



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS
MAYORES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS. PUESTO DE
SALUD FLORIDA-CHIMBOTE, 2013**

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

AUTORA:

CYNTHIA LISSET SANTILLAN ORTIZ

ASESORA:

DRA. ENF. MARÍA ADRIANA VÍLCHEZ REYES

CHIMBOTE - PERÚ

2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. JULIA CANTALICIA AVELINO QUIROZ
PRESIDENTA

Mgtr. LEDA MARÍA GUILLEN SALAZAR
SECRETARIA

DRA. SONIA AVELINA GIRÓN LUCIANO
MIEMBRO

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado, iluminando mi mente para seguir adelante quién me ayuda a poder hacer realidad unos de mis grandes sueños; por ello, con toda humildad de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo de investigación a Dios.

A mis padres: Lenny y Martha que siempre están ahí, apoyándome incondicionalmente en la parte moral y económica; por sus palabras de aliento en el desarrollo como persona, como profesional, me enseñaron a ser perseverante y conseguir mis sueños.

A mis hermanos y a mí adorada hija Marthita por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

AGRADECIMIENTO

A Dios:

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

A mis docentes de mi querida
Universidad ULADECH por guiarnos
por el camino de la sabiduría y
compartir sus ideas y en especial a la
docente responsable del curso Dra. Enf.
Adriana Vílchez Reyes, por haber
confiado en mi persona brindado los
conocimientos y ser una guía para la
realización de mi informe de tesis.

A las personas adultas mayores del
P.S. La Florida - Chimbote, por su
comprensión y colaboración para el
desarrollo de la investigación.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla, tuvo como objetivo general describir los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de Salud Florida- Chimbote, 2013. La muestra estuvo constituida por 75 adultos mayores a quienes se les aplicó un instrumento: Cuestionario sobre los determinantes de la salud utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron ingresados en una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software PASW Statistics versión 18.0, para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos, concluyendo: En los determinantes biosocioeconómicos más de la mitad son de sexo femenino, la mayoría tiene grado de instrucción inicial/primaria, un ingreso económico de menos de 750 soles, una ocupación eventual. En relación con la vivienda la totalidad de los adultos mayores cuentan con viviendas propias, de material noble, con abastecimiento de agua, luz y desagüe, más de la mitad tiene vivienda unifamiliar. En los determinantes de los estilos de vida la mayoría ocasionalmente consumen bebidas alcohólicas, realizan actividad física como caminar, consumen frutas, verduras, lácteos 1 a 2 veces por semana. En los determinantes de redes sociales y comunitarias en su totalidad no reciben apoyo social organizado, la mayoría tienen SIS – MINSA, refirieron que existe pandillaje.

Palabras clave: Determinantes de la salud, adulto mayor, diabetes, hipertensión arterial.

ABSTRACT

This paper quantitative research, descriptive design with a single box, had as general objective to describe the determinants of health in elderly hypertensive patients and diabetics. Health Post Florida- Chimbote, 2013. The sample consisted of 75 older adults who were applied an instrument: Questionnaire on health determinants using the interview technique and observation. Data were entered into a database from Microsoft Excel and then be exported to a database in SPSS version 18.0 software, for their respective processing. For analysis of data distribution tables absolute and relative percentage frequencies were constructed. And their respective graphs statistical, concluding: In biosocioeconómicos determinants of older adults, most are female, the level of education is primary initial /, an income from 750 to 1000 suns, having a temporary job, all has its own noble material and housing, water, electricity and drainage, more than half have family home. The determinants of lifestyles most occasionally drink alcoholic beverages, do physical activity such as walking, eat fruits, vegetables, legumes and dairy 1-2 times a week. The determinants of social and community networks are not fully organized social support, most have SIS - Ministry of Health, reported that there gangsterism.

Keywords: determinants of health, elderly, diabetes, high blood pressure.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1 Antecedentes.....	11
2.2 Bases Teóricas.....	14
III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y Diseño de la Investigación.....	21
3.2 Población y Muestra	21
3.3 Definición y Operacionalización de variables.....	22
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	32
3.5 Plan de análisis.....	34
3.6 Principios éticos.....	35
IV. RESULTADOS	
4.1 Resultados.....	37
4.2 Análisis de resultados.....	49
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones.....	77
5.2 Recomendaciones.....	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	90

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1	43
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS. PUESTO DE SALUD FLORIDA, 2013.	
TABLA 2	44
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS. PUESTO DE SALUD FLORIDA, 2013.	
TABLA 3	47
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS. PUESTO DE SALUD FLORIDA, 2013.	
TABLA 4, 5,6	51
DETERMINANTES DE LA SALUD REDES SOCIALES Y COMUNITARIA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS. PUESTO DE SALUD FLORIDA, 2013.	

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

	Pág.
GRÁFICO DE TABLA 1	89
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS, EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABETICOS. PUESTO DE SALUD FLORIDA, 2013.	
GRÁFICO DE TABLA 2	90
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABETICOS. PUESTO DE SALUD FLORIDA, 2013.	
GRÁFICO DE TABLA 3	97
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABETICOS. PUESTO DE SALUD FLORIDA, 2013.	
GRÁFICO DE TABLA 4, 5,6	103
DETERMINANTES DE LA SALUD REDES SOCIALES Y COMUNITARIA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABETICOS. PUESTO DE SALUD FLORIDA, 2013.	

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo como propósito identificar los determinantes de la salud en aquellos adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de salud Florida – Chimbote 2013, y con ello contribuir brindando apoyo a la población mejorando sus estilos y calidad de vida.

La salud en el Siglo XXI cobra una importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está tomando una dimensión muy especial en cuanto a seguridad respecta. Como tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud de la población está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales y sociales que aborda una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente (1).

En la conferencia de Alma Ata en 1976 la OMS definió la salud como el perfecto estado físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona de estar de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual. Por lo que, en definitiva la salud es algo más que la simple ausencia de enfermedad, es un equilibrio armónico entre la dimensión física, mental y social; y está determinada por diversos factores, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud (2).

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico (2).

Cuando hablamos de nivel de salud de una población, en realidad se está hablando de distintos factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones y la mitad de los factores que influyen sobre cuán saludable es una población tienen que ver con factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los factores ambientales un 10% y los asociados a atención de salud en un 25%. Por lo tanto, la mitad de los efectos en salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud (3).

El concepto de determinantes surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. La salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales (4).

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla”. De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (5).

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (5).

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (5).

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la

comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo (6).

El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (6).

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

Equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente.” (8).

Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres, no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles (8).

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

Lalonde, a partir del cual se han ido desarrollando e incluyendo conjuntos de factores o categorías que han hecho evolucionar los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales. Este desarrollo de los determinantes de salud es paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (9).

Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud (10).

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

cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado (11).

En nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Por un lado, existen inequidades de acceso a los servicios. Por otro, hay inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (11).

Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (11).

No escapa esta problemática de salud en el país, viéndolo en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en

el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores (12).

A esta relación no es ajena los adultos mayores hipertensos y diabéticos del puesto de salud Florida, perteneciente a la Microrred Miraflores de la Red de Salud Pacifico Norte, dicho establecimiento se fundó el 05 de abril de 1995, cumpliendo 18 años al servicio de la jurisdicción; se encuentra ubicado en Jr. Moquegua #200 Florida Baja ubicado del distrito de Chimbote. El establecimiento cuenta con servicios de Medicina General, Cirugía menor, Obstetricia, Enfermería, Odontología, Farmacia y Laboratorio. Los profesionales que laboran son: Médicos, Odontólogo, Obstetrices, Enfermeras, técnicos de laboratorio y técnicos en enfermería la cual atienden a los moradores de diferentes pueblos entre ellos: Miramar Bajo, La florida Alta y Baja, La Libertad, Ciudad de Dios, Señor de los Milagros, Miraflores Primera Zona y otros(13).

El número de personas que habitan en la jurisdicción del Puesto de Salud la florida es de 29,130 habitantes según población INEI, la cual por etapa de vida es 5573 niños ,3156 adolescentes, 6476 jóvenes, 10643 adultos y 3082 adulto mayor. Los números de atenciones al establecimiento por consulta externa His en el grupo etario del adulto mayor son de 2,703 atenciones teniendo más demanda el sexo femenino con 1917 atenciones y de sexo masculino 786 atenciones. Las cinco primeras causas de morbilidad general del adulto mayor son: Enfermedades de cavidad bucal, hipertensión arterial, diabetes, infecciones agudas de las vías respiratorias, obesidad, (14).

Los moradores del Puesto de Salud Florida, estas personas constan de titulación propia, el material es mayormente de material noble y algunos de material rustico, etc. En los servicios básicos están completos en lo que es agua, luz y desagüe, existen una plazuela, parroquias, local comunal, campo de futbol, vaso de leche, iglesias cristianas, escuelas estatales, jardines e inicial para los niños, unas que otras pequeñas empresas que se dedican a la actividad pesquera y actualmente cuentan con una junta directiva. Otros de los problemas que existe es la contaminación por el humo de las fábricas, ya que se encuentran cerca del lugar donde las pequeñas empresas se dedican al desarrollo de la actividad pesquera y la mayoría de los niños y demás personas sufren de constantes alergias, gripe por estar muy cerca también al mar (14).

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de salud Florida-Chimbote, 2013?

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

Describir los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de salud Florida-Chimbote, 2013.

Para poder conseguir el objetivo general, nos hemos planteado los siguientes objetivos específicos:

Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico (Grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), en adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de salud Florida-Chimbote, 2013.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad, en adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de salud Florida-Chimbote, 2013.

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 adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de salud Florida-Chimbote, 2013.

Finalmente, la investigación se justifica en el campo de la salud de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote ya que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación que se 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 los adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de salud Florida-Chimbote, 2013.y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

El presente estudio permite instar a los estudiantes de la salud, de La Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote a investigar más sobre estos temas y su aplicación en políticas para mejorar estos determinantes, único camino para salir del círculo de la enfermedad y la pobreza, y llevarlos a construir un Perú cada vez más saludable. También ayuda a entender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad en salud y mejorar la salud de la población, 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 el Puesto de Salud Florida-, Chimbote, porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia del programa preventivo promocional de la salud en todos los ciclos de vida y reducir los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

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

II.- REVISIÓN DE LITERATURA:

2.1. Antecedentes de la investigación:

2.1.1 Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A Nivel Internacional:

Goncalves M y col (15), en su investigación “Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil”. Los resultados obtenidos revelan, que los factores socioeconómicos, medidos por la escolaridad, influyen significativamente la condición de salud de los ancianos. Además, fueron observados diferenciales de género: las mujeres presentaron peores condiciones de salud en relación a los hombres. Respecto a las enfermedades crónicas este resultado no fue totalmente favorable a los hombres, una vez que en determinadas enfermedades éstos tuvieron un porcentaje superior, en relación a las mujeres.

Tovar L y García G (16), 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.

Alpizar S, Pizaña B, Zárate A (17), En su investigación “La diabetes mellitus en el adulto mayor”, encontraron que en México, Concluyendo que el papel de un diabético de acuerdo a un plan alimentario y la actividad física en el control de este padecimiento, considerando los cambios fisiológicos propios de su edad y la presencia o no de complicaciones; e igual forma se formulan recomendaciones para el tratamiento farmacológico una vez demostrado que no se puede alcanzar el objetivo deseado mediante el no farmacológico (plan alimentario y ejercicio) dado que la medicación en el paciente longevo plantea numerosos problemas.

A Nivel Nacional:

Rodríguez Q (18), en su investigación titulada “Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor Dos de Mayo-Amazonas. Se encontró que los determinantes sociales: analfabetismo en madres (22,5%), en padres (10%), la agricultura como actividad económica predominante de los padres (72,5%), comercio en las madres (20%), limitado acceso al mercado, tecnología y financiamiento económico (45,5%); determinantes del derecho humano: limitado acceso a vida larga y saludable en niños con bajo peso al nacer (20%), limitado acceso al control de gestante (77,5%) e inmunizaciones (60%); en lo determinantes interculturales: usan leña para cocinar (80%) y plantas medicinales para cuidar su salud (65%).

Concluyendo que la quinta parte de la población tiene limitado acceso a vida larga y saludable, ya que tuvieron bajo peso al nacer, padres prefieren que hijos trabajen en las vaquerías, repitiendo el año escolar, limitando sus competencias para acceder a un trabajo bien remunerado y a servicios de salud.

Barrera D. (19), en su estudio “Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares según los determinantes de la salud”, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo cardiovascular según determinantes de la salud en choferes de transporte público; los factores encontrados pertenecieron a la dimensión estilos de vida (54%), biología humana (28%), sistema sanitario (11%) y medio ambiente (7%).

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. Concluye que en el contexto de la participación comunitaria de cada 10 comunidades 8 de ellas están en un contexto interdependiente y 2 en autogestión. Los factores personales (edad, sexo, grado instrucción, responsabilidad, antecedente de enfermedad y estado de salud) no tienen relación estadística significativa con el contexto de la participación comunitaria. Existe relación estadística significativa entre lugar de nacimiento y sobrecarga laboral.

2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación

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

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (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. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (23).

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales. Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los

servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida.

Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (23).



Fuente: Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad (23).

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

a) Determinantes estructurales

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

los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios (23).

b) Determinantes intermediarios

Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar (23).

c) Determinantes proximales

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones (23).

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos.

Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (23).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (23).

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

Comunidad: Este ámbito se refiere a la comunidad como un factor y actor relevante en la construcción social de la salud, incluyendo la dinamización de las redes sociales, la participación activa y

responsable en las políticas públicas, así como el fortalecimiento de sus capacidades y competencias para otorgarle mayor eficacia a dicha participación.

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

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

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

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

Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (24).

III.- METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y nivel de investigación

Tipo y Nivel: Descriptivo, cuantitativo (25, 26).

Diseño de la Investigación: Diseño de una sola casilla (27, 28).

3.2. Población y muestra

El universo muestral estuvo constituido por 75 adultos mayores hipertensos y diabéticos .Puesto de Salud Florida – Chimbote, 2013.

3.2.1. Unidad de análisis

Adultos mayores hipertensos y diabéticos que acuden al Puesto de Florida – Chimbote, 2013. Que formaron parte de la muestra y respondieron a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adultos mayores hipertensos y diabéticos que vivieron más de tres años en la zona y acudieron al Puesto de Salud Florida.
- Adultos mayores hipertensos y diabéticos que aceptaron participar en el estudio.
- Adultos mayores hipertensos y diabéticos del Puesto Salud Florida, que tuvieron la disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización

Criterios de Exclusión:

- Adultos mayores hipertensos y diabéticos del Puesto Salud Florida, que presentaron algún trastorno mental.

- Adultos mayores hipertensos y diabéticos del Puesto Salud Florida que presentaron problemas de comunicación.

3.3 Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONÓMICO

Sexo

Definición Conceptual

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (29).

Definición Conceptual

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

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 (30).

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin nivel instrucción.
- Inicial/Primaria
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta

- Superior Universitaria
- Superior no universitaria

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (31).

Definición Operacional

Escala de razón

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

Ocupación

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (32)

Definición Operacional

Escala Nominal

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

II. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

Vivienda

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (33).

Definición operacional

Escala nominal

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

Tenencia

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

Material del piso:

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

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

- 4 a más miembros
- 2 a 3 miembros
- Individual

Abastecimiento de agua

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

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

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

Energía Eléctrica

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

Disposición de basura

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

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

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

Eliminación de basura

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

III. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (34).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

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

Número de horas que duermen

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

Frecuencia en que se bañan

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

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

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

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

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad:

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

Alimentación

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (35).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

IV. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad (36).

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala ordinal

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

Apoyo social organizado

Escala ordinal

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

Apoyo de organizaciones del estado

- Pensión 65
- Comedor popular
- Vaso de leche
- Otros.

Acceso a los servicios de salud

Definición Conceptual

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (37).

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

Escala nominal

Institución de salud atendida:

- Hospital
- Centro de salud
- Puesto de salud
- Particular
- Otros

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

Si () No ()

3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

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

Instrumento No 01

El instrumento fue elaborado en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en Adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de Salud Florida – Chimbote, 2013. Elaborado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 29 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (Anexo 1)

- Datos de Identificación, donde se obtuvo las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.

- Los determinantes del entorno Biosocioeconómico (Grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, Vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), Alimentos que consumen.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Apoyo social natural, organizado, Acceso a los servicios de salud.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del **Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta del Perú** desarrollado por Dra. Enf. Vílchez Reyes María 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, diez en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación al constructo evaluado por dimensiones. Para efectos de este análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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

Confiabilidad

Confiabilidad inter evaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (38, 39). (Anexo 3).

3.5. Plan de análisis:

3.5.1 Procedimientos de recolección de datos:

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

- Se informó y pidió el consentimiento de los adultos mayores hipertensos y diabéticos que acudieron al Puesto de Salud Florida, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación serían estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con los adultos mayores hipertensos y diabéticos su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada adulto mayor hipertenso y diabético que acudieron al Puesto de Salud Florida.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos a los adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de Salud Florida.
- El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

3.5.2. Análisis y Procesamiento de los datos:

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

3.6. Principios éticos

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles, respetando la doctrina social de la iglesia como es la dignidad de la persona (40).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de Salud Florida que la investigación fue anónima y que la información obtenida sería solo para fines de la investigación

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de los adultos mayores hipertensos y diabéticos del Puesto de Salud Florida

Honestidad

Se informó a las los adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de Salud Florida, los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó los adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de Salud Florida, que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 4).

IV. RESULTADOS

4.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 1.

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS. PUESTO DE SALUD FLORIDA-CHIMBOTE, 2013.

Sexo	n	%
Masculino	35	46.7
Femenino	40	53.3
Total	75	100.0
Grado de instrucción	n	%
Sin nivel e instrucción	6	8.0
Inicial/Primaria	50	66.7
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	17	22.7
Superior universitaria	0	0.0
Superior no universitaria	2	2.7
Total	75	100.0
Ingreso económico (Soles)	n	%
Menor de 750	58	77.3
De 751 a 1000	17	22.7
De 1001 a 1400	0	0.0
De 1401 a 1800	0	0.0
De 1801 a más	0	0.0
Total	75	100.0
Ocupación	n	%
Trabajador estable	5	6.7
Eventual	45	60.0
Sin ocupación	20	26.7
Jubilado	5	6.7
Estudiante	0	0.0
Total	75	100.0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de Salud Florida-Chimbote, 2013, elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

4.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 2.

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABETICOS.PUESTO DE SALUD FLORIDA-CHIMBOTE, 2013.

Tipo	n	%
Vivienda unifamiliar	40	53,3
Vivienda multifamiliar	35	46,7
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	75	100,0
Tenencia	n	%
Alquiler	0	0,0
Cuidador/alojado	0	0,0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0
Alquiler venta	0	0,0
Propia	75	100,0
Total	75	100,0
Material del piso	n	%
Tierra	15	20,0
Entablado	0	0,0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	0	0,0
Láminas asfálticas	0	0,0
cemento	60	80,0
Total	75	100,0
Material del techo	n	%
Madera, esfera	7	9,3
Adobe	0	0,0
Esteras y adobe	0	0,0
Material noble, ladrillo y cemento	40	53,3
Eternit	28	37,3
Total	75	100,0
Material de las paredes	n	%
Madera, estera	23	30,7
Adobe	0	0,0
Esteras y adobe	0	0,0
Material noble ladrillo y cemento	52	69,3
Total	75	100,0
N° de personas que duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	0	0,0
2 a 3 miembros	55	73,3
Independiente	20	26,7
Total	75	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de Salud Florida-Chimbote, 2013, elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

Continúa...

TABLA 2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABETICOS.PUESTO DE SALUD FLORIDA-CHIMBOTE, 2013.

Abastecimiento de agua	n	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	0	0,0
Pozo	0	0,0
Red pública	0	0,0
Conexión domiciliaria	75	100,0
Total	75	100,0
Eliminación de excretas	n	%
Aire libre	0	0,0
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	0	0,0
Baño público	0	0,0
Baño propio	75	100,0
Otros	0	0,0
Total	75	100,0
Combustible para cocinar	n	%
Gas, Electricidad	74	98,7
Leña, carbón	1	1,3
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	75	100,0
Energía eléctrica	n	%
Sin energía	0	0,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	0	0,0
Energía eléctrica permanente	74	98,7
Vela	1	1,3
Total	75	100,0
Disposición de basura	n	%
A campo abierto	0	0,0
Al río	0	0,0
En un pozo	0	0,0
Se entierra, quema, carro recolector	75	100,0
Total	75	100,0
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	n	%
Diariamente	0	0,0
Todas las semana pero no diariamente	74	98,7
Al menos 2 veces por semana	0	0,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	1	1,3
Total	75	100,0
Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	n	%
Carro recolector	65	86,7
Montículo o campo limpio	10	13,3
Contenedor específico de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	75	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de Salud Florida-Chimbote, 2013, elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación.

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 3.

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS. PUESTO DE SALUD FLORIDA-CHIMBOTE, 2013.

Fuma actualmente:	n	%
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	19	25,3
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	14	18,7
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	42	56,0
Total	75	100,0
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n	%
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	0	0,0
Una vez a la semana	0	0,0
Una vez al mes	8	10,7
Ocasionalmente	47	62,7
No consumo	20	26,7
Total	75	100,0
N° de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	56	74,7
[08 a 10)	19	25,3
[10 a 12)	0	0,0
Total	75	100,0
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	35	46,7
4 veces a la semana	40	53,3
No se baña	0	0,0
Total	75	100,0
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	n	%
Si	49	65,3
No	26	34,7
Total	75	100,0
Actividad física que realiza en su tiempo libre	n	%
Caminar	60	80,0
Deporte	0	0,0
Gimnasia	0	0,0
No realizo	15	20,0
Total	75	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de Salud Florida-Chimbote, 2013, elaborado por la Dra. Enf. Vélchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación.

Continúa...

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	n	%
Caminar	50	66,7
Gimnasia suave	0	0,0
Juegos con poco esfuerzo	0	0,0
Correr	2	2,7
Deporte	0	0,0
Ninguna	23	30,7
Total	75	100,0

TABLA 3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS. PUESTO DE SALUD FLORIDA-CHIMBOTE, 2013.

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Frutas	24	32,0	20	26,7	19	25,3	10	13,3	2	2,7	75
Pollo	21	28,0	24	32,0	20	26,7	10	13,3	0	0,0	75
Huevos	8	10,7	11	14,7	37	49,3	14	18,7	5	6,7	75
Pescado	8	10,7	8	10,7	20	26,7	32	42,7	7	9,3	75
Fideos	44	58,7	19	25,3	9	12,0	3	4,0	0	0,0	75
Pan, cereales	40	53,3	22	29,3	9	12,0	1	1,3	3	4,0	75
Verduras, hortalizas	48	64,0	16	21,3	9	12,0	2	2,7	0	0,0	75
Legumbres	38	50,7	17	22,7	17	22,7	3	4,0	0	0,0	75
Embutidos	2	2,7	10	13,3	23	30,7	24	32,0	16	21,3	75
Lácteos	13	17,3	19	25,3	28	37,3	12	16,0	3	4,0	75
Dulces	5	6,7	6	8,0	22	29,3	25	33,3	17	22,7	75
Refrescos con azúcar	19	25,3	9	12,0	20	26,7	16	21,3	11	14,7	75

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de Salud Florida-Chimbote, 2013, elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 4.

DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABETICOS. PUESTO DE SALUD FLORIDA-CHIMBOTE, 2013.

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	20	26,7
Centro de salud	0	0,0
Puesto de salud	53	70,7
Clínicas particulares	2	2,7
Otras	0	0,0
Total	75	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n	%
Muy cerca de su casa	28	37,3
Regular	45	60,0
Lejos	2	2,7
Muy lejos de su casa	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	75	100,0
Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	31	41,3
SIS - MINSA	44	58,7
SANIDAD	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	75	100,0
El tiempo que esperó para que lo(la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	15	20,0
Largo	0	0,0
Regular	33	44,0
Corto	0	0,0
Muy corto	0	0,0
No sabe	27	36,0
Total	75	100,0
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	n	%
Muy buena	10	13,3
Buena	48	64,0
Regular	16	21,3
Mala	0	0,0
Muy mala	0	0,0
No sabe	1	1,3
Total	75	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de Salud Florida-Chimbote, 2013, elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

Continúa

TABLA 4. DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABETICOS. PUESTO DE SALUD FLORIDA-CHIMBOTE, 2013.

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	n	%
Si	45	60.0
No	30	40.0
Total	75	100.0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de Salud Florida-Chimbote, 2013, elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

TABLA 5.

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL COMUNITARIO EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABETICOS. PUESTO DE SALUD FLORIDA-CHIMBOTE, 2013.

Recibe algún apoyo social natural:	n	%
Familiares	15	20.0
Amigos	0	0.0
Vecinos	0	0.0
Compañeros espirituales	0	0.0
Compañeros de trabajo	0	0.0
No recibo	60	80.0
Total	75	100.0
Recibe algún apoyo social organizado:	n	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0.0
Seguridad social	0	0.0
Empresa para la que trabaja	5	6.7
Instituciones de acogida	0	0.0
Organizaciones de voluntariado	0	0.0
No recibo	70	93.3
Total	75	100.0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de Salud Florida-Chimbote, 2013, elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

TABLA 6.

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS. PUESTO DE SALUD FLORIDA-CHIMBOTE, 2013.

Recibe algún apoyo social de organizaciones:	SI		NO	
	n	%	n	%
Pensión 65	0	0.0	0	0.0
Comedor popular	0	0.0	0	0.0
Vaso de leche	0	0.0	0	0.0
No recibo	0	0.0	75	100.0
Total	0	0.0	75	100.0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos y diabéticos. Puesto de Salud Florida-Chimbote, 2013, elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

4.2 Análisis de resultados

Tabla 1: Del 100%(75) adultos mayores hipertensos y diabéticos se muestra que el 53.3% (40) son de sexo femenino y 46.7% (35) son de sexo masculino, en el grado de instrucción el 66.7% (50) son inicial/primaria, el ingreso económico el 77.3% (58) es menor de 750 soles y el 60% (45) tienen trabajo eventual.

Estudios similares como: Álvarez Ramos (41). En cuanto a los aspectos generales de la población de estudio, se entrevistó a 100% (30) adultos mayores sin hipertensión arterial y se encontró que en relación al sexo 100% (30) de los encuestados, 66.6% (20) son del sexo femenino y el 33.4% (10) corresponden al sexo masculino. En cuanto al grado de instrucción el 66.6% (20) tiene grado de instrucción primaria completa frente a un 33.4% (10) que no tiene primaria completa.

Se encontraron investigaciones similares como: Aguilar C (42). En su estudio titulado: Prevalencia y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes del servicio de medicina del Hospital José Agurto Tello – Chosica, en cuanto al género encontramos que el 60.6% de los pacientes hipertensos son varones y el 39.4% son mujeres. En cuanto al grado de instrucción concluido, el 54.3 % de pacientes hipertensos sólo tienen primaria concluida.

Según resultados de la presente investigación este difiere con el autor, porque se evidencia que más de la mitad de estos adultos mayores

presentan problema de hipertensión arterial y diabetes y corresponden al sexo femenino. En la presente investigación se encontró también que la mayoría presenta grado de instrucción inicial/primaria, lo que condiciona a que ellos no tengan los conocimientos suficientes para ejercer su autocuidado y ello le predispone a muchas enfermedades degenerativas. Los adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes están relacionados con el impacto a los sistemas sanitarios, teniendo afectaciones sobre la economía de los individuos y sus hogares.

Así mismo en el presente estudio la población adulto mayor la mayoría tiene un ingreso económico menor de 750 soles siendo un factor que predispone a las necesidades que ellos pueden tener en cuanto a su salud y las de la vida diaria. La hipertensión y diabetes es causa de empobrecimiento porque disminuyen la productividad laboral y provoca gastos catastróficos en su salud relacionado con las enfermedades crónicas y no transmisibles. Los resultados obtenidos confirman la necesidad de ejecutar estrategias que no sólo eleven el nivel de conocimiento de las comunidades, sino también motiven efectivamente a la adopción de un estilo de vida asociado a la reducción de los factores de riesgo cardiovascular y al auto cuidado de la salud.

El grado 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, la existencia de un bajo nivel de instrucción

en los pacientes entrevistados, lo cual implica que el profesional de enfermería debe educar al paciente adulto mayor sobre su autocuidado (43).

Grado de instrucción considerado un indicador del nivel de educación de una persona. Ha sido utilizada como variable aproximada al nivel socioeconómico de las personas, por su fuerte asociación con los Ingresos y el nivel de vida. El nivel de estudios distingue bastante bien a los sujetos con distinto estado de salud, pues los individuos con mayor nivel de estudios son capaces de comprender mejor la información sobre la promoción de la salud (44).

La situación económica del adulto mayor es un aspecto importante que forma parte fundamental en su diario vivir, debido a que en esta etapa de la vida, las dificultades abundan más que en cualquier otra ciclo de la vida, se depende de unos ingresos que no son generados por la actividad que se está realizando sino por la retribución originada en el trabajo, en este caso de pensiones, de aportes familiares o de redes sociales (45).

Estos resultados difieren a los del autor Cardona D. (46). En su estudio titulado Calidad de vida del adulto mayor quien encontró que el 34,1% de adultos mayores encuestados estaban jubilados o pensionados en su mayoría hombres; mientras que a las labores del hogar se dedican el 34,7% aventajando las mujeres. Se destaca que el 9,5% se encontró trabajando y el 9,1% presentó incapacidad permanente.

En la investigación realizada se obtuvo que aquellos adultos mayores, la mayoría tienen una condición de trabajo eventual, grado de

instrucción nivel inicial/primaria, lo que refleja las marcadas diferencias por sexo debido a los patrones educativos y culturales que imperaban en el pasado, situación que coloca en desventaja a la población adulto mayor, ya que su acceso a la información escrita se ve limitada. Es importante resaltar que suelen aumentar los gastos personales de los adultos mayores, debido a la presencia de enfermedades, las cuales pueden ser de origen infeccioso o crónico, por lo que la persona necesita invertir dinero, esto trae como resultado que muchos de los adultos mayores no tienen la capacidad de controlar el estrés, estando en riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares o diabetes.

A nivel de nuestro país, la mayor proporción de Población Económicamente Activa ocupada de adultos mayores residentes en el área urbana se ubica en la categoría de Trabajador Independiente (53,0%) en Empleado (17,8%) y Obrero (12,7%). Por ello las políticas del MINSA de nuestro país a través de la Dirección General de Promoción de la Salud desarrolla el modelo que contiene las bases teórico referenciales en promoción de salud para orientar los esfuerzos a nivel de los establecimientos de salud y la sociedad civil en la implementación de iniciativas que contribuyen con crear una cultura de salud y mejorar la calidad de vida en las poblaciones. La promoción de la Salud, cuyo objetivo es proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, se constituye en una prioridad para el sector, por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, (47).

El adulto mayor no debe trabajar. La jubilación es el reconocimiento, con una pensión, por el trabajo cumplido por años; pero debe continuar en actividad, siempre. Si el trabajo significa hacer de todo un poco, sin depender de horarios, hacerlo de manera honorífica o mejor aún con remuneración, es realmente un privilegio, pero nadie debe “descansar” sino las horas recomendadas, y jamás pensar en negativo (48).

Las personas mayores son más vulnerables a la situación de pobreza, lo que se debe a diferentes factores observados en este análisis: la baja extensión y calidad de las prestaciones previsionales, el limitado acceso de los adultos mayores a empleos y ocupaciones, y su concentración en actividades independientes que generan bajos ingresos y se realizan en condiciones laborales precarias (49).

Los adultos mayores que 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 eventuales, los cuales solo realizan de vez en cuando para solventar sus gastos y vivir de acuerdo a ello, lo que repercute en la pobreza de sus hogares, y que ellos no tengan un buen cuidado de su salud, pues están predispuestos a una serie de accidentes y/o problemas físicos(50).

Tabla 2: Del 100%(75)según muestra esta tabla, el tipo de viviendas de los adultos mayores el 53.3% (40) tienen vivienda unifamiliar, El 100%(75) tienen vivienda propia, el material de piso el 80% (60) es de cemento, el 53.3% (40) techos de casa de material noble, ladrillo y cemento, el 69.3% (52) paredes de material noble, ladrillo y cemento, el 73.3% (55) duermen de 2 a 3 miembros en una sola habitación .Según el abastecimiento de agua, el 100 % (75) cuentan con conexión domiciliaria; el 100%(75) de los encuestados manifiestan que tiene un baño propio para la eliminación de excretas, 98.75% (74) utiliza gas y electricidad para cocinar ,el 98.75% (74) tiene energía eléctrica permanente; 100% (75) dispone de basura en el carro recolector, 98.75% (74) refieren que el carro recolector de la basura pasa todas las semanas pero no diariamente ,suele eliminar su basura en el carro recolector el 86.7% (65) .

Estudios similares a la investigación como el de Cepada L, Garza R, Vega D (50) en su estudio titulado el fenómeno del envejecimiento de la población en el estado de Nuevo León. México. Encontraron que las viviendas de los adultos mayores son concretas, para las paredes son de material de ladrillo, piedra o cemento, así como también el material de los pisos que predominan los de cemento y tierra. Así mismo, cuentan con agua entubada dentro de la vivienda, tienen baño propio alumbrado con electricidad, cocinan a gas.

Así mismo, se aproximan al estudio lo encontrado por: Román, E. (51), en su estudio “Análisis de la implantación de un modelo de vivienda integrado para el adulto mayor en Puerto Rico: Posibilidades y potencial

impacto social”, Barcelona 2009, donde su muestra estuvo conformada por 386 adultos mayores, se destacó que el 47,9% tiene casa propia, un 41,4% tiene vivienda por alquiler y un 10,6% en viviendas sociales/comunitarias.

De los resultados obtenidos podemos decir que los adultos entrevistados, en su totalidad tienen casa propia y más de la mitad el techo de material noble, de vivienda unifamiliar; lo cual les permite mantener un nivel adecuado de salud, ya que viven en un ambiente propicio para mantener una adecuada salud. Pero también se encontró que la mayoría de los integrantes de la familia de los adultos mayores comparten la habitación con 2 a 3 miembros, generando un ambiente potencial de intercambio de gérmenes. También se encontró que en totalidad cuentan con los servicios básicos y disponen del carro recolector de basura para la eliminación de la basura, permitiéndoles a los adultos mayores mantener una buena salud, y con menos riesgos de padecer enfermedades gastrointestinales.

La Organización Mundial de Salud y Organización de Panamericana de Salud expresan que la vivienda es el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo o la familia: proteger de las inclemencias del clima; garantizar la seguridad y protección; facilitar el descanso; permitir el empleo de los sentidos para el ejercicio de las manifestaciones culturales; implementar el almacenamiento, procesamiento y consumo de los alimentos; suministrar los recursos de la higiene personal, doméstica y el saneamiento; favorecer la convalecencia de los enfermos; la atención de los ancianos (51).

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,

Las condiciones de una vivienda saludable, se consideran como indicadores que reflejan las condiciones sociales y de salud del habitante y a la vez influyen de alguna manera están ligados directamente a la calidad de vida y a la salud. 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 (52).

En nuestro país, según fuentes de la INEI, en nuestro país, indican que el 40,4% de los hogares del país tienen entre sus residentes habituales, personas de 60 y más años de edad (adulto mayor). Por grupos de edad, el 34,7% de hogares están integrados por alguna persona de 60 a 79 años de edad y el 8,6% por alguna persona de 80 y más años de edad. Sin embargo, el 59,6% de los hogares no tienen personas adultas mayores entre los miembros del hogar (53).

Una vivienda unifamiliar es aquella vivienda en la que habita una familia por lo general de uno o más pisos esta también puede ser una residencia habitual permanente o temporal, para una sola familia; Estas

se las puede encontrar en conjuntos residenciales o en barrios normales. Podemos también concluir que el agua es uno de los elementos naturales que se encuentra en mayor cantidad en el planeta Tierra. Además, podemos agregar que el agua es uno de esos elementos que más directamente tienen que ver con la posibilidad del desarrollo de distintas formas de vida. Del mismo modo que sucede con el oxígeno, el agua es esencial para que tanto los vegetales como los animales, el ser humano y todas las formas de vida conocidas puedan existir (54).

En el estudio de investigación realizado a los adultos mayores hipertensos y diabéticos del puesto de salud Florida, en el cual el 2.9% (75) corresponde a la población adulta mayor que si bien es cierto es una zona urbano marginal, tienen lugares muy hacinados que puede provocar daños a la salud como enfermedades físicas o mentales alteraciones en el desarrollo de la personalidad. El vivir en espacios pequeños incrementa el estrés y reduce las defensas naturales de la gente. De lo analizado puedo establecer que es muy importante tener un hogar cómodo, que cuente con la privacidad apropiada que requiere cada persona.

Tabla 3: Del 100% (75) adultos mayores hipertensos y diabéticos. Del Puesto de Salud Florida, 56% (42) no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, en frecuencia de bebidas alcohólicas el 62.7% (47) consume ocasionalmente no consume de estas bebidas, 26.7% (20) consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente el número de horas que duermen el 74.7% (67) duermen de 6 a 8 horas, la frecuencia en que se bañan el 53.3% (40) es de 4 veces a la semana, el 65.3% (49) si se realizan algún examen médico

periódico en un establecimiento de salud, el 80% (60) si realiza actividad física en su tiempo libre, el 66.7% (50) adultos mayores en las dos últimas semanas la actividad física que realizó durante más de 20 minutos es camina , el 64,0% (40) consumen verduras diariamente, el 52%(42),consumen pollo 3 a 4 veces por semana, el 49.3%(37), consumen huevos 1 a 2 veces por semana.

Estudios similares como: Cuevas A, Vela O. Carrada B. (55) 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.

Por otro lado a los resultados obtenidos en la investigación, difiere Palomo G, Icaza N, Mujica E, Núñez F, Leiva M. (56) En su estudio titulado “Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en población adulta” menciona que el grupo de 65-74 años Sólo 2,0% era gran fumador (más de 20 cigarrillos diarios) y 17,1% era ex- fumador. En dicha 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 deberían ingerir bebidas alcohólicas ya que ello repercute en su salud, y la mayoría no consumen cigarrillos.

De los resultados obtenidos podemos decir, que más de la mitad no fuma ni ha fumado de manera y que sólo consumen bebidas alcohólicas en ocasiones especiales y no en exceso, lo que da a entender que son conscientes del daño perjudicial que significaría para su salud el tener el hábito de fumar o consumir bebidas alcohólicas. En la sociedad es más aceptable ver este fenómeno de tabaquismo en la población varonil que en la femenil, aunque actualmente mucha población femenil ya frecuente este hábito que cada vez va más en aumento.

También tenemos que la mayoría duerme las horas necesarias para que el cuerpo reponga las energías gastadas durante las actividades ejercidas en el día. Pero más de la mitad se bañan 4 veces a la semana acarreado así el acúmulo de bacterias en el organismo y la proliferación de posibles enfermedades. En cuanto a su alimentación, podemos concluir, que en su mayoría, los adultos mayores entrevistados optan por conductas saludables y por una alimentación saludable, ya que se preocupan por mantener una dieta balanceada en sus hogares, influyendo positivamente en su salud, y disminuyendo el riesgo de contraer o padecer distintas enfermedades.

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 (57).

Los adultos mayores en la investigación realizada en el P.S. Florida 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.

La investigación se asemeja al estudio realizado por Alarcón S (58). En su estudio titulado “Capacidad de Auto cuidado del Paciente Diabético Crónico”, encontró que solo el 18.3% de estos pacientes poseen una alta capacidad de auto cuidado, en tanto que el 81.7% no cuenta con esta capacidad.

Mendoza L; Valverde S. (59). En su investigación titulado “Factores Biosocioculturales y autocuidado en el adulto mayor diabético del Hospital III – Es salud. Chimbote”, encontraron que el nivel de autocuidado de los adultos mayores diabéticos, es bueno en un 77.4%, correspondiente a 48 adultos diabéticos y regular en un 22.6%, equivalente a 14 adultos diabéticos.

Hidalgo C. (60). En su estudio titulado “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo”. Encontró que la mayoría de pacientes diabéticos realiza las medidas de auto cuidado, tales como alimentación, ya que consumen diariamente verduras y frutas e inter diariamente carnes y harina. Asimismo que la mayoría realiza el cuidado de sus pies y ejercicios, siendo frecuentes las caminatas; respecto al cuidado de la vista, la

mayoría visita al oftalmólogo para diagnosticar precozmente complicaciones.

De acuerdo al resultado obtenido en la presente investigación los adultos mayores consumen verduras y frutas a diario, así como también consumen harinas y carnes casi todos los días.

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. (61).

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 (61).

En cuanto a los alimentos para diabetes, los diabéticos mayores deben llevar un conteo de los carbohidratos que consumen y tienen que tratar de suprimir lo más posible los azúcares que vuelven aún más compleja la enfermedad y hacen que sufran efectos desagradables. Por lo general, esto

depende de la tendencia que tengan estas personas a padecer alguna enfermedad de carácter cardiaco. Por eso, se recomienda consumir alimentos ricos en Omega 3 y bajos en colesterol. (62)

Por otro lado, la mayoría de los adultos mayores practican actividades físicas como: deporte y ejercicios ellos más realizan caminatas, algunas personas realizan deportes.

El deporte constituye un campo de interés especial dentro de la ocupación del ocio de las personas mayores. A pesar de ser una medida beneficiosa para el cuidado de la salud en general, pocas personas mayores participan en las diversas ofertas que existen al respecto: sólo de un 2 por ciento a un 5 por ciento (en líneas generales), ejercita este tipo de actividad. Sin embargo, hoy sabemos que los programas de educación física para mayores son una garantía saludable para estabilizar la tensión arterial, prevenir problemas cardiovasculares o mejorar el estado de ánimo. (63).

Los adultos que están llegando a la adultez mayor han dedicado gran parte de su tiempo libre a la inactividad y el ocio y a recuperar fuerzas para enfrentar sus arduas jornadas de trabajo, para producir ingresos que son destinados principalmente al consumo. Para consolidar el tiempo libre como actividad social relevante surge la necesidad de buscar y crear espacios para desarrollar actividades significativas que tengan que ver con lo cognitivo, físico y afectivo, permitiendo al adulto mayor adquirir nuevos roles (64).

En el tratamiento de la hipertensión, es necesaria una dieta adecuada a las necesidades individuales, con control de sodio y una serie

de recomendaciones que orienten a la persona hacia un estilo de vida más saludable. El consumo actual de sal (cloruro sódico) en nuestro país se encuentra por encima de las necesidades reales de este mineral. El exceso de sodio se relaciona con la retención de líquidos en los tejidos del cuerpo y por tanto, con el incremento de los valores de tensión. (65).

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. Datos epidemiológicos recientes señalan que la diabetes mellitus es la quinta enfermedad más frecuente en la senectud, tras la artrosis, la hipertensión arterial, las cataratas y las enfermedades cardiovasculares. (66).

La diabetes que se manifiesta después de los 65 años presenta características diferenciales frente al resto, ya que se desencadena de manera insidiosa, acompañada frecuentemente de obesidad, sedentarismo y sobrealimentación. Afecta mayoritariamente a mujeres y no precisa, generalmente, de la administración de insulina. El elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol. (67,68).

En nuestro país, según la INEI, revela que en el 28,4% de los hogares existe al menos una persona adulta mayor que presenta déficit calórico.

A nivel de ámbito geográfico, la proporción de hogares donde existe al menos un integrante adulto mayor y que presenta déficit calórico, fue más elevado en Lima Metropolitana (30,0%), que en el área urbana (28,4%) y área rural (26,5%). (69).

En la tabla 4, 5 y 6: Del 100% (75) adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud Florida, el 70.7%(53) se atienden en un puesto de salud estos últimos 12 meses, el 80% (60) no reciben apoyo familiar ,el 93,3% (70) no reciben apoyo social organizado , el 60% (45) refiere que el lugar donde se atendieron está regular cerca a su casa, el 58,7% (44) cuentan con el SIS – MINSA, el 44% (33) refiere que el tiempo de espera fue regular, la calidad de atención el 64,0% (42)refieren que es buena. Dentro de la jurisdicción del P.S.La Florida y cerca de las viviendas de los adultos mayores encuestados refieren si existe pandillaje o delincuencia en un 60%(45).

Dados los resultados de la presente investigación se encontró estudios similares como Salinas A, Manrique B, Téllez M. (70) En su estudio titulado Redes de apoyo social a la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades, encontraron que 4% de los hombres y el 3% de las mujeres no cuentan con red de apoyo y que, de éstos, un alto porcentaje (68 y 78.2, respectivamente) viven ya sea con su pareja o con otros familiares. Es decir, a pesar de no vivir solos manifiestan la carencia de una red de apoyo.

Este resultado es similar a la presente investigación debido a la gran

parte de los hombres expresaron estar viviendo en compañía de su cónyuge e hijos; en cambio, la mayor parte de las mujeres reportaron estar viviendo con sus hijos. Se ha observado que en esta etapa de la vida la mujer anciana se convierte en una proveedora de servicios en los hogares de sus hijos, ya que cuidado de los nietos (preparación de alimentación, aseo de la casa, llevar y recoger a los nietos de la escuela, aseo personal de los nietos, etc.), mientras los hijos se encuentran trabajando. Los hombres en su mayoría son personas económicamente activas, debido a que aún siguen desempeñando el rol de proveedor en esta etapa de la vida.

Así existen programas de apoyo social es un concepto de sumo interés y utilidad para los dedicados a la salud mental, en tanto pone en primer plano la significación de los factores sociales y psicológicos para la salud y el bienestar. El apoyo social tiene para la vejez beneficiosos efectos para la salud y su bienestar. Este no debe ser visto sólo como transacción de ayuda material, sino también como aceptación, afecto y afirmación. En el contexto social se tiende muchas veces a sobrevalorar la ayuda económica como apoyo real, y subvalorar los aspectos de ayuda afectiva y moral, sin tener en cuenta si las necesidades reales que tiene la persona, en el momento del apoyo, son materiales o psicosociales. (71).

La vulnerabilidad social es la desprotección de un grupo social cuando enfrenta daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos humanos por no contar con recursos personales, sociales y legales 5. En la actualidad el 70% de adultos mayores vive en municipios de bajo o muy bajo desarrollo

social, con una mayor desprotección y vulnerabilidad en comparación con otros grupos poblacionales 6. Estos cambios demográficos representan importantes retos, debido a que el gobierno mexicano no ha desarrollado ni la infraestructura necesaria, ni la capacidad humana para atender las demandas y garantizar el bienestar de los adultos mayores, ni tampoco para enfrentar el incremento de pobreza en el país, debido a la reciente crisis económica. (72).

El principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia. Se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado. La definición más aceptada del concepto de familia es la de varias personas relacionadas por los lazos de parentesco, sanguíneos, de matrimonio o por adopción. Tales personas pueden compartir un mismo techo o habitar en viviendas separadas.

Se encontró que en el presente estudio de Lorenzo Z. Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en ancianos que sufren la conducta suicida. Menciona que el apoyo social tiene para la vejez beneficiosos efectos para la salud y su bienestar. Este no debe ser visto sólo como transacción de ayuda material, sino también como aceptación, afecto y afirmación. En el contexto social se tiende muchas veces a sobrevalorar la ayuda económica como apoyo real, y subvalorar los aspectos de ayuda afectiva y moral, sin tener en cuenta si las necesidades reales que tiene la persona, en el momento del apoyo, son materiales o psicosociales. Estos resultados no son similares al estudio

realizado. (73).

En nuestro país, según la INEI Con respecto al lugar donde es llevada o acude en busca de ayuda la población de 60 y más años de edad que padeció algún problema de salud, el 30,6% concurre a establecimientos de salud del sector público, el 11,3% a servicios del sector privado y el 9,9% a Otro tipo de servicios (farmacia o botica, domicilio u otro lugar). Sin embargo, el 48,3% de este grupo poblacional no buscó atención. El 69,5% de los adultos mayores están afiliados a algún sistema de seguro de salud y el 30,5% no están afiliados. Según tipo de seguro de salud, se observa que la mayor proporción de la población de 60 y más años de edad están afiliados únicamente a Es Salud (33,4%), y al Seguro Integral de Salud (31,7%). (74).

El 16,6% de hogares con al menos uno de sus miembros adulto mayor, se beneficiaron de algún programa alimentario, tales como: Vaso de Leche, comedor popular, entre otros. Respecto con similar trimestre del año anterior, se observa que disminuyó en 2,8 puntos porcentuales.(75).

A nivel de ámbito geográfico, la mayor proporción de hogares donde al menos una persona adulta mayor se ha beneficiado de algún programa alimentario es en el área rural con 25,4%, y en el área urbana con 13,3%. (76).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- En determinantes del entorno socioeconómico en el adulto mayor hipertenso y diabético del P.S. Florida, más de la mitad son de sexo femenino, la mayoría tienen grado de instrucción inicial/primaria, ingreso económico menor de 750; ocupación trabajos eventuales.
- En determinante relacionado con la vivienda en el adulto mayor hipertenso y diabético en el P.S. Florida, más de la mitad su tipo de vivienda es unifamiliar, en casi la totalidad en combustible para cocinar emplean gas, electricidad; material de piso es cemento. La mayoría de adultos mayores duermen en una habitación con de 2 a 3 miembros, abastecimiento de agua cuentan con red pública, eliminación de excretas cuentan con baño propio, tienen energía eléctrica en su totalidad, disposición de basura en carro recolector; refieren en su mayoría que el carro recolector pasa todas las semanas pero no diariamente; en más de la mitad del material de techo son de material noble, material de las paredes son de ladrillo y cemento.
- Los determinantes de los estilos de vida en el adulto mayor con hipertensión arterial y diabetes en el P.S. Florida, La mayoría no fuma ni ha fumado antes, duerme de 6 a 8 horas, en la mayoría en la frecuencia con que se bañan es de cuatro veces a la semana, se realizan exámenes periódicos, realizan actividades físicas como caminar, y el tiempo es de 20 minutos; en casi la totalidad de alimentos que consumen diariamente son pollos, consumen fideos, verduras y hortalizas a diario, no recibe

apoyo social organizado; manifiestan la mayoría presencia de grupos de pandillaje en su zona.

- Los determinantes de redes sociales y comunitarias en el adulto mayor con hipertensión arterial y diabetes en el P.S. Florida , en su totalidad no reciben algún apoyo social organizado; en casi la totalidad en institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses fue en Puesto de Salud, en tipo de seguro cuentan con SIS – calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue buena; la mitad en el tiempo que espero fue muy largo y regular, y si existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

5.2 Recomendaciones:

- Difundir los resultados obtenidos en el lugar donde se ejecutó y en diferentes localidades, a fin de contribuir y enriquecer los conocimientos para mejorar los estilos de vida en en los adultos mayores.
- Sensibilizar y concientizar a las autoridades comunales por medio de los resultados mostrados para que pueda contribuir para el cambio y el bienestar de los adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes del P.S. Florida, con la finalidad de implementar actividades de prevención y promoción de la salud y el bienestar en los adultos mayores.
- Concientizar más al personal del puesto de salud “ Florida”, a que realicen campañas de salud para los adultos mayores de la Comunidad en cuanto a la prevención y/o tratamiento de la diabetes y la

hipertensión arterial. Optando por diseñar e implementar más programas educativos dirigidos a los adultos mayores sobre los cuidados que deben tener en cuanto a Hipertensión arterial y diabetes.

- Se recomienda al personal del puesto de salud florida a implementar al 100% el programa de salud del adulto mayor y efectuar las actividades preventivas y promocionales al favor del adulto mayor como la evaluación nutricional periódica y los programas educativos sobre una alimentación saludable para conservar un estado nutricional adecuado .

- Así mismo mediante este estudio de investigación sobre adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes del P.S. Florida, que sirva de base para que se continúe realizando investigaciones similares, donde se pueda tener mayor información y visualizar mejor la magnitud del problema que los aqueja, y de esta manera promover la investigación en el campo de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista. Cubana. Salud Pública .2004; 30 (3): 13-16.
2. Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en:
http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
3. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
4. Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
5. Tarlov A, Social determinants of Health: the sociobiological transition, BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.
6. LipLicham, C; Rocabado, F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.
7. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile ;1994; 23:18-22
8. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302

9. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.
10. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades de una generación Lugar , editorial; 2008.
11. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
12. INEI [Internet].Lima, Perú: UNICEF [Citado el 11 de Junio del 2013].Disponible en: <http://www.unicef.org/peru/spanish/children.html>.
13. Red de Salud Pacifico Norte. Oficina de Estadística e Informática, Boletín estadístico-Chimbote, 2013.
14. Dirección de promoción de la Salud. Sistema de Vigilancia Comunal (SIVICO).Fichas familiares del centro poblado Florida. Puesto De Salud Florida. Chimbote. 2012
15. 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
16. Tovar L, García G. “La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”. Colombia. Agosto 2006. Nro. 027. 2004.

17. Alpízar S, Pizaña B, Zárate A. La diabetes mellitus en el adulto mayor. Rev. méd. IMSS. 2000; 37(2):117-250.
18. Rodríguez M: Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.
19. Barrera D. Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares según los determinantes de la salud presentes en los choferes de transporte público. [Tesis Título]. [en línea]. 2014. [fecha de acceso 22 de octubre de 2016]. URL disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4141/1/Barrera_cd.pdf.
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.
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 discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006
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. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª Ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
26. 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>.
27. 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>.
28. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
29. OPS, OMS Y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>
30. Eusko Jaurlaritza. Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#axzz2ZBVGztID
31. Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM): México; 2010. Disponible en:<http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>

32. Definición de. Base de datos online. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008. [Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL: <http://definicion.de/ocupacion/>
33. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf.
34. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001.
35. Rafael Martínez Morán. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf
36. Martos Carrión Esther. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
37. Sánchez Isla Laura: “satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
38. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>

39. 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>.
40. 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.
41. Álvarez Ramos E. Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial en un centro de salud, Lima. [Tesis Título]. [en línea]. 2011. [fecha de acceso 26 de octubre de 2016]. URL disponible en: http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_7_36_1.pdf
42. Aguilar Cruces Y. Prevalencia y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes del servicio de medicina del Hospital José Agurto Tello – Chosica. [Tesis Título]. [en línea]. 2011. [fecha de acceso 26 de octubre de 2016]. URL disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4175/1/%C3%81lvarez_re.pdf
43. Espino M. cuidado de la salud y el grado de instrucción del adulto mayor. Conferencia presentada en el CEP Lima. 2000.
44. Querales M y Col. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular en una comunidad de Naguanagua, Venezuela. [Tesis Título]. [en línea]. 2011. [fecha de acceso 27 de octubre de 2016]. URL disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n5/v13n5a04.pdf>.
45. Hernández R. Cuba: la situación económica de los adultos mayores. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Córdoba: ALAP; 2008

46. Cardona D. Calidad de vida del adulto mayor. Arch Med Adu. 2008;4(2):8 - 10.
47. INEI. Situación del adulto mayor. Ocupación económica en el adulto mayor en el Perú. [Página en internet]. 2013. [Actualizado sep 2013]; 33 – 62.
48. Fernández R. (2005). La Calidad de vida: Las condiciones diferenciales, condición de trabajo del adulto mayor. La Psicología en España, 2 (1), 57-65.
49. Aranibar, P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina, serie Población y Desarrollo. CEPAL: Santiago de Chile. 21. 2001.
50. Cepada L, Garza R, Vega D. en su estudio titulado el fenómeno del envejecimiento de la población en el estado de Nuevo León. México. 2006. Disponible:http://www.nl.gob.mx/pics/pages/cuadernos_cds_base/libro_progr_amaadultom_ayor.pdf.
51. Román, E. Análisis de la implantación de un modelo de vivienda integrado para el adulto mayor en Puerto Rico: Posibilidades y potencial impacto social [trabajo para optar el título de doctorado en Ingeniería de Proyectos]. Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya; 2009 [citado 2013 Nov 22] Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/110346/TERM1de1.pdf?sequence=1>
52. Carmen R. La vivienda precaria urbana marginal y su relación con la salud de la población en el proceso de sustentabilidad. (Centro Experimental de Vivienda Económica). [internet} <http://www.alapop.org/docs/publicaciones/investigaciones/PoblacionMedioAmbiente02.pdf>
53. Bosch, M.J. (2006). El problema de la vivienda en la vejez en Cataluña. Architecture, City an Enveronment, 1(1), 80-101.

- 54.** INEI. Situación del adulto mayor. Viviendas que ocupan los adultos mayores en el Perú. [Página en internet]. 2013. [Actualizado sep 2013]; 33 – 62.
- 55.** Censo Nacional De Población Y Vivienda Cepa. Ministerio de Economía. Secretaría de Programación Económica "Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas. Buenos Aires. 2000.
- 56.** Cuevas-Álvarez N, Vela-Otero Y, Carrada-Bravo T. Identificación de factores de riesgo en familiares de enfermos diabéticos tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006; 44(4):313-320.
- 57.** Alburg S. Vejez y calidad de vida. (2008) Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos87/alternativas-actividades-disminuir-consumo-bebidas/alternativas-actividades-disminuir-consumo-bebidas2.shtml#bibliograa>
- 58.** Palomo G, Icaza N, Mujica E, Núñez F, Leiva M. “Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en población adulta”. Rev Méd Chile 2007; 135:904-912.
- 59.** Alarcón S. Capacidad de Auto cuidado del Paciente Diabético Crónico. (Tesis licenciada en enfermería). Cuba: Hospital de Chillan.2000.
- 60.** Mendoza L; Valverde S. 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.
- 61.** Hidalgo C. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del

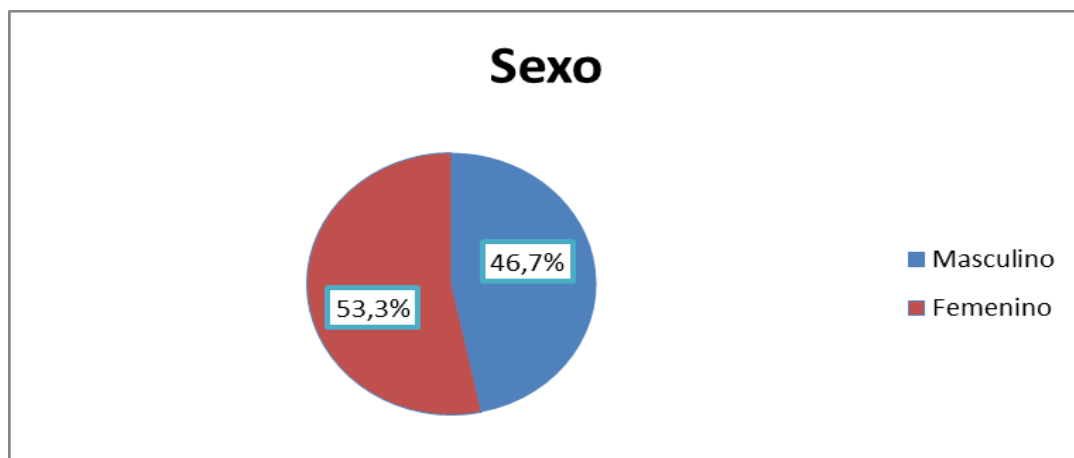
Hospital Nacional Dos de Mayo. (Tesis licenciada en enfermería). Lima: Universidad Mayor de San Marcos. 2005.

- 62.** Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Ginebra: Serie de informes técnicos; 2003.Pag. 49.
Disponibile en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf
- 63.** Net. Alimentación en diabéticos. [Portal en internet]. 2013. Disponible en:<http://alimentacionparadiabeticos.net/>
- 64.** Fernández L. Tiempo libre y nuevas responsabilidades en adultos mayores. Psicología evolutiva: Adolescencia, madurez y senectud, Madrid: Ed. 3. pp. 304-308.
- 65.** Guioteca. Actividad física. [Página de internet]. Santiago; c2011. [Actualizado 24 nov 2011; citado 27 may 2013].
Disponibile en: <http://www.guioteca.com/adulto-mayor/el-tiempo-libre-en-adultos-mayores-y-que-hacer-con-el/>
- 66.** Alimentación sana. Perú. [Página en internet]. Lima: La dieta en la hipertensión. C2013. [Actualizado 29 may 2013; citado 04 jun 2013].Disponibile [:http://www.alimentacion-sana.com.ar/informaciones/novedades/Hipertensi%F3n%20y%20Alimentaci%F3n.htm](http://www.alimentacion-sana.com.ar/informaciones/novedades/Hipertensi%F3n%20y%20Alimentaci%F3n.htm).
- 67.** 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.
- 68.** Pérez R, Ruano R. La alimentación de los ancianos diabéticos: Fundación para la diabetes. 2004; 1 (23): 80 – 87.

69. Martín Alfonso L, Agramante Sairo M. Frecuencia del cumplimiento del tratamiento en pacientes hipertensos. *Rev. Medicina General Integral* 2003;19(2):133-40.
70. INEI. Situación del adulto mayor. Ámbito geográfico en el adulto mayor en el Perú. [Página en internet]. 2013. [Actualizado sep 2013]; 33 – 62.
71. Salinas A, Manrique B, Téllez M. Redes de apoyo social a la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades. *Revista de la sociedad peruana de HTA volumen III. Revista de la sociedad peruana de HTA*. Lima: 2004.
72. Alburg S. Vejez y calidad de vida. (2008) Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos87/alternativas-actividades-disminuir-consumo-bebidas/alternativas-actividades-disminuir-consumo-bebidas2.shtml#bibliograa>
73. Pelcastre V, Treviño S, González V, Márquez S. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México: *Cad. Saúde Pública*. 2011; (27): 03 – 10.
74. Anzola Pérez, E.; Galinsky, D.; Morales, M.F.; Salas, A. y Sánchez, M. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. 2000. *Publicación científica 546. Organización Panamericana de la Salud*.
75. Lorenzo Z. 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
76. INEI. Situación del adulto mayor. Ayuda social al adulto mayor en el Perú. [Página en internet]. 2013. [Actualizado sep 2013]; 33 .

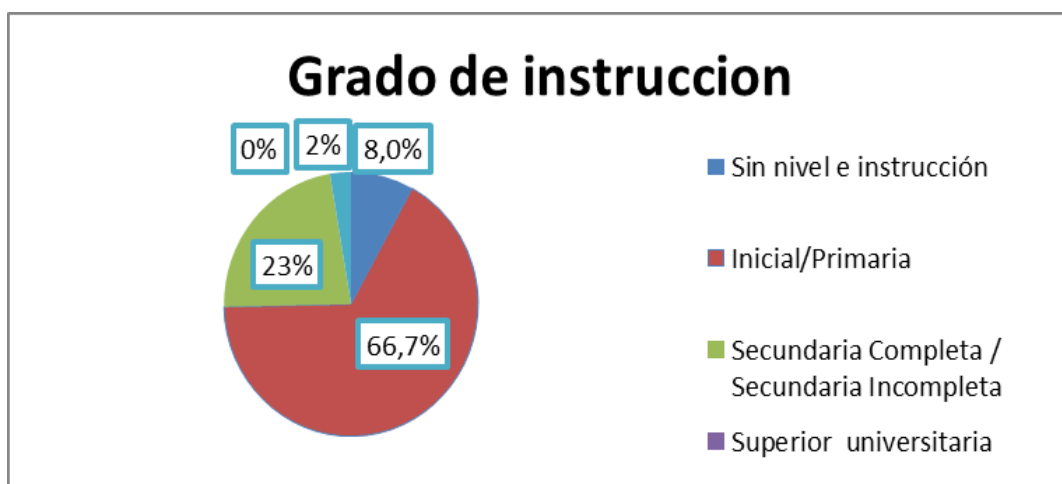
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

GRÁFICO 1
GRÁFICO SEGÚN SEXO EN LOS ADULTOS MAYORES CON
HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE
2013.



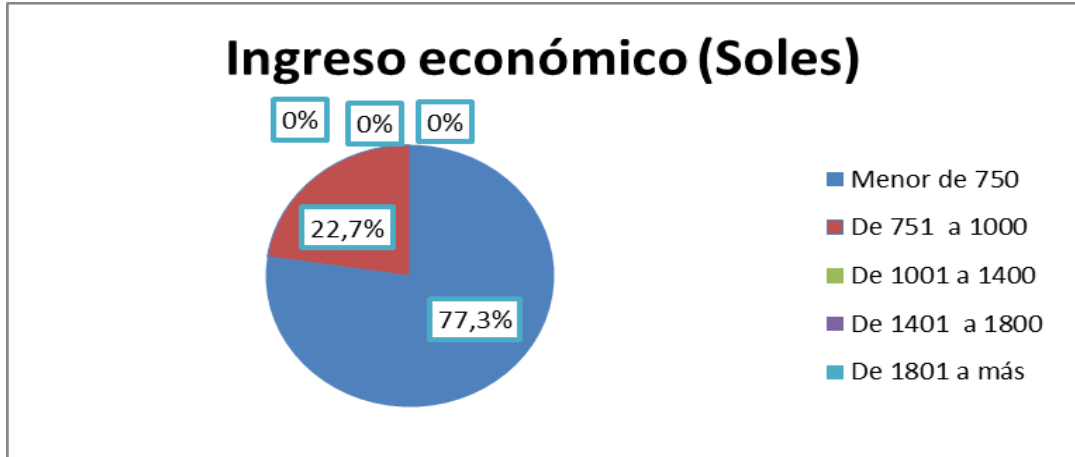
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en en adultos mayores en el P.S.La Florida –Chimbote.. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

GRÁFICO 2
GRÁFICO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LOS ADULTOS
MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL
P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013.



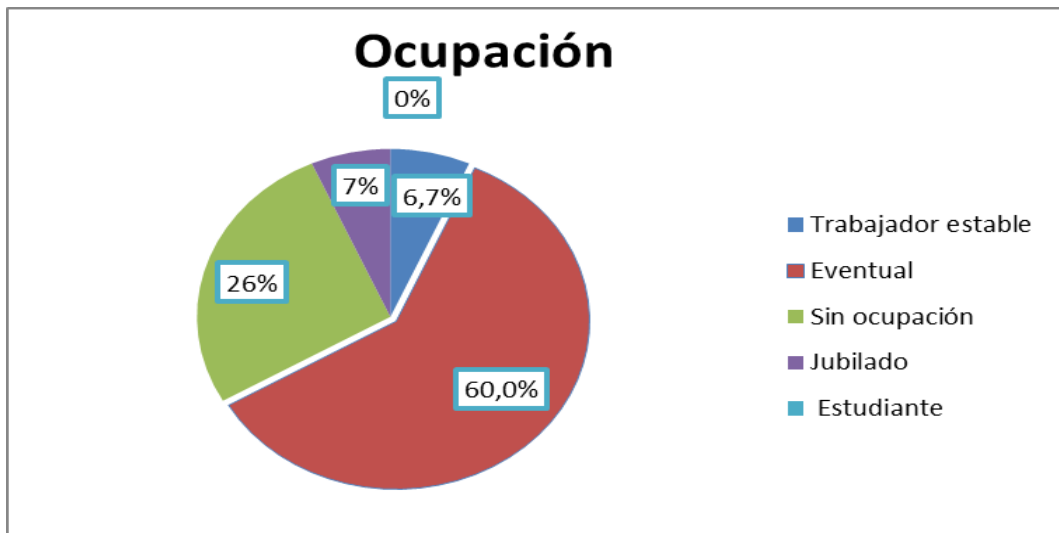
P.S.La Florida –Chimbote.. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación.

GRAFICO 3
GRÁFICO SEGÚN INGRESO ECONÓMICO EN LOS ADULTOS
MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-
CHIMBOTE 2013.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote.. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

GRAFICO 4
GRÁFICO SEGÚN OCUPACION EN LOS ADULTOS MAYORES CON
HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013

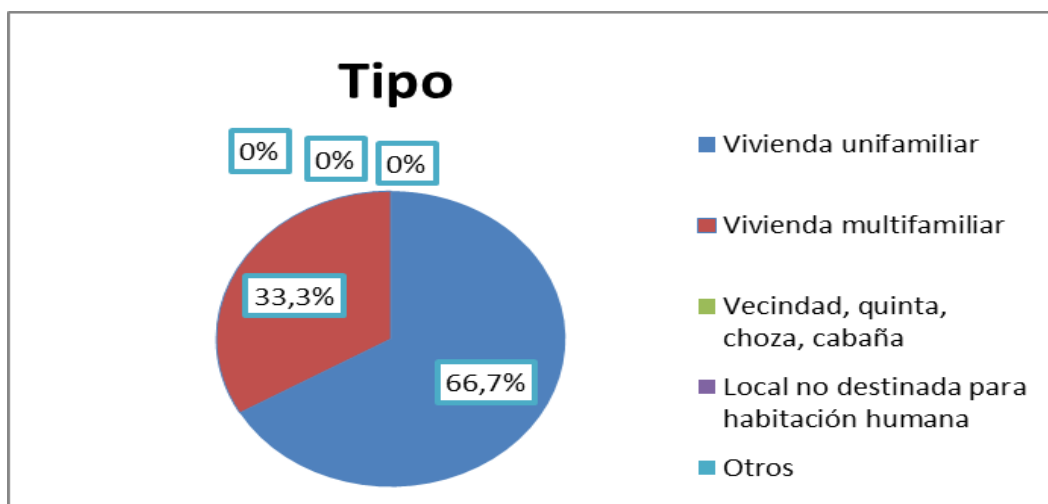


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote.. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRÁFICO 5

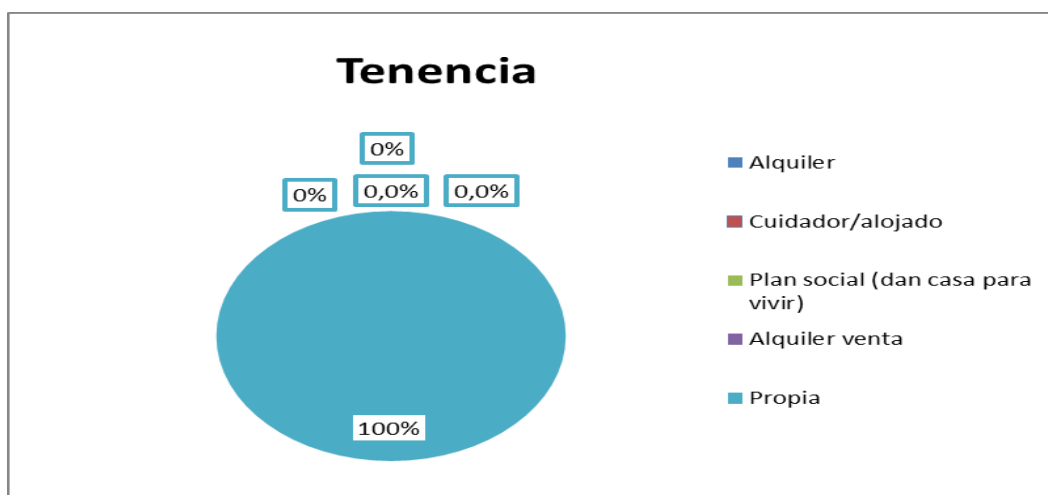
GRÁFICO SEGÚN TIPO DE VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S. La Florida Chimbote.. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

GRÁFICO 6

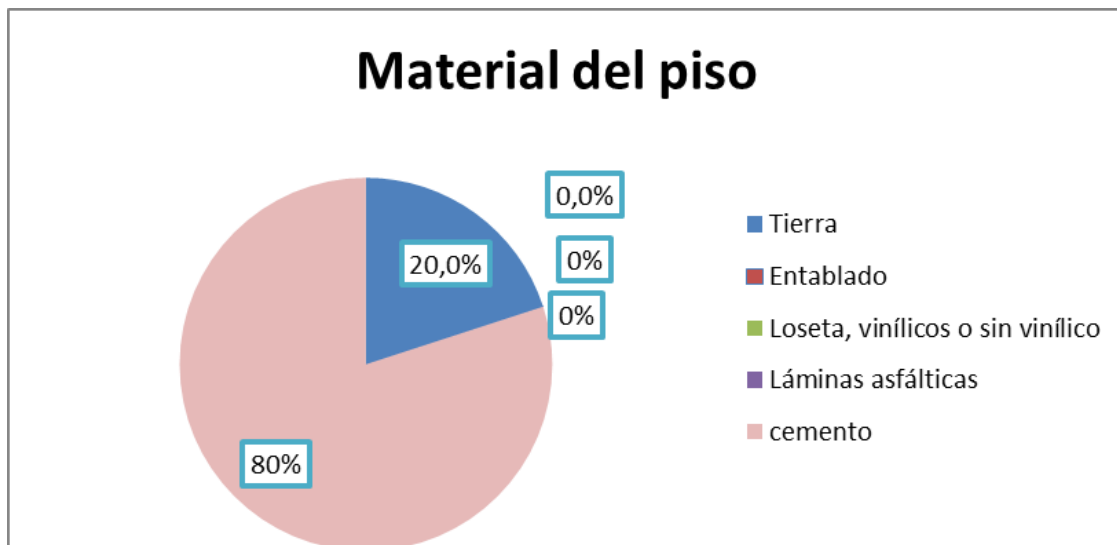
GRÁFICO SEGÚN TENENCIA DE VIVIENDA EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S. La Florida Chimbote.. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

GRÁFICO 7

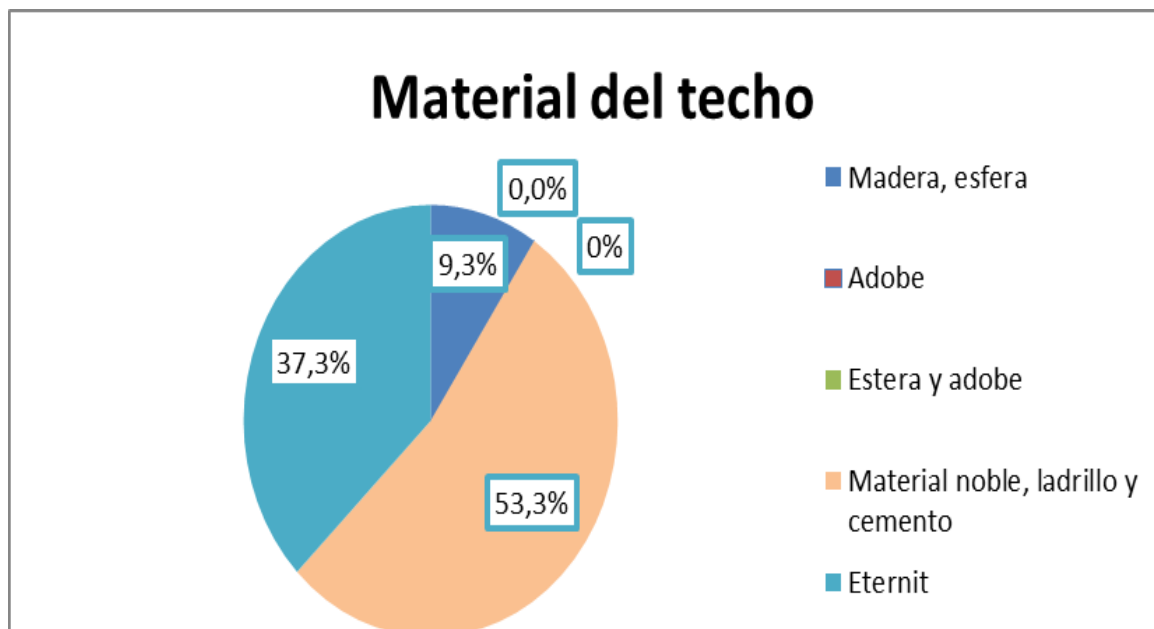
GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DE PISO DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote.. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación.

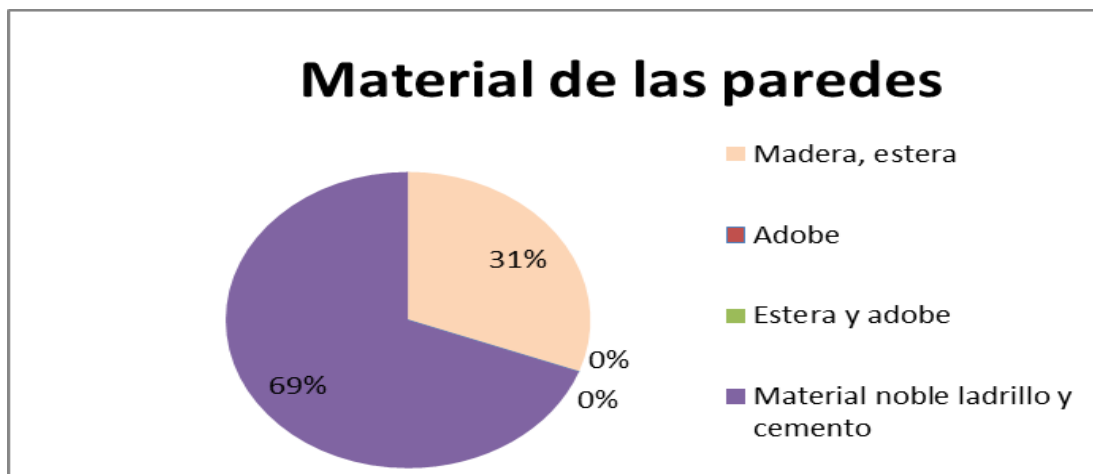
GRÁFICO 8

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DE TECHO DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote.. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

GRÁFICO 9
GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DE LAS PAREDES DE LAS VIVIENDAS EN EN
LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN
EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación.

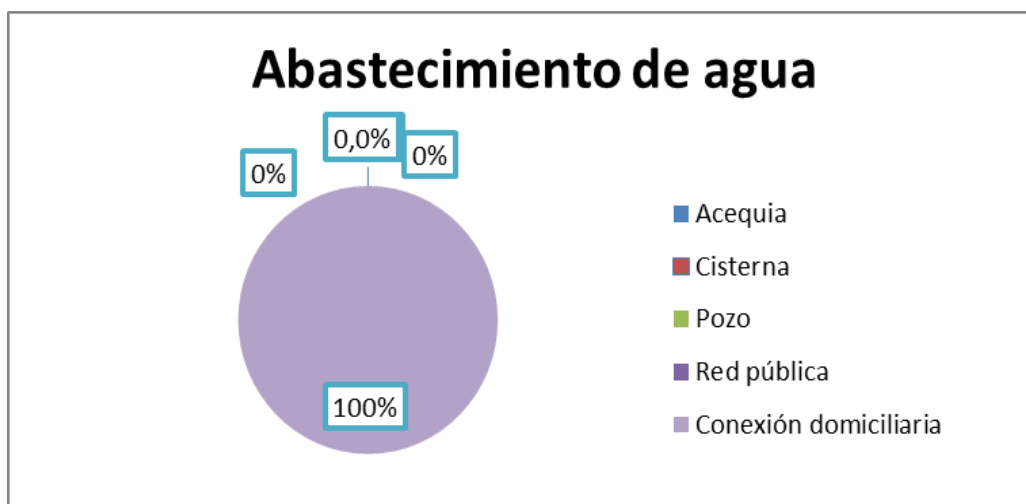
GRÁFICO 10
GRÁFICO SEGÚN N° DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACION EN
LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL
P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote.. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación.

GRÁFICO 11

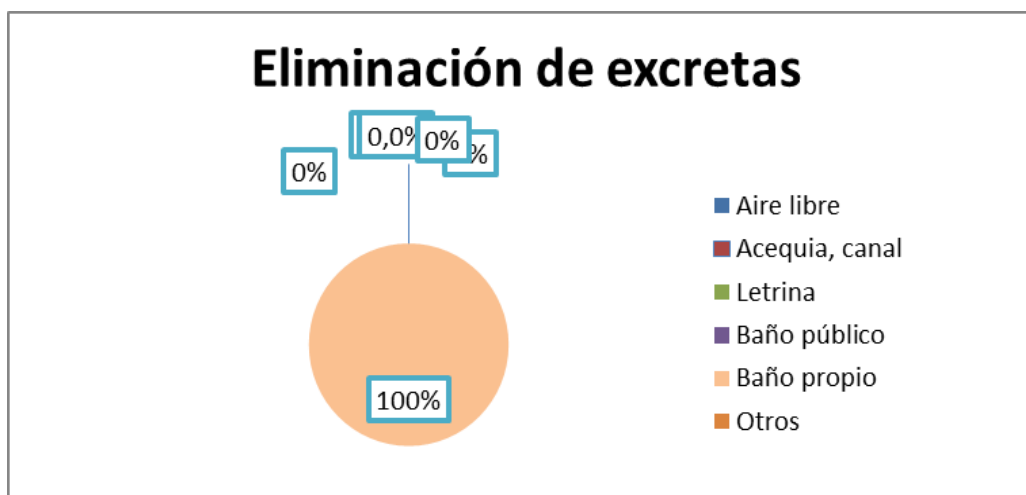
GRÁFICO SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación.

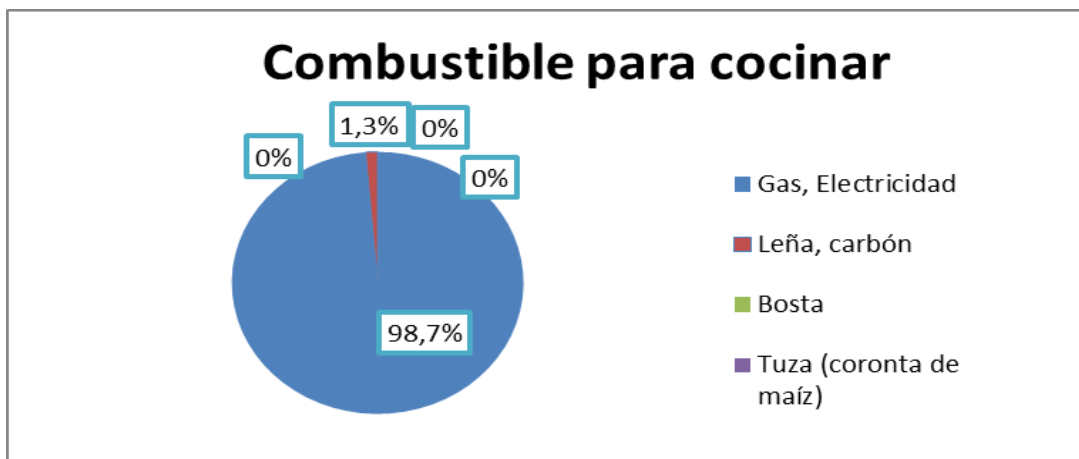
GRÁFICO 12

GRÁFICO SEGÚN ELIMINACION DE EXCRETAS EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013



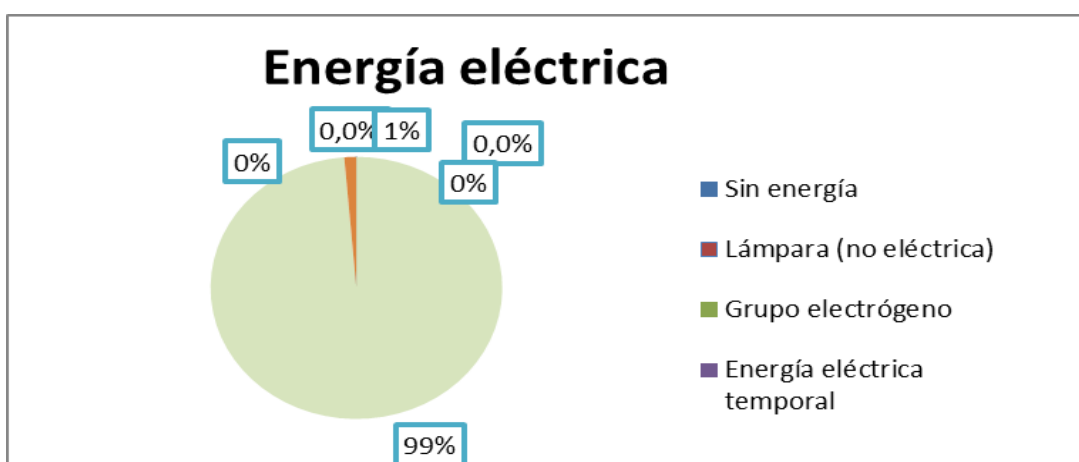
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación.

GRÁFICO 13
GRÁFICO SEGÚN COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LOS ADULTOS
MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-
CHIMBOTE 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación.

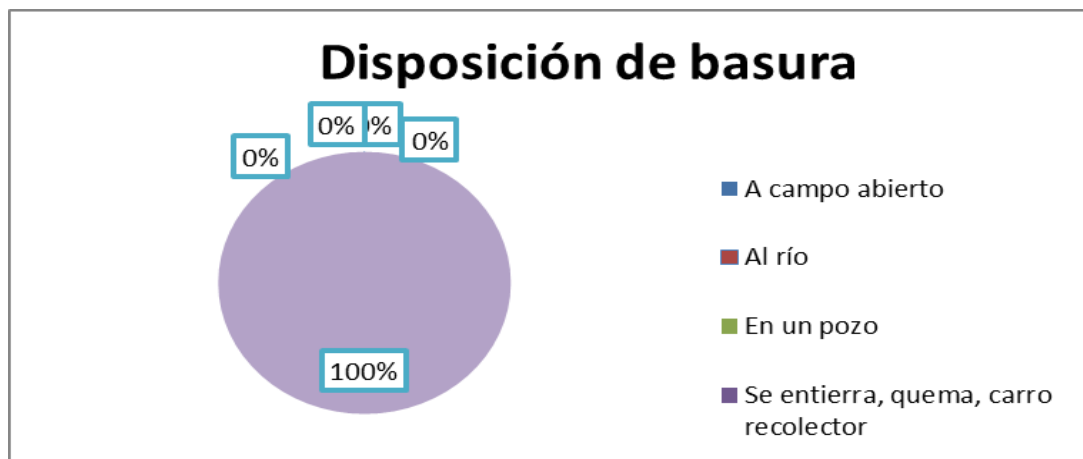
GRÁFICO 14
GRÁFICO SEGÚN ENERGÍA ELECTRICA DE LAS VIVIENDAS EN EN LOS
ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL
P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación.

GRÁFICO 15

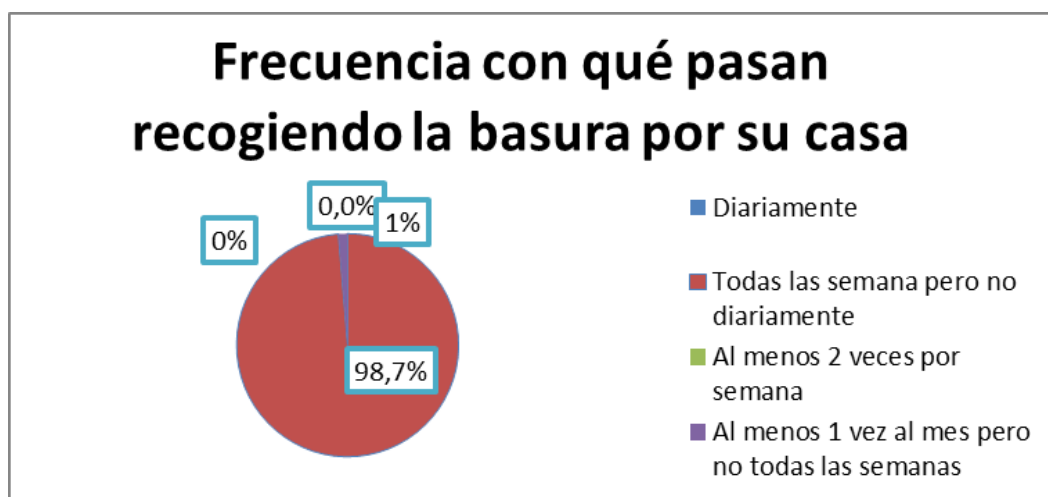
GRÁFICO SEGÚN DISPOSICION DE BASURA DE LAS VIVIENDAS EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

GRÁFICO 16

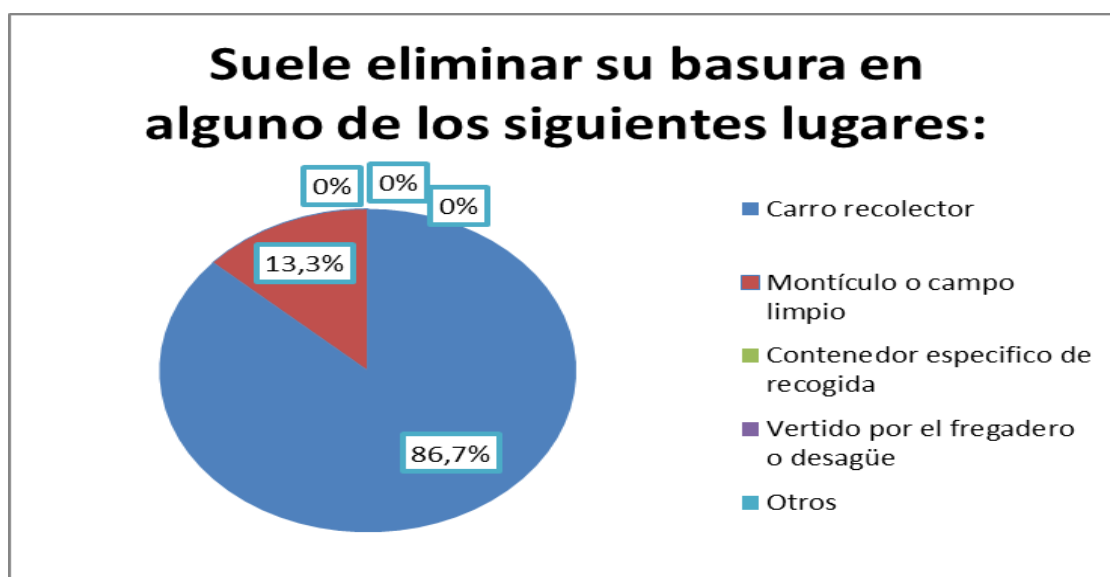
GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA DE LAS VIVIENDAS EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

GRÁFICO 17

GRÁFICO SEGÚN ELIMINACION DE SU BASURA EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013.

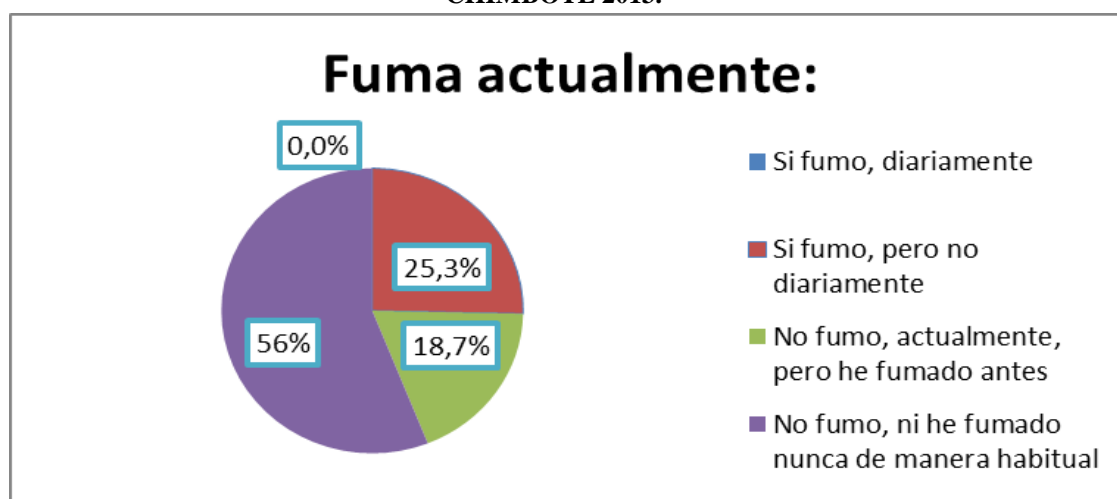


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

DETERMINANTE DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRÁFICO 18

GRÁFICO SEGÚN FUMA ACTUALMENTE DE LAS VIVIENDAS EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

GRAFICO 19

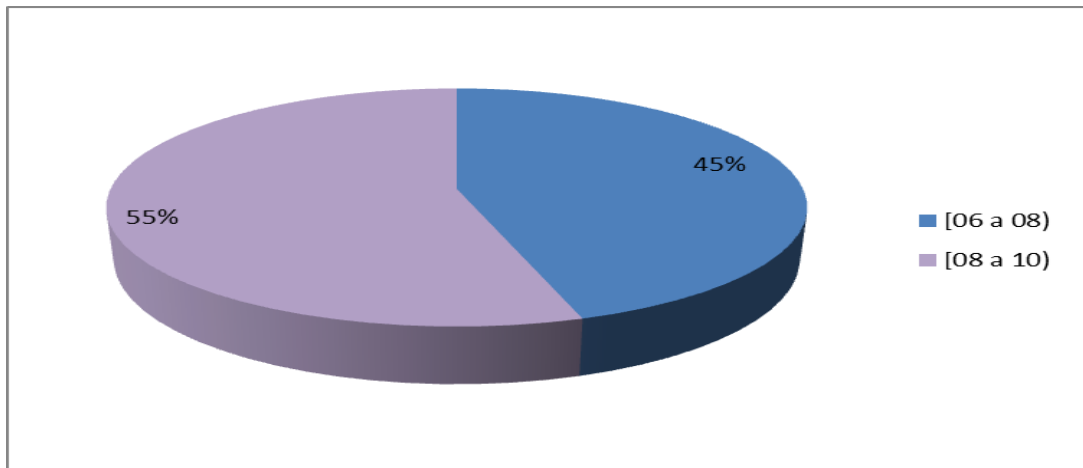
GRAFICO SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación.

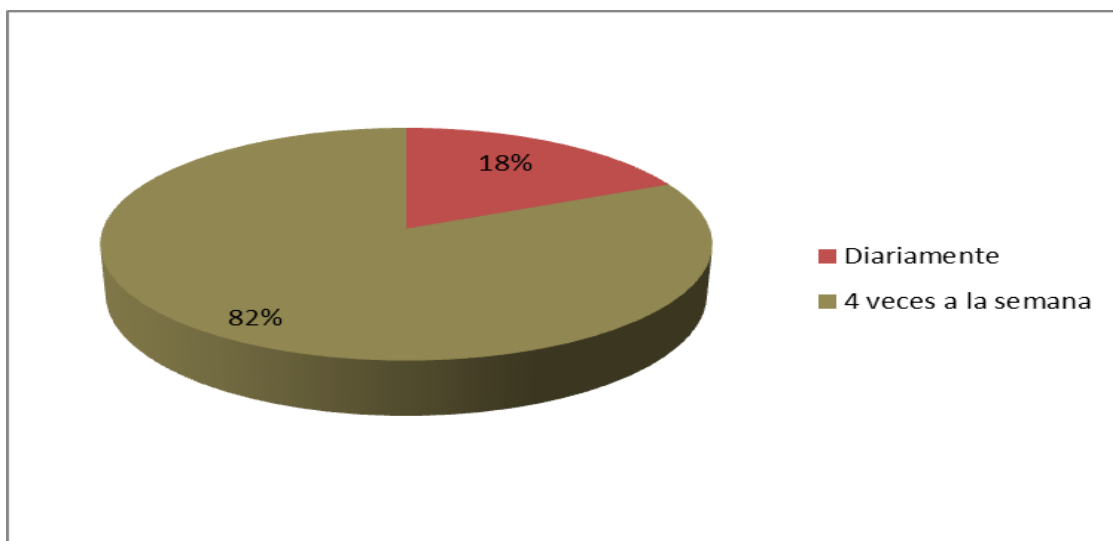
GRÁFICO 20

GRÁFICO SEGÚN N° DE HORAS QUE DUERME EN ALCOHÓLICAS EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación.

GRÁFICO 21
GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUE SE BAÑA, LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S. La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

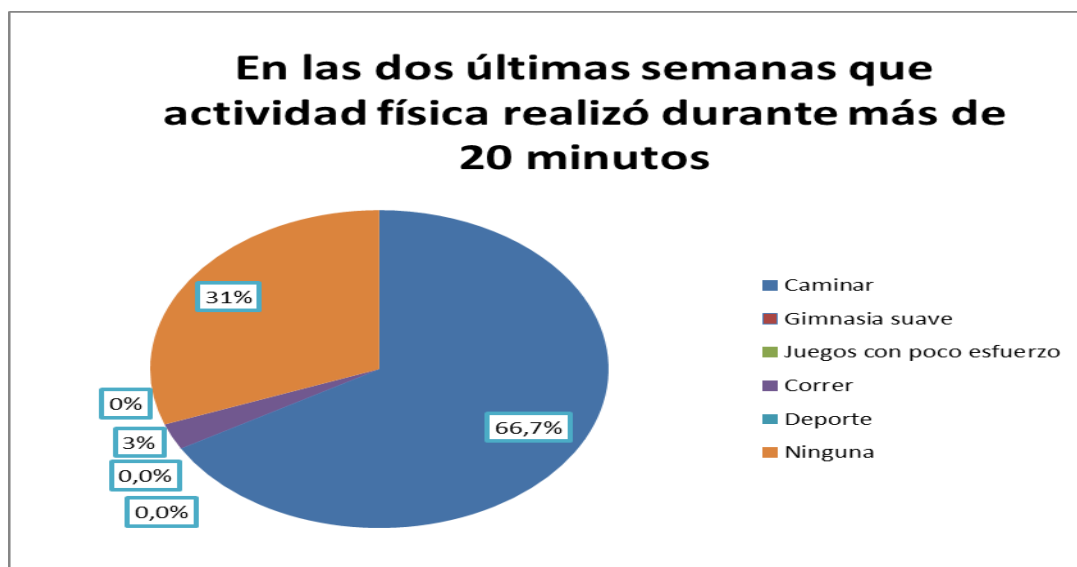
GRÁFICO 22
GRÁFICO SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S. La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

GRÁFICO 23

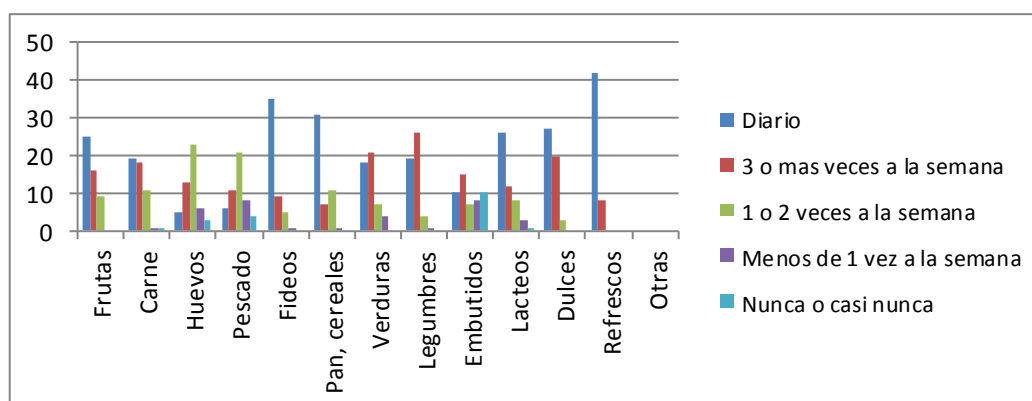
GRÁFICO SEGÚN EN LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZO DURANTE MAS DE 20 MINUTOS EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación.

GRÁFICO 24

GRÁFICO SEGÚN ALIMENTOS QUE CONSUMEN EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013.

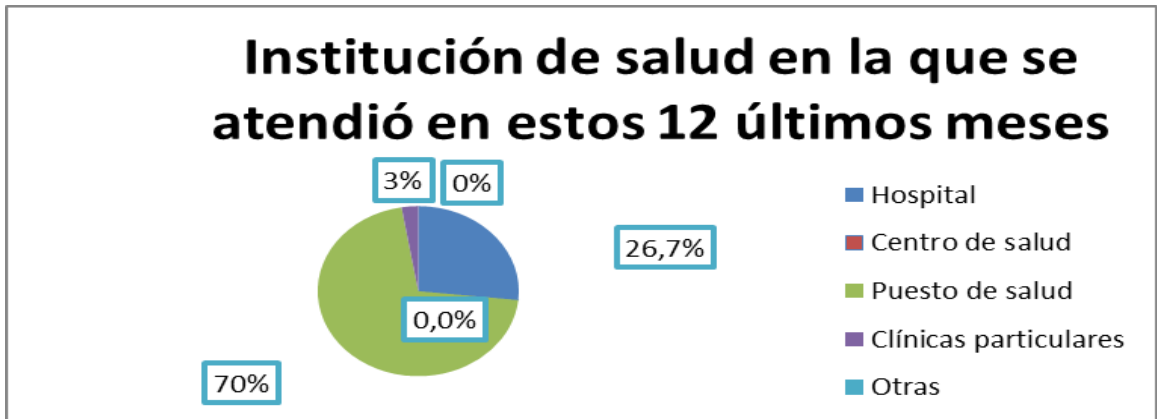


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación.

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRÁFICO 25

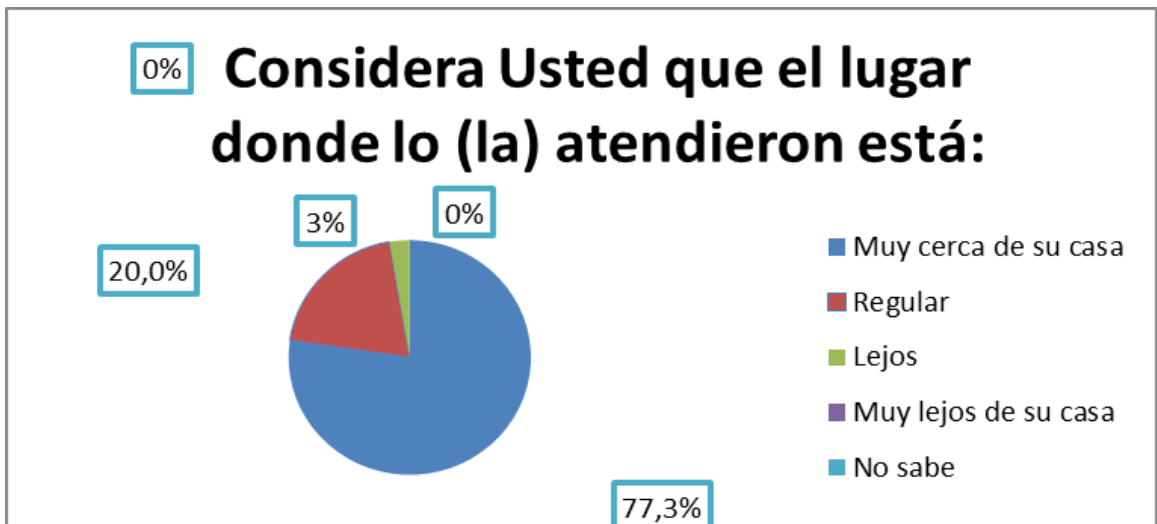
GRÁFICO SEGÚN INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ EN ESTOS 12 ÚLTIMOS MESES LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación.

GRÁFICO 26

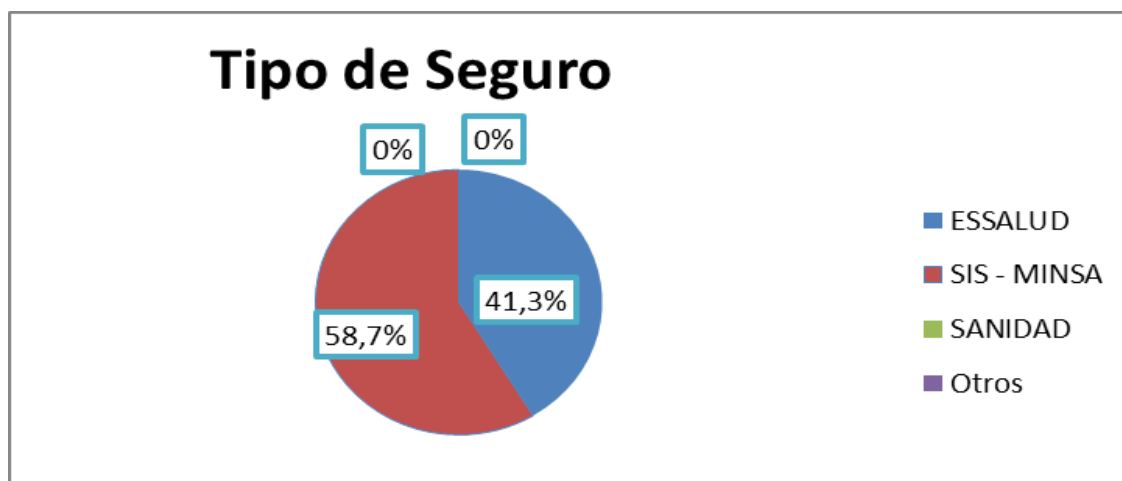
GRÁFICO SEGÚN CONSIDERA USTED QUE EL LUGAR DONDE LA ATENDIERON LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

GRÁFICO 27

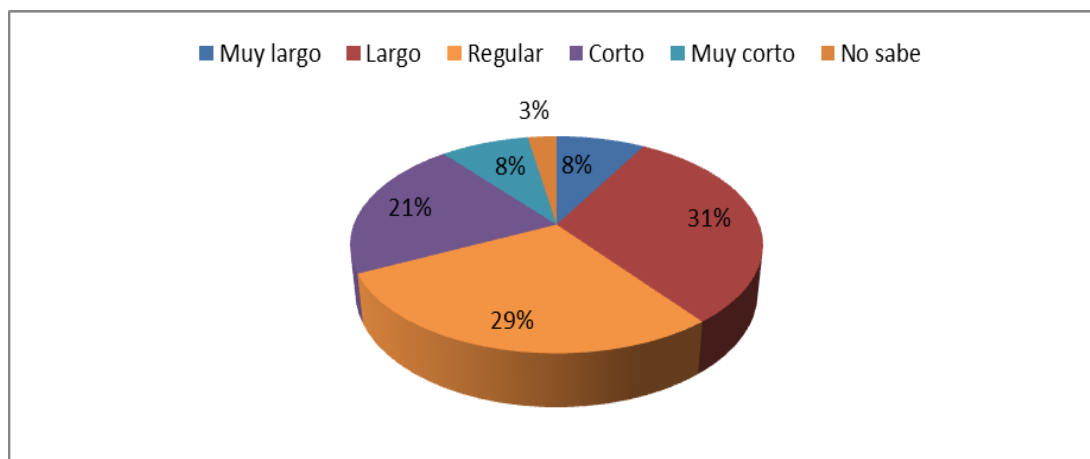
GRÁFICO SEGÚN TIPO DE SEGUR EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación.

GRÁFICO 28

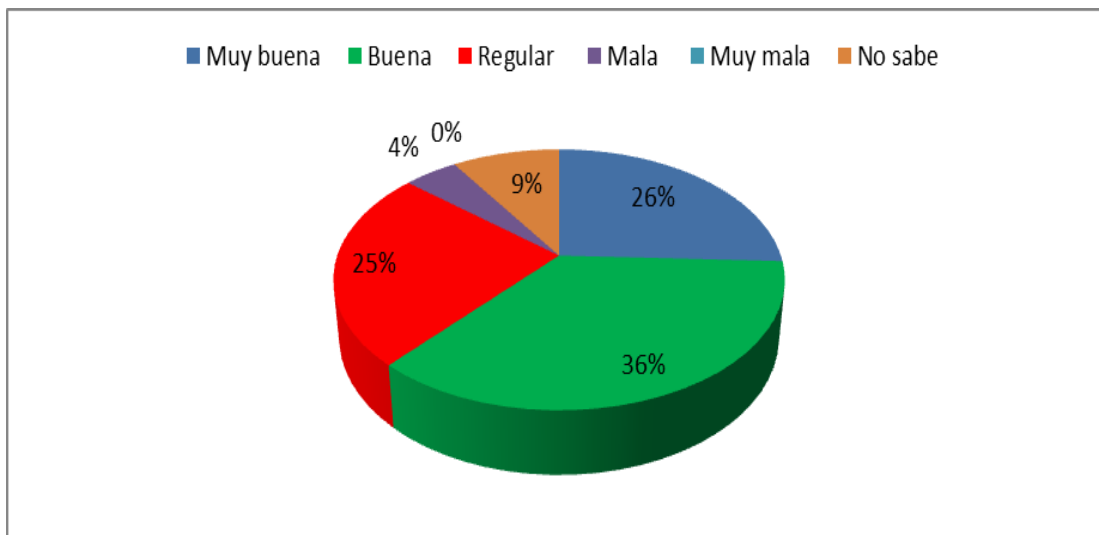
GRÁFICO SEGÚN EL TIEMPO QUE ESPERÓ PARA QUE (LA) ATENDIERAN ¿LE PARECIÓ? ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

GRÁFICO 29

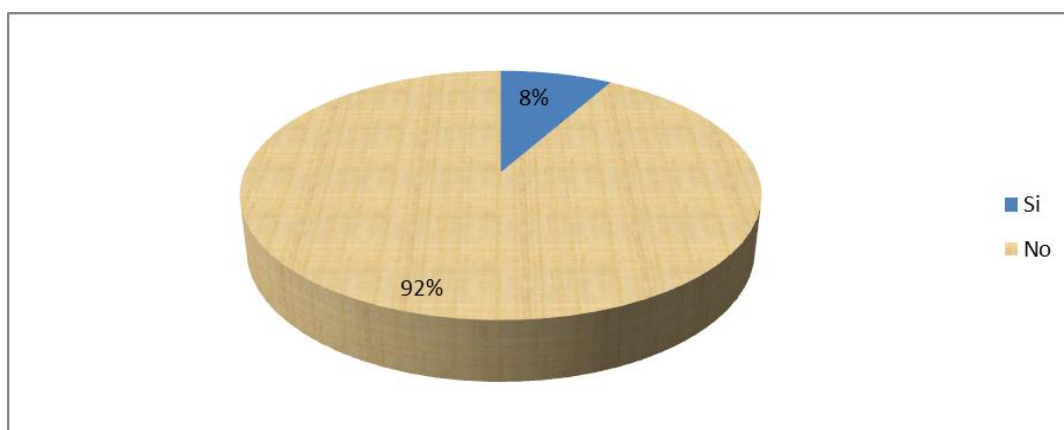
GRÁFICO SEGÚN CALIDAD DE ATENCIÓN EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

GRÁFICO 30

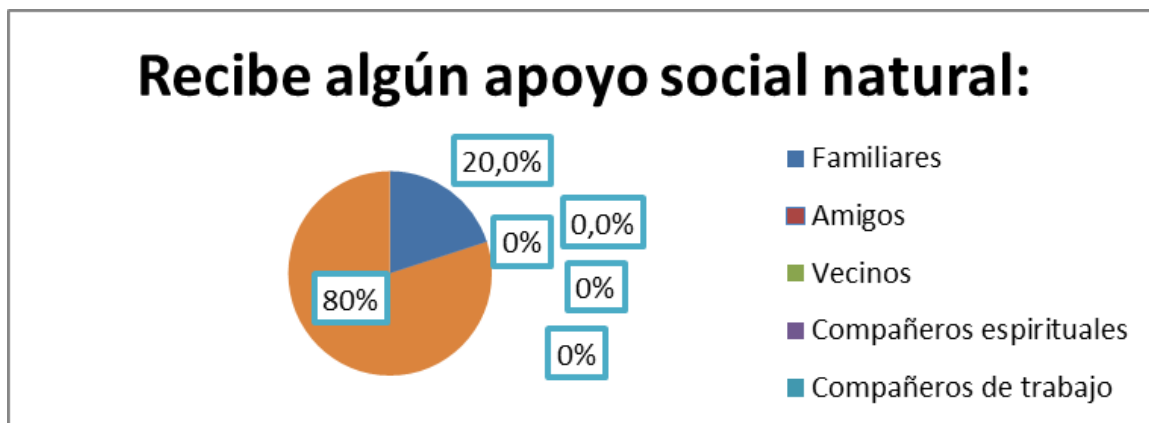
GRÁFICO SEGÚN PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

GRÁFICO 31

GRÁFICO SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

GRÁFICO 32

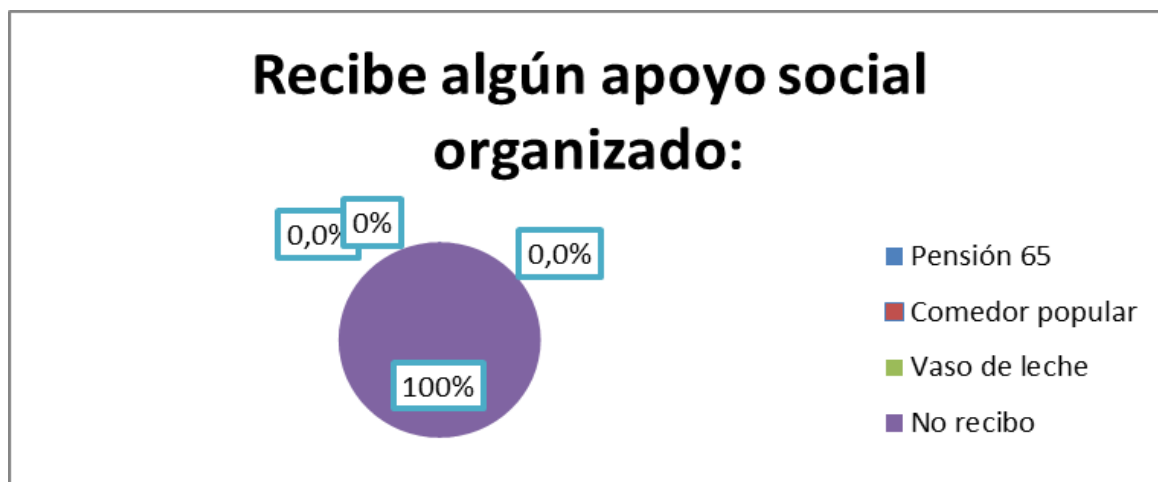
GRÁFICO SEGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

GRÁFICO 33

GRÁFICO SEGÚN APOYO SOCIAL DE ORGANIZACIONES EN EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES EN EL P.S.FLORIDA-CHIMBOTE 2013.



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores en el P.S.La Florida Chimbote. Elaborado por la Dra. Enf. Vílchez Reyes María Adriana, directora de la línea de investigación

ANEXO 1



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

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

Elaborado por Vélchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

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

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

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

2. **Edad:**

- Adulto Joven (18 años a 29 años 11 meses 29 días) ()
- Adulto Maduro (De 30 a 59 años 11 meses 29 días) ()
- Adulto Mayor (60 a más años) ()

3. **Grado de instrucción:**

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

4. **Ingreso económico familiar en nuevos soles**

- Menor de 750 ()

- De 751 a 1000 ()
- De 1001 a 1400 ()
- De 1401 a 1800 ()
- De 1801 a más ()

5. Ocupación del jefe de familia:

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

6. Vivienda

6.1. Tipo:

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

6.2. Tenencia:

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

6.3. Material del piso:

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

- Parquet ()

6.4. Material del techo:

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

6.5. Material de las paredes:

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

6.6 Cuantos personas duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua:

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

8. Eliminación de excretas:

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

9. Combustible para cocinar:

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

10. Energía eléctrica

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

11. Disposición de basura:

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

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

- Diariamente ()

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

17. Con que frecuencia se baña?

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

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

Si () NO ()

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

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

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

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

21. DIETA:

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

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

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

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

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

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

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

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

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

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

27. Qué tipo de seguro tiene Usted:

- ESSALUD ()

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

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

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

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

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

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si () No ()

Muchas gracias, por su colaboración

ANEXO N° 02

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; esta investigación 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.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

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

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.

ANEXO N° 3

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

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

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
Coefficiente de validez del instrumento														0,998

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

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO: _____

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE: _____

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA ¿La habilidad o conocimiento medido por este reactivo es....?			ADECUACIÓN (*) ¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
4 DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								

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

Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentarios									
P18									

Comentario									
P19									
Comentario									
P20									
Comentario									
P21									
Comentario									
6 DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario:									
P25									
Comentario:									
P26									
Comentario:									
P27									
Comentario:									
P28									

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

Comentario								
P29								
Comentario								
P30								
Comentario								

Gracias por su colaboración.

ANEXO N° 04



**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES
HIPERTENSOS Y DIABETICOS.PUESTO DE SALUD FLORIDA-
CHIMBOTE,2013.**

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

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

.....

FIRMA