La diabetes mellitus representa un grave problema de salud pública, alrededor del 7% de la población peruana sufre de diabetes siendo una de las enfermedades más comunes de nuestros tiempos, producida principalmente por los malos hábitos alimenticios adoptados por la población Debido a las repercusiones personales, económicas y sanitarias que genera, y a las propias complicaciones degenerativas asociadas, es responsable de un alto porcentaje de muertes en nuestro país. Esta enfermedad no se puede curar, pero sí controlar y reducir las complicaciones degenerativas a largo plazo. Según la Fundación Española de diabetes, los varones se encuentran en mayor de sufrir trastornos metabólicos desde edades más precoces en comparación con las mujeres, los hombres tienen mayor riesgo.

El riesgo de desarrollar esa enfermedad crece entre las personas sedentarias, con sobrepeso, obesidad central, hipertensión arterial, glucosa plasmática en ayunas $\geq 100\text{mg/dl}$, hábitos alimentares inadecuados, edad avanzada y, además, con

histórico familiar de diabetes, considerado factor de riesgo no modificable en cambio de las mujeres son debido historia familiar con diabetes.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

1.-En los determinantes biosocioeconómicos, se determinó que un poco más de la mitad son de sexo masculino, grado de instrucción inicial y menos de la mitad tiene grado de instrucción inicial y primaria, no percibe un ingreso económico.

2.-En determinantes relacionados con el entorno relación al entorno: todos cuenta con agua intradomiciliaria, la mayoría tiene vivienda propia, gas para cocinar, energía eléctrica, recojo de basura con frecuencia material de piso cemento, más de la mitad tiene material de techo de concreto armado, material de paredes de cemento.

3.- En determinantes de estilos de vida, la mayoría realiza actividad física como caminar, no ha fumado nunca y ocasionalmente consume bebidas alcohólicas.

4. En los determinantes de redes sociales y comunitarias: todos han utilizado un servicio de salud en los últimos 12 meses, la mayoría cuenta con SIS, regular distancia de su casa, la espera de atención es largo y presenta pandillaje.

5.2 Recomendaciones

- El equipo de salud debe valorar los resultados obtenidos en el estudio, para plantear propuestas de atención al paciente diabético que permitan favorecer la adherencia al tratamiento.
- Debe proporcionarse atención coordinada con todo el equipo de salud para favorecer la adherencia al tratamiento y lograr las metas establecidas.
- El profesional de Enfermería considerada líder en la educación diabetológica, debe tener una participación más activa dentro del programa, a fin de integrar al paciente y familia a cumplir con la meta propuestas.
- Implementar talleres que promuevan la participación del paciente diabético y que permitan fortalecer y promover el desarrollo de su rol individual. Así como capacitaciones respecto a habilidades sociales y mecanismos de adaptación del paciente frente a las complicaciones en los aspectos físicos, psicológicos y sociales.
- Realizar estudios de tipo cualitativo respecto al tema a fin de obtener testimonios acerca de la Percepción de los pacientes con Diabetes Mellitus sobre su propia Calidad de Vida.
- Durante la formación académica de Enfermería se debe enfatizar desde los primeros años de vida universitaria el estudio de la investigación que fomentará el pensamiento reflexivo y crítico del estudiante.
- Continuar realizando investigaciones orientadas a la identificación de las causas de la ausencia o déficit de la Calidad de Vida del paciente con

Diabetes y de pacientes en general, con la finalidad de solucionar esos problemas y mejorar el cuidado que se brinda en la institución de salud.

- Utilizar poblaciones de estudio más amplias y optar por conocer una percepción global del usuario, realizando el estudio en diferentes servicios de la Institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. [Serie Internet] [Citado el 2013 Abril 26]. Disponible desde el URL: http://www.who.int/social_determinants/es/
2. Maya L. “Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida”. Colombia: 2006. [Serie Internet] [Citado el 2011 setiembre 18]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf
3. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev. Cubana. Salud Pública. 2004; 30 (3): 13-16.
4. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
5. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
6. Secretaria T. Commission Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.

7. Tarlov A, Social determinants of Health: the sociobiological transition, BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.
8. LipLicham, C; Rocabado, F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.
9. Gonzalo Valdivia Cabrera. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile; 1994; 23:18-22´.
10. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. PublicHealth 11(5/6); 2002. p.302.
11. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; 1998.L
12. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades de una generación Lugar, editorial; 2008.
13. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
14. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
15. Municipalidad de Esperanza .Trujillo - La Libertad. Enero; 2013. [Monografía de Internet]. Esperanza Disponible en: http://ofi.mef.gob.pe/appFD/Hoja/VisorDocs.aspx?file_name=3029_OPIMDLLES_P_201325_162949.pdf

16. . ASIS –MICRORED ESPERANZA 2011. ASIS 2012. Julio, 2012. [Monografía de Internet]. Laredo. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/35576504/Asis-esperanz-2008>

17. Gonçalves M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre... Año 8. Número 22. Artículo original; 2006.

18. Tovar L, García G. La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida. Lugar 2003. Nro. 027. 2004.

19. Rodríguez M: Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.

20. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. 2008. Universidad Nacional del Santa. Chimbote, Artículo científico. En que revista se ha publicado el artículo

21. Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial

22. Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud.OPS.: Washington; 2009

23. Dalhigren, G. Whitehead, M..Levelling up (Part 2) a discussionpaperonEuropeanstrategiesfortacklingsoci al inequities in health. Studieson social and economicdeterminants of populationhealth No. 3. OMS Regional Office forEurope. University of Liverpool: Denmark; 2006.

24. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
25. Dalhigren, G. Whitehead, M..Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2000
26. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189. 27
27. Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial
28. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
29. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed. Mexico: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
30. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
31. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL: <http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
32. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004

33. Tarlov A, Social determinants of Health: the sociobiological transition, BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93
34. Eustat. Base de datos online. Nivel de instrucción. [Portal de internet]. 2004. [Citado 2010 Set. 5]. [alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: http://www.eustat.es/documentos/idioma_c/opt_0/tema_303/elem_2376/definicion.html
35. Organización Internacional del trabajo. Wikipedia. salario. [Artículo en internet]. 2010 [Citado 2011 Set 09.]. Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Salario>
36. Definición. Definición de ocupación. [Página de internet]. 2008. [Citado 2010 Set 09]. Disponible en: <http://definicion.de/ocupacion/>
37. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. Mexico. 2011. Disponible en URL: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf
38. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001
39. Martínez M. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. [Página de Internet]. Madrid. 1997. Disponible
40. Carrión E. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. [Página de Internet]. Gandía. 2010. Disponible en

<http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>

41. Voltimum. Acceso a los servicios de salud 2013. Disponible en <http://www.voltimum.es/page.jsp?id=/content/landing/servicios-salud>.
42. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
43. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm
44. Gutiérrez, M. Factores Determinantes de la salud del programa con acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de la Diabetes Mayo - Diciembre. [Monografía en internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marco 2006. [Citado 2013 Ago. 18].
Disponible en <http://cybertesis.usmp.edu.pe/handle/usmp/409/simplesearch?query=determinates+de+la+salud>
45. Mendez L. Incidencia del pie diabético. Factores Determinantes de la salud del programa con acciones de prevención Enero - Diciembre. [Monografía en internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marco 2006. [Citado 2013 Ago. 18].
Disponible en <http://cybertesis.usmp.edu.pe/handle/usmp/409/simplesearch?query=determinates+de+la+salud>

46. Vega L., Aguntin R. y Parodi J. Factores de Riesgo diabetes en el Perú, Estudio Tornasol. 6^{ta}.ed. Peru 2006.
47. Junco, C. Conocimientos sobre el cáncer de páncreas y sus medidas preventivas en una población de adultos jóvenes .4^{ta}.ed. Peru. 2011.
48. Quiroz C. (“Calidad de vida en pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 en el Instituto Especializado de Salud del Niño. .5^{ta}.ed. Peru. 2003
49. López J. y Colb. “Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. México. 2006”.; (201, 207)
50. Sexo [página de Internet] España definición de edad adulta 2008 [actualizado 26 de abril 2014, Citado el 19 agosto 15]. Disponible desde el URL: <http://www.sexo.chat/pub/?id=aec&n=765&m=m&lang=es>
51. Fundación española de diabetes [página de Internet] España definición de edad adulta 2008 [actualizado 26 de abril 2014, Citado el 2 setiembre 15]. Disponible desde el URL: <http://www.fundacion española de diabetes .chat/pub/?id=aec&n=765&m=m&lang=es>
52. Edad adulta mayor [página de Internet] España definición de edad adulta 2008 [actualizado 26 de abril 2014, Citado el 2014 Abril 26]. Disponible desde el URL: <http://www. Edad .chat/pub/?id=aec&n=765&m=m&lang=es>
53. Ignacio L : Grado de instrucción asegura el desarrollo integral y capacita al individuo para el trabajo incentivando su participación activa en el proceso, así como responsabiliza en el cuidado de su salud, familia y comunidad .12^{ava}.ed. Argentina. 1999

54. Varela L : Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional quien encontró que hay relación entre la condición de analfabeto y el deterioro cognitivo .10^{ma}.ed. Panamá. 2003.
55. Desigualdad por edad [página de Internet] Lima desigualdad por edad 2008 [actualizado 26 de abril 2014, Citado el 2014 Abril 26]. Disponible :<http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=765&m=m&lang=e>
56. Gendreau M. afirmar que “no hay calidad de vida cuando el nivel de ingresos de familia es mínimo y cuando hay exclusión entre los individuos MedClin1998; 109 (16): 62-63
57. Pérez O. el bienestar económico de las personas mayores “necesariamente nos lleva más allá del análisis de la posición económica relativa de los individuos ancianos MedClin1998; 109 (16): 62-63
58. Ocupación Perú [página de Internet] Trujillo definición de grado de instrucción 2008 [actualizado 16 de abril 2014, Citado el 2014 Abril 16]. Disponible en :<http://es.netlog.com/marcocastrop/blog/blogid=3329482>
59. Sen,M. MedClin Calidad de Vida implica una libertad para llevar diferentes tipos de vida. La vida tiene que ver con sus propios componentes o aspectos fundamentales de la existencia humana 2002; 109 (16): 62-63
60. Condición de actividad Perú [página de Internet] Trujillo definición de grado de instrucción 2008 [actualizado 16 de abril 2014 ,Citado el 2014 Abril 16]. Disponible en. Disponible

[:http://www.ine.gub.uy/biblioteca/metodologias/ech/Condici%F3n%20De%20Actividad.pdf](http://www.ine.gub.uy/biblioteca/metodologias/ech/Condici%F3n%20De%20Actividad.pdf)

61. Villalobos A. y col. “Características psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II- Versión III (EATDM-III)”. Costa Rica 2006;
62. Correa J. Autoconcepto de la diabetes mellitus que asisten a la clínica .Artículo especial de la Unidad de Gastroenterología. Hospital de la Santa Creu. España.2008
63. Molina J. Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 [Monografía en internet].1998. [Citado2013Ago.20]. [121páginas]. DisponibleenURL:<http://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/article-145083.html>
64. Gomeza .J,Aura R. ,Figeroa D, Rivas D “Aplicación y evaluación de un programa de adaptación diabetologica ambulatoria y determinantes relacionado con la vivienda 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. colombia. 2006”; (201, 207)
65. Vivienda Perú [página de Internet] Trujillo definición vivienda 2008 [actualizado 16 de abril 2014, Citado el 2014 Abril 16]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/vivienda.php#ixzz32t7r7T7U>
66. Condición de vivienda [página de Internet] Trujillo condición de vivienda 2008 [actualizado 16 de abril 2014, Citado el 2014 Abril 16]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/vivienda.php#ixzz32t7r7T7U>

67. Aguelo V. condiciones de una vivienda saludable, se consideran como indicadores que reflejan las condiciones sociales y de salud del habitante Medson2002; 109 (16): 16-18
68. Construcción de vivienda [página de Internet] lima construcción de vivienda 2008 [actualizado 16 de abril 2014, Citado el 2014 Abril 16]. Disponible en:

<http://www.edificacion/vivienda.php>.
69. Censo Nacional De Población Y Vivienda Ceba. Ministerio de Economía. Secretaría de Programación Económica "Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas. Buenos Aires. 2000.
70. Jesenia V Y Finkelman N. (2012). El problema de la vivienda en la vejez en Cataluña. Architecture, City an Enveronment, 1(1), 80-101
71. Vera M “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Centro de Salud Clas Laura Caller Ibérico”. Tesis (Doctorado en Enfermería) UNMSM. Perú - Lima. p. 112
72. Pérez B, Terán M., Moreno F., Bazán M.. “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE México 2009”
73. Maldonado G, Y Virginia S. “Autopercepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores México 2009” Tesis (Doctorado en Enfermería) UNM.MEXICO. p. 112
74. Garay V. Y Avalos P.. “Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez México 2009” Tesis (Doctorado en Enfermería) UNNMX.MEXICO.
75. Hervás, A. Zabaleta, G. De Miguel, O. Beldarrain, J. Díezen. “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 España 2006”

76. Marvin E.; Ardón G.. "Factores sociales y culturales que influyen en el autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus que asiste a la consulta externa especializada del Hospital Nacional Doctor Luis Edmundo Vásquez del departamento de Chalatenango en el período 2005 a 2006" 93
77. Estilo de vida [página de Internet] Trujillo estilo de vida 2008 [actualizado 16 de abril 2014, Citado el 2014 Abril 16]. Disponible en:
Desde el URL: /<http://portal.salud.gob.mx/contenidos/institutos/institutos>.
78. Cuevas A, Vela O. Carrada B. Identificación de factores de riesgo en familiares de enfermos diabéticos tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006; 44(4):313-320.
79. José N, el alcohol puede actuar de manera diferente en las personas mayores que en las personas más jóvenes. Algunas de las personas mayores pueden alcanzar un estado de euforia, sin aumentar la cantidad de alcohol que toman Med Inst Mex Seguro Soc. 2006; 44(4):213-230.
80. Andrea k. características inherentes al propio envejecimiento (cambios fisiológicos, comorbilidad, fragilidad, Medson2002; 109 (16): 16-18.
81. Estilo de vida [página de Internet] estilo de vida [actualizado 16 de abril 2014, Citado el 2014 Abril 16]. Disponible en:
Desde el URL: /[http://portal.salud.gob.mx/estilo de vida](http://portal.salud.gob.mx/estilo_de_vida)
82. Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Ginebra: Serie de informes técnicos; 2003.Pag. 49. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf

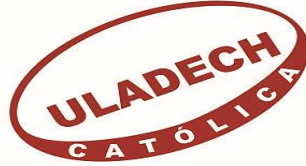
83. Actividad física [página de Internet] Lima definición de actividad física 2008 [actualizado 26 de abril 2014, Citado el 2014 Abril 26]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=765&m=m&lang=e>
84. Tipo Actividad física [página de Internet] huaraz actividad física [actualizado 16 de abril 2014, Citado el 2014 Abril 16]. Disponible en:
Desde el URL: [/http://portal.salud.gob.mx/contenidos/institutos/instituto](http://portal.salud.gob.mx/contenidos/institutos/instituto)
85. Gisela L. Factores Biosocioculturales y autocuidado en el adulto mayor diabético del Hospital III – Es salud. Chimbote. (tesis licenciada en enfermería). Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2007.
86. Yanes M, Cruz J, Yanes AM, Calderín R, Pardías L, Vázquez G. Diabetes mellitus en el anciano, un problema frecuente. Rev Cubana de Med Gen Integr [serie en Internet]. 2009 [citado 2008]; 25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200011&lng=
87. Salinas A, Manrique B, Téllez M. Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en ancianos que sufren la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2004 [citado 2008]; 20: 5-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500005&lng=es
88. Solís R, Sánchez S, Carrión M, Samatelo E, Rodríguez R, sobre la Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú- 2009.
89. Joel, M. distribución porcentual sobre los determinantes de redes sociales y

comunitarias de los adultos del caserío de Chua bajo sector S Huaraz. [tesis para optar en título de clic de enfermería].2010 Chimbote. universidad católica los ángeles de Chimbote

90. Huiza G. Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el Hospital de la Base Naval de los adultos del caserío de Chua bajo sector S Huaraz. [tesis para optar en título de clic de enfermería].2010 Chimbote. universidad católica los ángeles de Chimbote
91. Servicio de salud Perú [página de Internet] Trujillo servicio de salud ,2008 [actualizado 16 de abril 2014, Citado el 2014 Abril 16]. Disponible en:URL /global/industries-and-sectors/health-services/lang--es/index.htm.
92. Collao C. y Rodrigo D.(mantener una buena calidad de vida AUDI CLAN 2007; 109 (16): 632-634.
93. Incapacidad de prestación de salud [página de Internet] prestación de salud 2010[actualizado 16 de abril 2014 ,Citado el 2014 Abril 16]. Disponible en: desde el URL[http://portal.salud.gob.mx/incapacidad de salud .html](http://portal.salud.gob.mx/incapacidad%20de%20salud.html)
94. Institución de salud Perú [página de Internet] Trujillo institución de salud 2008 [Actualizado 16 de abril 2014, Citado el 2014 Abril 16]. Disponible en: desde el URL /<http://portal.salud.gob.mx/contenidos/institutos/institutos.html>
95. Espera en la atención [Portal de Internet] [Citado el 2014 Abril 26]. Disponible desde el URL / <http://juarez.academiajournals.com/downloads/Juarez05-685-773.pdf>
96. Atención de necesidad [Portal de Internet] [Citado el 2014 Abril 26]. Disponible desde el URL [http://juarez.academiajournals.com/downloads.atencion de necesidad](http://juarez.academiajournals.com/downloads.atencion%20de%20necesidad)

97. Aceptación de cierto Tiempo de espera [Portal de Internet] [Citado el 2014 Abril 26]. Disponible desde el URL
[http://juarez.academiajournals.com/downloads.atencion de necesidad](http://juarez.academiajournals.com/downloads.atencion%20de%20necesidad)
98. Calidad de atención Perú [página de Internet] Trujillo definición calidad de atención 2008 [actualizado 16 de abril 2014 ,Citado el 2014 Abril 16].
Disponible en:<http://www.cgh.org.co/temas/calidadensalud.php>
99. Pandillaje Perú [página de Internet] Trujillo definición de Pandillaje 2008 [actualizado 16 de abril 2014 ,Citado el 2014 Abril 16]. Disponible en :
<http://blog.pucp.edu.pe/item/5988/el-pandillaje-no-es-solo-un-problema-social-juana-martel-simbalo-sociologa>

ANEXO N° 1



UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA
PERSONA ADULTA DEL PERÚ**

Elaborado por Vélchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

1.1.1. Grado de instrucción:

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

1.1.2. Ingreso económico

- 2. No tiene ingreso ()
- 3. Menor de 750 ()
- 4. De 751 a 1000 ()
- 5. De 1001 a 1400 ()
- 6. De 1401 a 1800 ()
- 7. De 1801 a más ()

3. Ocupación:

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

- Estudiante ()
- No trabaja ()

4. Vivienda

4.1. Tipo:

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

4.2. Tenencia:

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

4.3. Material del piso:

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

4.4. Material del techo:

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

4.5. Material de las paredes:

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

4.6. Cuantas personas duermen en una habitación.

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

5. Abastecimiento de agua:

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

6. Eliminación de excretas:

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

7. Combustible para cocinar:

- Gas, electricidad ()
- Leña, carbón ()
- Bosta ()
- Tuza (corona de maíz) ()
- Carca de vaca ()

8. Energía Eléctrica:

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

9. Disposición de la basura:

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

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

12. ¿Actualmente fuma?

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

13. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

14. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

- 6 a 7 horas ()
- 8 a 9 horas ()
- 10 a 12 horas ()

15. ¿Con que frecuencia se baña?

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

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

- Si ()
- No ()

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

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

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

- Caminar ()

- Gimnasia suave ()
- Juegos con poco esfuerzo ()
- Correr ()
- Deporte ()
- Ninguna ()

19. DIETA:

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

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

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

20. Recibe algún apoyo social natural:

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

21. Recibe algún apoyo social Organizado:

- Organizaciones de ayuda al enfermo ()
- Seguridad social ()
- Empresa para la que trabaja ()
- Instituciones de acogida ()
- Organizaciones de voluntariado ()

- No recibo ()

22. ¿ En qué institución de salud se atendió en estos 12 últimos meses:

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

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

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

24. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

25. El tiempo que espero para que lo (la) atendieran ¿le pareció?

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

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

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

27. ¿Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

- Si ()
- No ()

Muchas gracias, por su colaboración

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

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

Tabla

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

Nº	V de Aiken	Nº	V de Aiken
1	1,000	14	1,000
2	1,000	15	1,000
3	1,000	16	1,000
4	1,000	17	1,000
5	0,944	18	1,000
6.1	1,000	19	1,000
6.2	1,000	20	1,000
6.3	1,000	21	1,000
6.4	1,000	22	1,000
6.5	1,000	23	1,000
6.6	1,000	24	1,000
7	1,000	25	1,000
8	1,000	26	1,000
9	1,000	27	1,000
10	1,000	28	1,000
11	1,000	29	1,000
12	1,000	30	1,000
13	1,000		
Coefficiente V de Aiken total		0,998	

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta en las regiones del Perú.

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

ANEXO N° 2



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

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

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

ANEXO N° 3



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO: _____

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE _____ :

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P4								
Comentario:								
P5								
Comentario:								
P6								
Comentario:								
P6.1								
Comentario:								

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

Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
4 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									
P15									

Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentarios									
P18									
Comentario									
P19									
Comentario									
P20									
Comentario									
P21									
Comentario									
5 DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS									
P22									
Comentario:									
P23									

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

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

Gracias por su colaboración.



ANEXO N° 04

UNIVERSIDAD LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente es un estudio: DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL HOSPITAL JERUSALEN - LA ESPERANZA, determinará los determinantes sociales en las personas adultas del Perú por lo que se le solicita a Ud. Su participación en el presente proyecto de Investigación.

La participación es voluntaria, antes de tomar una decisión de su participación lea con atención lo siguiente:

- Se realizará una encuesta anónima con sus datos generales, para lo cual se le pide veracidad y seriedad al momento de responder las preguntas de la encuesta.
- Toda información obtenida en el presente estudio será confidencial y solo tendrá acceso a ella Ud. Y las investigadoras

Firma del Participante

Firma del Investigado