



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS
MAYORES CON DIABETES, PUESTO DE SALUD
MAGDALENA NUEVA – CHIMBOTE, 2016**

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

AUTORA:

MAYUMI SAYURI ESTACIÓN CATALINO

ASESORA:

DRA. MARÍA ADRIANA VÍLCHEZ REYES

CHIMBOTE – PERÚ

2018

JURADO EVALUDOR DE TESIS

Dra. María Elena Urquiaga Alva
PRESIDENTE

Mgtr. Leda María Guillen Salazar
MIEMBRO

Mgtr. Fanny Rocío Ñique Tapia
MIEMBRO

DEDICATORIA

A mis padres:

Juan y María, por darme la vida y ser ejemplos de superación; por su apoyo incondicional sus consejos para hacer de mí una persona de buenos valores el cual me ayuda a seguir adelante.

A mis hermanos:

Por motivarme a seguir adelante a nunca rendirme por su amor incondicional, su cariño y por confiar siempre en mí.

AGRADECIMIENTO

A mi padre Dios:

Por ser quien me dio la vida y fuerza
de poder seguir cumpliendo mis
metas que anhelo hacia mi futuro,
por no abandonarme en los
momentos más difíciles y por ser mi
guía en todo momento.

A mis amigos:

Porque están siempre conmigo,
en cada paso y nueva
experiencia de la carrera
profesional, así como en la vida
cotidiana.

RESÚMEN

El presente trabajo de investigación tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo describir general: Describir los determinantes de la salud en adultos mayores con diabetes. Puesto de Salud Magdalena Nueva. La muestra estuvo constituida por 54 adultos mayores con diabetes a quienes se aplicó un instrumento: Cuestionario sobre determinantes de la salud, utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en 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 llegando a los siguientes resultados y conclusiones: En los determinantes del entorno biosocioeconómicos la mayoría de los adultos mayores con diabetes, son de sexo femenino, más de la mitad tiene un ingreso económico de menor de 750 soles, la totalidad de vivienda es de tenencia propia, más de la mitad el material de piso es de loseta, vinílicos o sin vinílico. En los determinantes de los estilos vida, la mayoría realiza actividad física como caminar, no acude a un establecimiento de salud, las horas duerme es de 6 a 8 horas. En los determinantes de redes sociales y comunitarias, la totalidad no recibe algún apoyo social organizado, el tipo de seguro que cuentan es el SIS –MINSa.

Palabras clave: Adultos mayores, determinantes de la salud.

SUMMARY

The present research work quantitative type, descriptive with single-box design. It aimed to describe general: Describe the determinants of health in older adults with diabetes. Health post Magdalena Nueva. The sample consisted of 54 older adults with diabetes to whom an instrument was applied: Questionnaire on determinants of health, using the technique of interviewing and observation. The data was processed in a database in the PASW Statistics software version 18.0, for its respective processing. For the analysis of the data, tables of distribution of absolute frequencies and relative percentages were constructed. As well as their respective statistical graphs reaching the following results and conclusions: In the determinants of the biosocioeconomic environment most of the elderly with diabetes, are female, more than half have an economic income of less than 750 soles, the whole of housing is own tenure, more than half the floor material is tile, vinyl or non-vinyl. In the determinants of life styles, most of them perform physical activity such as walking, do not go to a health facility, sleep hours is 6 to 8 hours. In the determinants of social and community networks, the whole does not receive any organized social support, the type of insurance they have is the SIS -MINSA.

Keywords: Older adults, determinants of health.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCION.....	1
II. REVISION DE LITERATURA	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	13
2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación.....	18
III. METODOLOGIA	
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	27
3.2 Población y muestra.....	27
3.3 Definición y operacionalización de variables.....	28
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	37
3.5 Plan de análisis.....	39
3.6 Matriz de consistencia.....	41
3.7 Principios éticos.....	43
IV. RESULTADO	
4.1 Resultados.....	44
4.2 Análisis de resultados.....	51
V. CONCLUSIONES	
5.1 Conclusiones.....	77
5.2 Recomendaciones.....	79
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	80
ANEXOS.....	96

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1: DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONOMICOS DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES. PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA CHIMBOTE	
2016.....	44
TABLA 2: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES. PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA CHIMBOTE	
2016.....	45
TABLA 3: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES. PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA CHIMBOTE	
2016.....	47
TABLA 4, 5, 6: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES. PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA CHIMBOTE	
2016.....	49

ÍNDICE DE GRAFICOS

	Pág.
GRÁFICO DE TABLA 1: DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONOMICOS DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES. PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA CHIMBOTE 2016.....	117
GRÁFICO DE TABLA 2: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES. PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA CHIMBOTE 2016.....	119
GRÁFICO DE TABLA 3: DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES. PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA CHIMBOTE 2016.....	125
GRÁFICO DE TABLA 4, 5, 6: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES. PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA CHIMBOTE 2016.....	129

I. INTRODUCCIÓN:

Actualmente, el número de pacientes diabéticos se incrementa notoriamente cada año. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes, y para el 2017 la población de diabéticos ascenderá a 450 millones; la diabetes se está convirtiendo en una epidemia mundial relacionada con el rápido aumento del sobrepeso, la obesidad y la inactividad física. Se calcula que en el 2004 fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencia del exceso de glucosa en la sangre. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios debido a sus complicaciones. Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres (1).

En el mundo más del 95 % de la población del mundo tiene algún problema de salud y en muchos casos hay personas con hasta cinco enfermedades, según un análisis del llamado Estudio global de la carga de la enfermedad. A medida que la población mundial aumenta y se incrementa el número de ancianos, las personas que viven en condiciones no totalmente saludables puede verse incrementada en los próximos años, agrega el estudio tras distintos aspectos del estado de la salud de la población en todo el mundo, en el 2016, la artritis, los dolores de espalda, la depresión, la ansiedad, el consumo de alcohol y las drogas contabilizaron casi la mitad de los problemas de salud de la población, los autores señalan que, por ejemplo, el fuerte incremento de los casos de diabetes -que han aumentado un 43 % en los últimos 23 años- contrastó con el incremento de muertes por esta enfermedad, que fue de tan sólo el 9 % (2).

La Organización Mundial de la Salud OMS, ha determinado que, en el futuro, la preocupación por la discapacidad será aún mayor, debido a que cada día aumenta más teniendo en cuenta que la población está envejeciendo lo que conlleva a que el riesgo de discapacidad sea mayor entre los adultos mayores, así como el aumento mundial de las enfermedades crónicas tales como diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental, por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS), frente a la estrategia de “Salud para todos en el año 2000”, matiza su clásica definición proponiendo como objetivos que los habitantes de todos los países tengan un nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven (3).

Actualmente en el mundo las principales causas de mortalidad en el mundo son los diferentes problemas que afectan al corazón llamados “cardiopatía isquémica” al que le sigue el accidente cerebrovascular. Responsables de 15 millones de muertes en 2016. En tercer sitio se encuentra las infecciones de las vías respiratorias que causaron 3,2 millones de defunciones. Le sigue la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con 3,2 millones de fallecimientos; mientras que los cánceres de pulmón, tráquea y de bronquios, mataron a 1,7 millones de personas. La diabetes entró a la tabla de las principales causas hasta y se convirtió en la sexta causa de muerte en el mundo. Las muertes que eran menores a un millón hace 17 años, alcanzaron los 1,6 millones en 2016 (4).

Situación de salud en América Latina, la prevalencia de diabetes es de 25%, 80% del tipo 2. También es frecuente la hipertensión arterial (41-68%), la enfermedad coronaria (27-38%), evento cerebrovascular (24-29%). Los

diabéticos presentan frecuentemente secuelas, amputaciones (12%), ceguera (5%), diálisis (2%). Sin embargo, la frecuencia de visita al Médico Internista, neurólogo, psiquiatra, oftalmólogo y otorrinolaringólogo estaba muy distanciada. Un 50 % reciben menos de un tratamiento dental al año. Y una tercera parte recibe un aporte nutricional inadecuado. No se realiza adecuadamente el diagnóstico de demencia. Los diabéticos insulino dependientes son valorados cada 15 días y los no insulino dependientes, son valorados cada 3 meses. Solo un 10 % son vistos por el oftalmólogo cada año (5).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), informa que la población en situación de pobreza total pasó de 21.8% en 2015 a 20.7% en 2016, lo cual representó que alrededor de 264,000 peruanos salieran de la pobreza en un año. Mientras tanto, unos 6.5 millones quedaron aún en esta situación. Cabe resaltar que son considerados pobres aquellos que no pueden cubrir el costo promedio mensual de la canasta básica de consumo, compuesta por alimentos y otros bienes, valorizada en S/328 por persona. Para el INEI, aquellos no logran cubrir ese valor (línea de pobreza) son considerados pobres. Asimismo, en los últimos diez años, la pobreza total –a nivel nacional– se redujo en 21.7 puntos porcentuales, cayendo también en las áreas rurales (-30.2%) y urbanas (-16.2%) (6).

El Perú ha experimentado un importante desarrollo económico, sin embargo, todavía persisten brechas en distintos sectores de la sociedad, que generan injusticias e inequidades. Ejemplo de ello es que cerca del 30 % de la población no tiene acceso a agua potable. El Estado Peruano invierte menos del 2 % del Producto bruto interno en salud, siendo uno de los presupuestos

más bajos en Sudamérica. Tenemos altas tasas de mortalidad materna; mientras que en Lima muere una mujer por causas relacionadas con su embarazo, parto o puerperio; ocho fallecen en Cajamarca, principalmente en las zonas rurales donde está concentrada la pobreza, altas tasas de mortalidad infantil y elevada prevalencia de malaria, dengue, Leishmaniosis y hepatitis B. Han emergido y reemergido nuevas enfermedades, como la peste neumónica en la región La Libertad y últimamente, la enfermedad pulmonar por hantavirus en la región Loreto (7).

La Declaración de Alma Ata es el mayor pronunciamiento internacional en salud que hasta ahora haya tenido lugar en el mundo. Después de 30 años, sigue siendo el marco en el que se reconocen y confluyen la mayor parte de quienes luchan por el derecho a la salud de los pueblos Alma Ata proclama que la atención primaria de la salud (APS) es la clave para lograr salud para todos los pueblos del mundo en el tiempo de una generación (8).

En los determinantes de la salud varios factores combinados afectan la salud de los individuos y las comunidades. La condición de "salud" está determinada por sus circunstancias y las del medio ambiente, el contexto en el que las personas viven determinan su salud, por lo tanto, es inapropiado culpar a los individuos por tener una "salud pobre" u otorgarles un "crédito" por su buena salud, circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local que dependen a su vez de las políticas adoptadas (9).

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones sociales y económicas que influyen en las diferencias individuales y colectivas en el

estado de salud. Se trata de aquellos riesgos asociados a las condiciones de vida y de trabajo, por ejemplo, la distribución de ingresos, bienestar, poder, más que factores individuales como sería el estilo de vida individual o la herencia genética, que aumentan la vulnerabilidad hacia las enfermedades. De acuerdo con algunos puntos de vista, la distribución de los determinantes sociales de la salud está relacionada con la política pública, que manifiesta la ideología del grupo en el gobierno dentro de una jurisdicción (10).

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, determina que a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Reconoce a la promoción de la salud como una estrategia más efectiva de salud pública capaz de detener la presencia de casos nuevos de enfermedad a nivel poblacional. Esto es aquella estrategia capaz de parar la presencia de las enfermedades y mantener un equilibrio en estado óptimo la salud de las poblaciones y/o comunidades, precisamente porque actúa sobre estos determinantes. La promoción de la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud". Este concepto se pone en práctica usando enfoques participativos; los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos (11).

La salud de los individuos anteriormente recibió deficientes atenciones de los sistemas de salud, tanto en el concepto de prioridades como en la formulación de planes y programas. Así mismo, 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 aparición de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (12).

La Promoción de la Salud en América Latina busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, asumiendo la relación de mutua determinación entre salud y desarrollo. La Región, desgarrada por la inequidad que se agrava por la prolongada crisis económica y los programas de políticas de ajuste macro económico, enfrenta el deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población, junto con un aumento de los riesgos para la salud y una reducción de los recursos para hacerles frente. Por consiguiente, el desafío de la Promoción de la Salud en América Latina consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por o solidaridad. y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo (13).

La equidad en la salud implica que, idealmente, todos tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse. Equidad, en consecuencia, se refiere la creación de las mismas oportunidades para la salud, así como a la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible (14).

Inequidad en salud como aquellas desigualdades que son injustas, evitables y se rigen por procedimientos imparciales. Es injusta y por tanto inequitativa, una situación de desigualdad que no es necesaria, que es evitable y que es causada por discriminaciones o tratamientos preferenciales para

lograr un pleno potencial en salud (15).

Los Determinantes Sociales de la Salud, en cuya visión “el contexto mundial afecta la forma en que las sociedades prosperan mediante su impacto en las políticas públicas y normas tradicionales, y las relaciones internacionales. Esto a su vez determina la manera en que la sociedad organiza sus asuntos en el nivel local y el nivel nacional, lo que da origen a formas de jerarquía y posicionamiento social. El lugar que ocupan las personas en la jerarquía social afecta las condiciones en que crecen, aprenden, viven, trabajan y envejecen: su vulnerabilidad a las enfermedades; y las consecuencias para la mala salud (16).

La salud, y la posibilidad de alcanzar el mayor grado de salud que se pueda lograr, constituyen derechos universales de las personas, que además resultan fundamentales para la sociedad en su conjunto. En este marco se inscribe la mirada de equidad en salud, cuyo propósito central es que las personas alcancen su potencial de salud, independiente de sus condiciones sociales y económicas, no obstante, en la actualidad persisten drásticas desigualdades en materia de salud, tanto entre los diferentes países como al interior de los mismos, las que se vinculan a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud, que tienen las personas en función de distintos aspectos, tales como su clase social, sexo, territorio o etnia, y que determinan las condiciones en las que crecen, viven, trabajan y envejecen (17).

El sistema de salud también constituye un determinante social de la salud, en tanto las desigualdades de acceso y de calidad del mismo, inciden en las desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades, y las posibilidades de restablecimiento y supervivencia tras una

enfermedad. En este sentido, se deben considerar en el análisis datos sobre la estructura del sistema de salud y los recursos de que dispone la región, las redes asistenciales y la dotación de personal en las regiones (que determinan la oferta existente y las posibilidades de derivación de las personas), la cobertura y el acceso a los servicios de salud, así como la situación de la población en materia de previsión de salud (18).

En nuestro país existen circunstancias 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, desigualdades significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente de los adultos. Sin violentar los supuestos ideales 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 (19).

Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones de los adultos mayores que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (19).

No escapa los problemas de salud en el país, observando así en 3 grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y así 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 (20).

Frente a dicha problemática no escapan los adultos mayores con diabetes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, distrito de la provincia del Santa, en el año 1964 el 30 de octubre de ese año el Pueblo Joven Alto Perú, posteriormente se fueron creando los pueblos jóvenes de la Victoria, Antenor Orrego y Magdalena Nueva en 1973 posteriormente en número de familias se fue incrementando hasta constituir un agrupamiento habitacional en 1986 se realiza la localidad de Magdalena Nueva la entrega de un nuevo local con la finalidad que funcione un Puesto de Salud que lleve el mismo nombre a cargo de las localidades cercanas a dicho establecimiento (20).

Actualmente el Puesto de Salud Magdalena Nueva, cuenta con 11 localidades a su cargo, así mismo se pudo evidenciar diversas carencias en algunas de las localidades, falta de pistas se pudo evidenciar casas prefabricadas como triplex, esteras y algunas de adobe en las cuales la cuarta parte de los adultos mayores viven solos pasando por muchos riesgos sus vidas, así mismo gran mayoría de los adultos mayores refirieron que no cuentan con ningún apoyo social, pero refirieron que, si cuentan con apoyo económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, familiar, ya que la mayoría no tiene ninguna ocupación, algunos adultos mayores refirieron que algunos meses atrás no acuden a sus controles ya que la atención es regular y también por lo que no hay nadie en casa quien les acompañe, también pude evidenciar que lo adultos mayores no se encuentran en un buen estado de higiene (20).

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en los adultos mayores con diabetes en el Puesto de Salud, Magdalena Nueva – Chimbote 2016?

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

Describir los determinantes de la salud en los adultos mayores con diabetes en el Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote 2016.

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

Identificar los determinantes del entorno biosocioeconomico de los adultos mayores con diabetes en el Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote. (Sexo, grado de instrucción, ingreso servicios básicos, saneamiento ambiental).

Identificar los determinantes de los estilos de vida de los adultos mayores con diabetes en el Puesto de Salud, Magdalena Nueva: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social, en los adultos mayores con diabetes en el Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote.

Finalmente, la investigación se justifica porque va a permitir mejorar la salud de los adultos mayores, mediante los resultados que arrojan las tablas y así a partir de ello proponer estrategias y/o soluciones en conjunto con el Puesto de salud Magdalena Nueva, por lo que el puesto de salud va a contribuir

mediante la prevención y control de problemas sanitarios. La investigación se realiza con el propósito de que los adultos mayores cambien sus hábitos y estilo de vida, para así reducir aquella enfermedad.

El presente estudio de investigación permite a los estudiantes de la salud a tener más conocimientos de para así poder erradicar este problema de salud pública, con ello poder mejorar estos determinantes y así poder llevar un Perú casa 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 será de suma importancia para el Puesto de Salud Magdalena Nueva ya que 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, esta investigación 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.

Es por ello que el presente estudio de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla, se logró obtener los siguientes resultados y conclusiones: En los determinantes del entorno biosocioeconómico la totalidad son de tendencia propia, tienen energía eléctrica permanente, cuentan con baño propio; en los determinantes estilos casi la totalidad en las dos últimas semanas no han realizado actividad física durante 20 minutos, la mayoría tiene vivienda unifamiliar, el número de horas que duermen es de 6 a 8 horas; por ultimo en los determinantes de las redes sociales y comunitarias; la totalidad no recibe apoyo social pensión 65, el tipo de seguro que cuentan es SIS-MINSA.

II. REVISION 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:

Cantú P, (21). En su estudio titulado "Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2 de diferentes Centros de Salud Urbanos del Área Metropolitana de Monterrey, 2014". Cuyo objetivo fue reconocer el estilo de vida de los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2. El método fue de tipo descriptivo y transversal. En la que participaron un total de 65 pacientes, el mayor porcentaje de ellos son del género femenino (72,3%). Se concluye que la ocupación mayormente realizada por parte de pacientes es la realización de tareas en el hogar (53,8%), en lo alusivo a la escolaridad de la población de estudio. Se colige que un (29,2%) tiene un "buen estilo de vida", porcentaje que correspondió a una clasificación "saludable", mientras que la mayor concentración se tiene un inadecuado estilo de vida (70,7%).

Hernández D, (22). En su investigación "Conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional de Amatitlán- Guatemala ",2011. El cual tuvo como objetivo identificar los conocimientos de autocuidado de los pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la Consulta Externa

del Hospital Nacional de Amatlán. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. Un (96%) de pacientes diabéticos no tienen conocimientos necesarios de autocuidado. Existe (83%) de pacientes con diabetes que no presentan una actitud favorable ante la enfermedad. La relación de prácticas refleja que un 92% demuestran la deficiencia de prácticas de autocuidado que la enfermedad.

Gamboa J, (23). En su estudio titulado "Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, México 2014". El presente estudio tuvo como objetivo determinar la medida de calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional. Se encontró que la mayoría de los participantes fueron del sexo femenino (68.9%), con edades entre 25 y 66 años a más, en situación laboral se encontró que 71.2% se dedicaban al hogar o pensionados. Se encontró que la medida de índice de calidad de vida fue 37.04 (DE 15.63), los síntomas que predominaron fueron el sentir mucha hambre (25.5%), levantarse en las noches para orinar (24.2%), entumecimiento y ardor (20.5%). Se concluye que a menos tiempo de padecer la enfermedad mayor es la calidad de vida.

A nivel Nacional:

Haya K, (24). En su investigación titulado "Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II Programa diabetes mellitus. Hospital Es Salud - II Tarapoto. Junio – agosto 2012". El objetivo fue determinar la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus

tipo II. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal. La muestra estuvo conformada por 74 usuarios. Concluyo que la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II es de Regular a Alta. La edad promedio de los pacientes es de 59 años. El tiempo de diagnóstico de la enfermedad oscila entre 1 -29 años y con una pertenencia al programa de 1 -16 años, el tratamiento más frecuente es el combinado (dieta, ejercicio y medicamento oral o insulina) la complicación que más preocupa a los pacientes es amputación y problemas de los pies.

Flores E, (25). En su investigación denominada "Factores De Riesgo Para Diabetes Mellitus Tipo 1 en Adultos del Sector "Atumpampa"-Tarapoto 2012. El objetivo fue identificar los factores de riesgo para la Diabetes Mellitus tipo 1. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal. La población fue representada por 134 adultos del Sector Atumpampa. Concluyo que el (89,6%) de los adultos no realiza actividades físicas. El (85,1%) no consume diariamente verduras ni frutas. El (55,2%) no consume medicamento antihipertensivo. Según el Test de Findrisk el nivel de riesgo de los adultos para contraer diabetes mellitus tipo 1 reportó (59,7%) riesgo muy alto, una de cada dos personas de este grupo tiene la probabilidad de desarrollar diabetes en los siguientes 10 años.

Corbacho A, (26). En su estudio "Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2011". Cuyo objetivo fue determinar el conocimiento y la práctica de estilos saludables en pacientes con

diabetes mellitus del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. La investigación fue de tipo cuantitativa, con un enfoque descriptivo. La población total fue de 540 pacientes con diabetes, que acudieron al programa de control de diabetes del servicio de endocrinología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. El 56.2% (303) son hombres. Los pacientes con conocimiento malo, que presentaron estilos de vida negativos, 54,4%; (293) y el 45.6%; (247), pacientes con un nivel de conocimiento bueno.

A nivel de Local:

Pinedo Y, (27). En su investigación titulada “Determinantes de la Salud en Adultos Mayores con Diabetes Mellitus, Urbanización Casuarinas II etapa-Nuevo Chimbote, 2012”. El objetivo fue identificar los determinantes de la salud en Adultos mayores con Diabetes Mellitus. La investigación fue de tipo cuantitativa, descriptivo. Concluyo que más de la mitad de las personas adultos mayores son femeninas con diabetes mellitus; más de la mitad actualmente no fuma, pero antes han fumado y consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, consumen frutas, carnes, legumbres 1 a 2 veces por semana; embutidos menos de 1 vez a la semana; refrescos azucarados a diario y otros alimentos como fideos, frituras, cuentan con seguro de salud. Se concluyó que ellos no llevan un estilo de vida saludable.

Abanto A, (28). En su presente estudio titulado “Determinantes de la salud en adultos mayores con diabetes, hipertensión. AA. HH Villa España – Chimbote. 2012”. El objetivo fue identificar los

determinantes de la salud en adultos mayores con Diabetes, Hipertensión. A.H. Villa España – Chimbote. La investigación fue tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Se encontró los siguientes resultados, la mayoría de los adultos mayores son de sexo masculino, más de la mitad tienen como ocupación trabajos eventuales; la mayoría de los adultos mayores; no realizan actividades físicas como caminar; consumen verduras y hortalizas a diario, huevos una o dos veces por semana entre otro tipo de alimentos. Se concluyó que los adultos mayores tienen un estilo de vida saludable.

Gómez M, (29). En su estudio titulado "Determinantes de la salud en personas diabéticas del hospital Essalud Nuevo Chimbote, 2014", Tiene como objetivo identificar los determinantes de la salud en adultos mayores con Diabetes, Hipertensión. A.H. Villa España. La investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. La muestra estuvo constituida por 201 personas diabéticas, a quienes se aplicó un instrumento. En los determinantes biosocioeconómico, se pudo concluir que del 100 % (201) de las personas diabéticas que acuden al hospital ESSALUD, el 50,2% (101) son de sexo femenino, el 72,1 (175) son adultos mayores; en el ingreso familiar el 38,3% (77) tiene un ingreso de S/. 751.00 a S/. 1000.00 soles; en la ocupación del jefe de familia el 63,2% (127) son jubilados.

Oyola K, (30). En su investigación titulada sobre los Estilos de vida y Nivel de Autocuidado en el Adulto Maduro del A.H. 1 de

febrero – Nuevo. Chimbote, 2012. Tuvo como objetivo determinar la relación entre el Estilo de Vida y el Nivel de Autocuidado en los adultos maduros. La investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Se observa la variable estilo de vida, en la que se muestra que del 100% de personas adultas maduras que participaron en el estudio, el 97,1% tienen un estilo de vida no saludable y un 2,9% tienen un estilo de vida saludable. En cuanto al autocuidado prevaleciendo el nivel de autocuidado medio con un 94,2%, seguido por el 2,9% con nivel de autocuidado alto. Conclusión: Casi todos los adultos maduros tienen un estilo de vida no saludable y presentan un nivel de autocuidado.

2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación

El presente informe de investigación se sustenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, se muestran a los principales determinantes de la salud. Para favorecer la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones.

Marc Lalonde introduce el tema de los determinantes de la salud, remarcando cuatro determinantes básicos para entender los procesos de promoción de la salud:

1) Estilo de vida: Los factores determinantes de la salud relacionados con el estilo de vida poseen múltiples dimensiones y están ligados a varios problemas importantes para la salud (estilos de vida ligados al consumo de alcohol, a desórdenes en la alimentación). Los problemas de salud vinculados a determinantes de un estilo de vida pueden ser específicos de

una fase de la vida, por ejemplo, la niñez o la vejez, pero pueden también estar muy vinculados a aspectos culturales. 2) Biología humana: Está referido a la herencia genética que no suele ser modificable con la tecnología médica. 3) Sistema sanitario. 4) Medio ambiente: Cualquier contaminación producida en el aire, agua, suelo, que afecta la salud de los individuos. Se puede hablar de contaminación biológica, física, química o la contaminación socio-cultural y psicosocial (violencia, stress) (31).



La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud produjo el histórico informe *Subsanar las desigualdades en una generación*, que ayudó a detectar y definir las causas subyacentes de las inequidades en la salud, ha surgido un movimiento mundial para abordar estos determinantes sociales. Partiendo de las recomendaciones de la Comisión, en 2009 la Asamblea Mundial de la Salud exhortó a los Estados Miembros y a la comunidad internacional a que redujeran las inequidades en la salud adoptando el

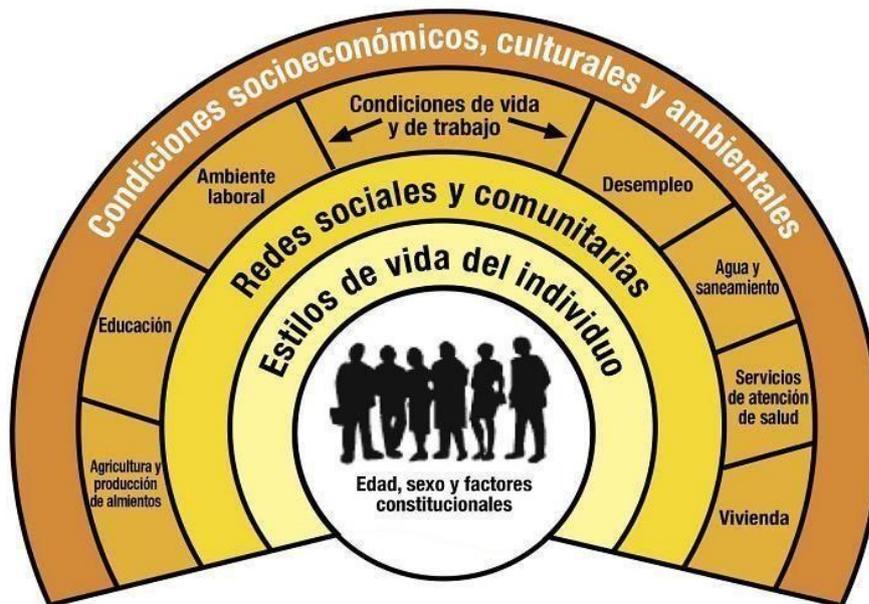
enfoque de la salud en todas las políticas.

Este enfoque revitalizó hitos nacionales e internacionales del desarrollo de la política sanitaria y los compromisos para garantizar el acceso a la atención sanitaria integral, entre ellos la Declaración de Alma-Ata de 1978, que reconoció la importancia de la acción intersectorial para lograr la salud para todos (32).

La comisión de determinantes sociales tiene como propósito generar recomendaciones basadas en la evidencia disponible de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias (33).

Así mismo un de los de los modelos más sencillos de comprender es el elaborado por Dahlgren y Whitehead, también llamado modelo de las capas de influencia, en este modelo se identifican mediante niveles o capas causales de influencia las posibles circunstancias que hacen que cierto individuo o individuos se encuentren en una situación de salud determinada, de esta manera el nivel de salud de una persona estará determinado, en primer nivel, por factores biológicos específicos tales como su edad, sexo y carga genética; en segundo nivel, por su estilo de vida; en tercer nivel, por la posición especial que guarda frente a la sociedad y la comunidad, en cuarto nivel, por sus condiciones laborales, y en quinto y más alto nivel, por las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

Cada una de estas capas o niveles ejercen presión sobre las otras y determinan la forma de vida y comportamiento del individuo (34).



Fuente: Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma:

Equidad y Determinantes Sociales de la Salud

En la figura se muestra que en el centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud pero que no son cambiables. A su alrededor se encuentran las capas que se refieren a Determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, objeto desde hace décadas de los esfuerzos de Promoción en Salud. Pero los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no a la salud de los individuos; hecho que si se ignora dificulta la adopción de conductas saludables.

Los Determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos; además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (35).

a) Determinantes estructurales

Son aspectos relacionados con el contexto social y político y se refiere a los factores que afectan de forma importante a la estructura social y a la distribución de poder y recursos dentro de ella incluyen la tradición política de los gobiernos y sus políticas macroeconómicas, sociales (mercado, vivienda, educación, bienestar social), la cultura y los valores sociales. Las características de este contexto socioeconómico y político influyen en la posición social que las personas ocupan según status, género y etnia, y además según su educación tendrán una ocupación que influirá en sus ingresos.

b) Determinantes intermedios

Vienen preestablecidos por los determinantes estructurales y entre estos se encuentran las circunstancias materiales (condiciones de vida y trabajo), los factores conductuales, biológicos y psicosociales como redes sociales, el estrés y la percepción de la vida propia o hábitos de vida (adicciones, dieta, ejercicio físico).

c) Determinantes proximales

Esto incluye todas las conductas de la persona, sus hábitos, costumbres, toma en cuenta también lo biológico y genético. Los individuos con deficiencias aquí tienden a mostrar una prevalencia superior a factores conductuales malos como por ejemplo el tabaquismo o la mala alimentación.

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 (36).

Mi Salud: Es un concepto que ha ido variando a lo largo del devenir histórico del humanidad, pero que nunca podrá perder su importancia y significatividad; lo primero, porque es una categoría que enmarca la propia esfera del ser y del estar éste en-el-mundo (la salud es algo connatural a todo hombre, tanto en su dimensión corporal, mental o espiritual), y lo segundo porque tener salud o no tenerla es lo que determina, desde un enfoque fenomenológico, el poder hallarse o ajustarse (en terminología zubiriana) más y mejor a la existencia que a cada uno le haya tocado vivir (37).

Comunidad: Una comunidad es un grupo de individuos de una o más especies que viven juntos en un lugar determinado; es también un tipo de organización social cuyos miembros se unen para lograr objetivos comunes. Los individuos de una comunidad están relacionados porque tienen las mismas necesidades (38).

Servicio de salud: Los servicios de salud, son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas. Es importante

tener en cuenta que los servicios de salud no contemplan sólo el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos. También abarcan todo lo referente a la prevención de los males y a la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable (39).

Educación: La educación consiste en la socialización de las personas a través de la enseñanza. Mediante la educación, se busca que el individuo adquiera ciertos conocimientos que son esenciales para la interacción social y para su desarrollo en el marco de una comunidad (40).

Trabajo: La definición teórica del concepto de trabajo puede ser analizada desde perspectivas distintas. Una aproximación básica presenta a este vocablo como la valoración del esfuerzo realizado por un ser humano. Sin embargo, desde la perspectiva neoclásica de la economía, por citar otro caso a modo de ejemplo, el trabajo consiste en uno de los tres elementos que determinan toda producción, como sucede con la tierra y el dinero (41).

Territorio: Es una porción de la superficie terrestre que pertenece a un país, una provincia, una región, etc. El territorio marca los límites de la actividad estatal el territorio como espacio de articulación para el desarrollo de las comunidades que en el interactúan, en tal sentido, el territorio aparece como "el resultado de una acción social que, de forma concreta y abstracta, se apropia de un espacio tanto física como simbólicamente" (42).

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.

Los factores de riesgo que hacen más vulnerables a los adultos mayores son: vivir en regiones deprimidas económica, social y geográficamente apartadas, no contar con el acompañamiento de una persona para su cuidado de factores biológicos como hipertensión arterial, diabetes, alzhéimer, artritis, desnutrición, así mismo en los factores psicológicos ambientales como económicos, aislamiento, insomnio y soledad que se deben tener en cuenta en la prestación de los servicios de salud y en la asignación de recursos para la protección de un grupo poblacional que necesita que se rompa la cadena de la inequidad y la desigualdad social (43).

El rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor, generalmente, implica la interacción directa con la red social informal de la persona y sus efectos positivos son resultado del apoyo emocional, de la información y la ayuda que se intercambian durante esa interacción. El rol, es, por tanto, indirecto e involucra esfuerzos, iniciativas para generar cambios en la conducta individual o las actitudes, en la calidad y frecuencia en la interacción entre el adulto mayor y uno o más miembros de su red social informal; creando una red más responsable y duradera, capaz de proporcionar al adulto mayor, beneficios a largo plazo, en la satisfacción de las necesidades emocionales, en la participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida (44).

Adulto mayor: Se define adulto mayor cuya edad comprendida desde los 60 años a más, según la OMS es todo aquel individuo hombre o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido su crecimiento, psicológicamente va adquiriendo una conciencia y va logrando el desarrollo de su inteligencia (45).

III. METODOLOGIA

3.1 Tipo y nivel de la investigación

Descriptivo, porque define con exactitud sus variables y describe lo observado (46).

Cuantitativo, porque son observaciones cuyas diferencias entre los números tienen una escala numérica, que pueden medir una cantidad (46).

3.1.1 Diseño de la investigación

Diseño de una sola casilla, porque cuenta con una sola variable y no se relaciona con ninguna otra (47).

3.2 Población y muestra

El universo muestral estuvo constituido por 54 adultos mayores con diabetes del Puesto de Salud Magdalena Nueva.

3.2.1 Unidad de análisis

Cada adulto mayor con diabetes del Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote que formó parte de la muestra y respondió los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adultos mayores con diabetes que se atendieron más de 3 años en el Puesto de Salud, Magdalena Nueva.
- Adultos mayores con diabetes que aceptaron participar en el estudio.
- Adultos mayores con diabetes que tuvieron la disponibilidad de participar en el cuestionario como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y grado de instrucción.

Criterios de Exclusión:

- Adultos mayores con diabetes que presentaron algún trastorno mental.
- Adultos mayores con diabetes que presentaron problemas de comunicación.

3.3 Definición y Operacionalización de variables:

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONOMICOS

Sexo

Definición Conceptual.

Son características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, lo definen como hombre o mujer (48).

Definición Operacional

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

Grado de instrucción, se define como un ámbito educativo, puede tratarse de educación formal e informal, impartida en un círculo familiar o en una escuela, institución educativa o universidad (49).

Definición Operacional

Escala Ordinal

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

- Superior Universitaria
- Superior no univesitaria

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Se define como ingreso o salario al incremento o aporte monetario que genera una persona para el sustento personal o familiar (50).

Definición Operacional

Escala de razón

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

Ocupación

Definición Conceptual

La ocupación es definida como un conjunto de funciones obligaciones y tareas que desempeño a una persona en su trabajo, determinados por la posición en el trabajo (51).

Definición Operacional

Escala Nominal

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

Vivienda

Definición conceptual

Una vivienda es aquel espacio físico, generalmente un edificio, cuya principal razón de ser será la de ofrecer refugio y descanso, gracias a las habitaciones que ostenta en su interior a las personas (52).

Definición operacional

Escala nominal

- Vivienda Unifamiliar
- Vivienda multifamiliar
- Vecindada, quinta choza, cabaña
- Local no destinado 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 específico de recogida
- Vertido por el fregadero o desagüe
- Otros.

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

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

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

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

Número de horas que duermen

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

Frecuencia en que se bañan

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

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

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

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

Escala nominal Si () No ()

Tipo de actividad:

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

Correr () Deporte () ninguno ()

Alimentación

Definición

Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida que influyen en la alimentación (53).

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

III. 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. (54).

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala nominal

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

Apoyo social organizado

Escala nominal

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

Apoyo de organizaciones del estado

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

Acceso a los servicios de salud

Definición Conceptual

El acceso a los servicios de salud es un elemento primordial del nivel de vida que brinda los elementos necesarios para el adecuado funcionamiento

físico y mental (55).

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 N° 01

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

- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno biosocioeconómico (Sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, Vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).

- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), Alimentos que consumen las personas.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Apoyo social natural, organizado, acceso a los servicios de salud.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).

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

Donde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud en adolescentes de 12 a 17 años de edad en el Perú. (Anexo 2).

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

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

3.5 Plan de análisis

3.5.1 Procedimientos de la recolección de datos:

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

- Se informó y se pidió el consentimiento al adulto mayor con diabetes del puesto de Salud, Magdalena Nueva - Chimbote, haciendo

hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación serán estrictamente confidenciales.

- Se coordinó con los adultos mayores con diabetes del puesto de Salud, Magdalena Nueva – Chimbote, su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada adulto mayor con diabetes del puesto de Salud, Magdalena Nueva – Chimbote.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos a cada adulto mayor con diabetes del puesto de Salud, Magdalena Nueva – Chimbote.
- El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa por los adultos mayores con diabetes del puesto de Salud, Magdalena Nueva – Chimbote.

3.5.2 Análisis y Procesamiento de los datos:

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

3.6 Matriz de consistencia:

TÍTULO	ENUNCIADO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METODOLOGÍA
Determinantes de la salud en adultos mayores con diabetes. puesto de salud magdalena nueva – Chimbote, 2016	¿Cuáles son los determinante s de la salud en los adultos mayores con diabetes en el Puesto de Salud, Magdalena Nueva – Nueva – Chimbote 2016?	Describir los determinante s de la salud en los adultos mayores con diabetes en el Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote 2016.	Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico de los adultos mayores con diabetes en el Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote. (Sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental). Identificar los determinantes de los estilos de vida de los adultos mayores con diabetes en el Puesto	Tipo: Cuantitativo, descriptivo. Diseño: De una sola casilla. Técnicas: Entrevista y observación

			<p>de Salud, Magdalena Nueva: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad.</p> <p>Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social, en los adultos mayores con diabetes en el Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote.</p>	
--	--	--	---	--

3.7 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 (56).

Anonimato

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

Privacidad

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

Honestidad

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

Consentimiento

Solo se trabajó con adultos mayores con diabetes que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 4).

IV. RESULTADOS:

4.1 Resultados

4.1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 01

**DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONOMICOS DE LOS ADULTOS
MAYORES CON DIABETES DEL PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA –
CHIMBOTE, 2016**

Sexo	N	%
Masculino	18	33,3
Femenino	36	66,7
Total	54	100,0
Grado de instrucción	N	%
Sin nivel de instrucción	18	33,3
Inicial/Primaria	17	31,5
Secundaria Completa/Incompleta	18	33,3
Superior Completa/Incompleta	0	0,0
Superior no universitaria completa/incompleta	1	1,9
Total	54	100,0
Ingreso económico (Soles)	N	%
Menor de S/. 750	41	75,9
De S/. 750 a 1000	12	22,2
De S/. 1001 a 1400	1	1,9
De S/. 1401 a 1800	0	0,0
De S/. 1801 a más	0	0,0
Total	54	100,0
Ocupación del jefe de familia	N	%
Trabajador estable	7	13,0
Eventual	19	35,2
Sin ocupación	26	48,1
Jubilado	2	3,7
Estudiante	0	0,0
Total	54	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

4.1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA – CHIMBOTE, 2016

Tipo	N	%
Vivienda unifamiliar	41	76,0
Vivienda multifamiliar	13	24,0
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	54	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	54	100,0
Total	154	100,0
Material del piso	N	%
Tierra	14	26,0
Entablado	0	0,0
Loseta, vinílicos o sin vinílicos	40	74,0
Laminas asfálticas	0	0,0
Parquet	0	0,0
Total	54	100,0
Material del techo	N	%
Madera, estera	16	29,6
Adobe	5	9,3
Estera y adobe	7	13,0
Material noble, ladrillo y cemento	26	48,1
Eternit	0	0,0
Total	54	100,0
Material de las paredes	N	%
Madera, estera	18	33,3
Adobe	5	9,3
Estera y adobe	5	9,3
Material noble ladrillo y cemento	26	48,1
Total	54	100,0
N° de personas que duermen en una habitación	N	%
4 a más miembros	8	15,0
2 a 3 miembros	46	85,5
Independiente	0	0,0
Tota	54	100,0

Continúa....

TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA – CHIMBOTE, 2016

Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	0	0,0
Pozo	0	0,0
Red pública	0	0,0
Conexión domiciliaria	54	100,0
Total	54	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	54	100,0
Otros	0	0,0
Total	54	100,0
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	45	83,3
Leña, carbón	9	16,7
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	54	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	54	100,0
Vela	0	0,0
Total	54	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	54	100,0
Total	54	100,0
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	N	%
Diariamente	4	7,4
Todas las semana pero no diariamente	3	5,5
Al menos 2 veces por semana	42	77,8
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	5	9,3
Total	54	100,0

Continúa....

TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA – CHIMBOTE, 2016

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	N	%
Carro recolector	54	100,0
Montículo o campo limpio	4	0,0
Contenedor específico de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	54	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

TABLA 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA, ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA – CHIMBOTE, 2016

Fuma actualmente:	N	%
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	0	0,0
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	4	7,4
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	50	92,6
Total	54	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	0	0,0
Ocasionalmente	0	0,0
No consumo	54	100,0
Total	54	100,0
Nº de horas que duerme	N	%
[06 a 08]	28	51,9
[08 a 10]	26	48,1
[10 a 12]	0	0,0
Total	54	100,0
Frecuencia con que se baña	N	%
Diariamente	33	61,1
4 veces a la semana	21	38,9
No se baña	0	0,0
Total	54	100,0

Se realiza algún examen médico periódico, en un Establecimiento de salud	N	%
Si	20	37,0
No	34	63,0
Total	54	100,0
Actividad física que realiza en su tiempo libre	N	%
Caminar	45	27,0
Deporte	9	21,0
Gimnasia	0	5,0
No realizo	0	47,0
Total	54	100,0
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	N	%
Caminar	3	5,0
Gimnasia suave	0	0,0
Juegos con poco esfuerzo	0	0,0
Correr	0	0,0
Ninguna	51	95,0
Total	54	100,0

TABLA 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA – CHIMBOTE, 2016

Conclusión

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	41	76	5	9,2	6	11,1	2	3,7	0	0	54	100,0
Carne	14	26	22	40	18	33,3	0	0,0	0	0,0	54	100,0
Huevos	13	24	31	57,4	5	9,2	5	9,2	0	0,0	54	100,0
Pescado	21	39	21	39	8	14	4	7,0	0	0,0	54	100,0
Fideos	20	37	19	35,1	14	26	1	1,9	0	0,0	54	100,0
Pan, cereales	21	39	22	41	5	9,2	6	11,1	0	0,0	54	100,0
Verduras, hortalizas	47	87	2	3,7	5	9,2	0	0,0	0	0,0	54	100,0
Legumbres	4	7,4	15	27	25	46,2	7	13	3	6	54	100,0
Embutidos,	0	0,0	3	5,5	13	24	17	31,4	21	39	54	100,0
Lácteos	4	7,4	17	31,4	17	31,4	11	20,3	5	9,2	54	100,0
Dulces, gaseosa	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	3	5,5	51	94,4	54	100,0
Refrescos con azúcar	0	0,0	1	1,8	0	0,0	7	13	46	85,1	54	100,0
Frituras	0	0,0	0,0	0,0	3	5,5	28	52	23	42,5	54	100,0

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Adriana Vílchez Reyes, del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

TABLA 04

DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA – CHIMBOTE, 2016

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N	%
Hospital	0	0,0
Centro de salud	0	0,0
Puesto de salud	54	100,0
Clínicas particulares	0	0,0
Otras	0	0,0
Total	54	100,0
“Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	N	%
Muy cerca de su casa	4	7,4
Regular	40	74,0
Lejos	9	16,7
Muy lejos de su casa	1	1,9
No sabe	0	0,0
Total	54	100,0
Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	0	0,0
SIS – MINSA	54	100,0
SANIDAD	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	54	100,0
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	N	%
Muy largo	4	7,4
Largo	14	25,9
Regular	35	64,8
Corto	1	1,9
Muy corto	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total”	54	100,0

TABLA 04

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS, ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA – CHIMBOTE, 2016.

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N	%
Muy buena	3	5,5
Buena	37	68,5
Regular	14	26,0
Mala	0	0,0
Muy mala	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	54	100,0

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N	%
Si	18	33,3
No	36	66,7
Total	54	100,0

Fuente: Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos elaborado por Dra. Adriana Vílchez Reyes, del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

TABLA 05

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS, ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA – CHIMBOTE, 2016

Recibe algún apoyo social natural:	N	%
Familiares	22	41,0
Amigos	0	0,0
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	0	0,0
Compañeros de trabajo	0	0,0
No recibo	32	59,0
Total	54	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	0	0,0
Instituciones de acogida	0	0,0
Organizaciones de voluntariado	20	37,0
No recibo	34	63,0
Total	54	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016

TABLA 06

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS, ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA – CHIMBOTE, 2016.

Recibe algún apoyo social organizado:	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Pensión 65	0	0,0	54	100,0	54	100,0
Comedor popular	0	0,0	54	100,0	54	100,0
Vaso de leche	0	0,0	54	100,0	54	100,0
Otros	0	0,0	54	100,0	54	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

4.2 Análisis de resultado:

EN LA TABLA 1: Del 100% (54) de adultos mayores con diabetes del Puesto de Salud Magdalena Nueva, el 66,7% (36) son de sexo femenino; el 33% (18) tiene grado de instrucción secundaria completa/secundaria incompleta; el 75,9% (41) tienen un ingreso económico familiar menor de 750; el 48,1% (26) no tienen ocupación.

Por otro lado, los resultados de la presente investigación, se asemeja de los resultados encontrados por Vicente B, (57). Realizo un estudio titulado “Nivel De Conocimientos Sobre Diabetes Mellitus En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2” Cuba, 2010. Dicho objetivo fue determinar el nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus en pacientes con diabetes tipo 2. El método fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo y diseño descriptivo. Así mismo se llegó a las siguientes conclusiones de dicho estudio: El sexo femenino es el que predominó sobre el sexo masculino, el mayor número de pacientes diabéticos tenía entre 5 y 10 años de evolución de la enfermedad 40% en ambos sexos tienen un nivel insuficiente de conocimientos sobre la enfermedad.

También se asemejan a los resultados encontrados por Schipf S, (58). También muestra unos datos en cuanto a la enfermedad verdaderamente preocupantes. En el caso griego con cifras que alcanzan el 20.3% en > 70 años con un riesgo mayor en el sexo masculino y con una tasa de incremento del 16% en tan solo 4 años. En el país germano, el citado estudio reportó una distribución mayor en la zona oriental del país con una media del 12% en población comprendida entre 45-74 años. En mayores de 50 años se ha registrado una prevalencia media del 13.6%, con un aumento significativo de este dato y del número de comorbilidades asociado al aumento de la edad.

Esta investigación es similar con el de Bejarano H, (59). En su investigación nominada "Factores Biosocioculturales relacionados con el cumplimiento del tratamiento dietético en pacientes con Hipertensión Arterial, Club del Adulto – Hospital Regional "Eleazar Guzmán Barrón", Chimbote 2014". Se muestran los factores de biosocioculturales en donde se puede observar que el 63,9% son mujeres y el 36,1% de los pacientes son varones.

Los resultados son similares con los resultados de Villarreal A, (60). En el estudio sobre condición socio-familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo. Emplearon una muestra de 275 adultos mayores de 65 años, residentes en 18 barrios que conforman las comunas 9 y 6 de la ciudad de Sincelejo. Donde obtuvieron que el 61% son de sexo femenino y la media de edad de 75,4 años.

Esta investigación difiere con el de Melgarejo N, (61). Determinó el "Nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus II en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II". 2012, en la cual dicho autor entrevistó a 333 pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 que se atendían en el Servicio de Endocrinología en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz. Cuyo resultado arrojó que el 59% de los pacientes fueron del sexo masculino, y el 41% fueron del sexo femenino. En cuanto al grado de instrucción, el 50% de los pacientes tenían grado de instrucción secundaria.

Como también los resultados difieren a los estudios realizados por Belesaca M, Buele A, (62). En su investigación titulada "Causas y consecuencias del abandono en el adulto mayor del centro gerontológico, Cristo Rey Cuenca 2016". Concluyó que de los 80 adultos mayores institucionalizados, el 55% tienen una edad de 71 a 90 años, el 56,3% son mujeres, el 81,3% no tienen cónyuge, el 56,3% provienen

del área rural, el 40% no reciben visitas de sus familiares, el 67,5% se institucionalizó por iniciativa familiar y tienen relación familiar considerada entre regular a mala. El 61,2% perciben ingresos bajos.

Resultados del determinante biosocioeconómico difieren con lo reportado por Avellaneda M, (63). En su estudio titulado "Influencia del soporte familiar en la calidad de vida del adulto mayor con discapacidad del programa de atención domiciliaria – Padomi, distrito Florencia de mora provincia de Trujillo, 2015". Concluyo que el grado de instrucción, el 46,5 % estudio primario, el 29,7% estudio secundario, solo el 2% tuvo estudios superiores técnicos, en cuando al sexo de los adultos mayores se encontró que el 66,3% del total son mujeres y el 33,7% son hombres.

Estos resultados son casi similares en lo encontrado por Reyes (64). En su estudio titulado "Determinantes de la salud en adultos mayores con bajo ingresos económicos". Pueblo joven Miraflores Alto "Sector 7 - 8" Chimbote 2012. El 30% tienen grado de instrucción de nivel inicial /primaria; el 100% tiene un ingreso menor de 750; el 47,16 % sin ocupación.

El sexo se define como la diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción. A través de esta diferencia, por la que existen machos y hembras, una especie puede combinar de forma constante su información genética y dar lugar a descendientes con genes distintos (65).

El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional definitivamente incompletos (66).

La Ocupación es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una

persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas (67).

Trabajo eventual como aquel en virtud de libre nombramiento, no sujeto a término o plazo, efectuado por el Presidente del Consejo de Gobierno o los Consejeros, desempeñen puestos de trabajo en régimen no permanente considerados como de confianza o asesoramiento especial”, etc (68).

La jubilación es el acto mediante el cual una persona deja de trabajar activamente para pasar a vivir la última etapa de su vida de manera descansada y libre. La jubilación es entendida hoy en día como un derecho de todo trabajador ya que supone la previsión social de invertir dinero para el futuro, acción de la cual es responsable el Estado (69).

Asimismo, los resultados de la presente investigación aplicada en los adultos mayores con diabetes del Puesto de Salud “Magdalena Nueva”, en cuanto a los determinantes biosocioeconómico; la mayoría son de sexo femenino;, ellas refieren haber contraído esta enfermedad hereditariamente por parte de sus padres o abuelos eso es lo que ellos se imaginan, y las demás adultas mayores refirieron que fue por un mal estilo de vida en cuanto a su alimentación ya que antes su alimentación era a base de mucha harina, grasas, refrescos muy azucarados; la mayoría tiene un ingreso económico menor de 750, algunos adultos mayores refirieron que no trabajan por lo que la gran mayoría de sus familiares como hijos y/o nietos les apoyan a ellos para así poder cubrir sus necesidades básicas como el pago de luz, agua, alimentación y vestimenta, sin embargo hay algunos adultos mayores que si dedican a trabajar para cubrir sus necesidades básicas ya que su condición de edad no le permite trabajar en otros empleos pues es así que muchos

le negaron pues entonces esto afecta a que los adultos mayores no tengan una buena alimentación, recreación y compra de algún medicamento todo esto afecta en la salud del adulto mayor principalmente como el estrés, así mismo algunos adultos mayores refirieron que al menos tienen el apoyo de sus familiares.

Por otro lado menos de la mitad tienen secundaria completa/ incompleta; estos adultos mayores refieren que no acabaron la secundaria porque sus padres tenían problemas económicos, sin embargo algunos adultos mayores refirieron que se quedaron huérfanos desde muy pequeños, por ende como hermano mayor ellos tenían que ver o criar por su demás hermanos menores, el resto comentó que no culminaron sus estudios escolares porque no les gustó el estudio y solo se dedicaron a trabajar desde muy niños, también muy aparte esto influye en la salud del adulto mayor ya que muchos de ellos no saben leer y escribir; menos de la mitad sin ocupación, sin embargo algunos adultos mayores refirieron que si se dedican a trabajar para cubrir todas sus necesidades ya que ellos no cuentan con ningún apoyo familiar ni organizado, ellos refieren que suelen levantarse muy temprano para salir a trabajar manejando sus triciclos llevando pequeñas cargas, para que así ellos puedan sustentar su hogar, ya que solo viven con su pareja

EN LA TABLA 2: Del 100% (54) de adultos mayores con diabetes del Puesto de Salud Magdalena Nueva, el 76,0% (41) son de tipo vivienda unifamiliar; el 100% (54) son de tendencia propia; el 74,0% (40) son de material de piso loseta, vinílicos o sin vinílico; el 48,1 % (26) son de material de techo material noble ladrillo y cemento; el 48,1% (26) son de material de paredes material noble ladrillo y cemento; el 85,0% (46) el número de personas que duermen en una habitación es de 2 a 3 miembros; el 100% (54) el abastecimiento de agua es de conexión domiciliaria; el 100% (54) la eliminación de excretas lo realizan en baño propio; el

88,3% (45) utilizan como combustible para cocinar gas, electricidad; el 100% (54) tienen energía eléctrica permanente; el 100% (54) disponen la basura se entierra, quema, carro recolector; el 77,8% (42) la frecuencia con que pasan recogiendo la basura al menos 2 veces por semana; el 100% (54) suelen eliminar su basura en el carro recolector.

El resultado difiere al estudio de Arellano M, (70) En su investigación, titulado "Percepciones negativas que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores". En cuanto a las condiciones de vivienda, el 79,8% de los adultos mayores reside en casa propia, situación que es transversal en todos los sectores socioeconómicos. De hecho, el 81,9% de éstos pertenece al tercer quintil de ingresos, mientras que el 80,4% al primer quintil, el 81,5% al segundo quintil, el 78,7% al cuarto quintil y el 76,3% al quinto quintil de mayores ingresos.

Asimismo, se asemeja los estudios realizado por los resultados se relacionan a lo obtenido por Garay N, (71). En su estudio: determinantes de la salud en la persona adulta de la Asociación el Morro II. Tacna, 2013. Concluyo que el 70.3% de la población encuestada tiene vivienda unifamiliar, el 89.4 % cuenta con casa propia. Los resultados difieren al estudio realizados por Jiménez L, (72). En su estudio titulado "Determinantes de la salud en adultos maduros sanos en el A.H Los Paisajes", Chimbote, 2012, concluyo que el 85 % tienen material de piso hecho de tierra y el 75 % tienen un material de paredes hechos de madera o esteras.

Los resultados se asemejan a la investigación de Santamaría R, (73). En su investigación titulada: La iniciativa de vivienda saludable en el Perú. Encontrando el tipo de vivienda mayoritaria en el país 85,61% en relación a casa propia. En cuanto a material de vivienda se registraron 46,7% de viviendas son de paredes de ladrillos o bloques de cemento, 34,8% con paredes exteriores de adobes o tapias,

9,7%% de madera y 2,9% de quincha. Las viviendas con paredes de piedra con barro o esteras, representan el 5,9%.

Estos resultados son similares a los resultados encontrados por, Monasterio N, y Aranda J, (74). En su investigación denominado “Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el A.H. Víctor Raúl Haya de la Torre - Piura, 2013.” Sobre el tipo de Vivienda, un 70% vive en una vivienda unifamiliar, 50%, material noble, 50% paredes de ladrillo; 80% comparten habitación con 2 o 3 miembros.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática presenta el informe técnico, situación de la población adulta mayor presenta el total de hogares jefaturados por adultos/as mayores, el 47,6% son hogares de tipo nuclear, es decir, están constituidos por una pareja y sus hijas e hijos o sin estas/os. El 26,3% de hogares son extendidos, es decir, al hogar nuclear se suman otros parientes. El 20,4% de hogares de los adultos/as mayores son unipersonales (compuestos sólo por el/la adulto/a mayor). El 4,6% son hogares sin núcleo (conformado por un jefe/a sin cónyuge ni hijos, que vive con otras personas con las que puede o no tener relaciones de parentesco) y el 1,2% son hogares compuestos, es decir existen dentro del hogar además de los parientes, otros miembros que no son familiares (75).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática presenta el informe técnico, tenencia y formalización de la vivienda, en el año 2017 el total de viviendas propias que cuentan con algún documento que acredita el derecho de propiedad, el 47,3% tiene Título de Propiedad, 20,3% Escritura Pública, 12,5% Contrato de Compra-Venta, 12,5% Documento de Posesión y 3,8% Minuta (76).

El tipo de vivienda multifamiliar es un recinto donde unidades de vivienda superpuestas albergan un número determinado de familias, cuya convivencia no

es una condición obligatoria. Este tipo de vivienda puede desarrollarse tanto en vertical como en horizontal. Ella está determinada por la demanda, el cliente y las características del terreno (77).

Un dormitorio es un ambiente usado para el sueño o el descanso del residente u ocupante. En la mayoría de los casos, dicha habitación viene acompañada por muebles de tipo personal o de uso compartido privado. El dormitorio es el lugar de la intimidad personal, un santuario donde retirarse para lograr descanso físico a través del sueño, pero también el espacio para lograr la desconexión más profunda que solo proporciona la meditación y la práctica espiritual (78).

El material del techo es el elemento que se ubica en la zona superior de una construcción y este techo puede estar construido de madera, estera, adobe, ladrillo, el techo es la parte más esencial de una casa ya que una casa sin techo no puede ser considerada vivienda (79).

En la presente investigación realizada en el Puesto de Salud Magdalena Nueva, encontramos; la mayoría de los adultos mayores son de tipo de vivienda unifamiliar, ya que muchos de los hijos decidieron formar su familia y retiraron de la vivienda de sus padres puesto que estos adultos mayores se quedan completamente solos, ello refirieron que son pocas las veces que les visitan, así mismo se observó que en algunas viviendas de los adultos mayores aún viven con sus hijos (as) que actualmente están solteros (as), pero también algunos hijos de los adultos mayores viven allí ya con su familia por lo que no cuentan con una casa propia; la totalidad tiene casa propia, ya sea por herencia de sus padres, o lo adquirieron a través de una compra de terreno con su esfuerzo propio de parejas, el tener una vivienda digna es un derecho y el no contar con ello atenta contra la salud física, mental y social de los que viven en ella así mismo es indispensable y

necesaria para el desarrollo de la familia; la mayoría el material de piso es de loseta, vinílicos o sin vinílico, la cual no presenta ningún riesgo para la salud del adulto mayor, ya que no habrá presencia de bichos, roedores, etc; tampoco habrá presencia de polvo, ya que eso puede dañar problemas en la piel así como problemas respiratorias.

Así mismo; menos de la mitad el material de techo es de ladrillo y cemento, los adultos mayores refirieron que fueron construyéndola poco a poco y con sus ahorros de muchos años cuando trabajan ambos, en una empresa "x" es así donde pudieron obtener su techo de material noble; menos de la mitad el material de las paredes son de ladrillo y cemento así mismo también con ayuda de sus hijos pudieron tener su casa de material noble; la mayoría el número de personas que duermen en una habitación es de 2 a 3 miembros, ya que los hijos de los adultos mayores aún viven en ese mismo techo pero ya con su familia como esposa e hijos, como sabemos la distribución del espacio en la vivienda debe garantizar la intimidad, independencia y convivencia sana, debe tener los espacios separados según la actividad que se realiza en cada uno de los ambientes, son estas las personas que viven en un hacinamiento, alterando un riesgo para su vida.

Asimismo, se asemeja los estudios realizados por los resultados se relacionan a lo obtenido por Garay N, (80). En su estudio: determinantes de la salud en la persona adulta de la Asociación el Morro II. Tacna, 2013. Concluyo que la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa es diariamente con el 100% y el 86.9% suele eliminar su basura en el carro recolector.

Por otro lado estos resultados son similares a los determinantes de la salud en el estudio hecho por Jacinto G. (81); en su investigación titulada: Determinantes de la salud en mujeres adultas maduras obesas A.H Villa España – Chimbote, 2012;

cuyos resultados obtenidos fueron: El 100% de cuyos resultados son conexión domiciliaria, baño propio, gas, electricidad, energía eléctrica permanente, el carro recolector, todas las semanas, pero no diariamente y suelen eliminar en el carro recolector.

Estudios que difieren en lo encontrado por Pajuelos A. (82) en su investigación titulada “Determinantes de la salud de los adultos en el sector “C” Huaraz - 2013”, donde su muestra estuvo conformada por 224 adultos; destacando, el 99% (222) cuentan con baño propio, el 94% (211) utiliza gas para cocinar y el 100% (224) tiene Energía Eléctrica Permanente.

Los resultados obtenidos son similares al de Araujo A. (83). En su estudio “Viviendas Saludables en Cinco Caseríos De La Zona Rural De Cajamarca, 2011.” Concluyo que el 100% cuenta con abastecimiento de agua, 100% cuenta con desagüe en sus viviendas, 100% tiene luz eléctrica, 93% eliminan sus desechos quemando, enterrando, 77% recogen sus desechos de su vivienda en botaderos.

Las conexiones de agua potable son “entrantes” al domicilio, pues conectan las tuberías de las redes públicas de agua potable con las instalaciones intradomiciliarias de artefactos de aprovechamiento del servicio, como llaves: de patio, de lavamanos, de lavanderías, duchas, inodoros, etc, (84).

Una instalación eléctrica es el conjunto de circuitos eléctricos que, colocados en un lugar específico, tienen como objetivo dotar de energía eléctrica a edificios, instalaciones, lugares públicos, infraestructuras, etc. Incluye los equipos necesarios para asegurar su correcto funcionamiento y la conexión con los aparatos eléctricos correspondientes (85).

Es el sistema de tuberías ubicado en el subsuelo de la vía pública, por el cual las viviendas desechan los residuos humanos. Según donde está ubicada la conexión

de servicio higiénico (wáter, excusado). Puede ser, red pública de desagüe dentro de la vivienda cuando la conexión del servicio higiénico está dentro de la vivienda (86).

La función del carro recolector de basura es recoger y verter dentro del camión de aseo todos los materiales almacenados dentro de las bolsas o canecas que normalmente utilizan tanto las empresas como particulares para depositar basura. La función del recolector de basura es mantener las calles limpias haciéndoles aseo y vigilar que los implementos necesarios se aseo estén de forma correcta (87).

En la presente investigación realizada en el Puesto de Salud Magdalena Nueva, encontramos; la totalidad de los adultos mayores el abastecimiento de agua es de conexión domiciliaria, ya que ellos llevan muchos años viviendo allí pero también punto muy importante ya que así ellos no juntan agua ya que al reunir agua si no lo tapamos bien trae como consecuencia el dengue; la totalidad la eliminación de excreta es en baño propio, es importante ya que si solo contaran con un pozo atraería la presencia de moscas y otros roedores que podría provocar una Enfermedad diarreica agua u otras enfermedades; la mayoría el combustible que usa para cocinar es gas, electricidad siendo así este punto favorable para los adultos mayores ya que el uso de leña y/o carbón podrían desencadenar enfermedades respiratorias, sin embargo algunos adultos mayores refirieron que si cocinan con leña porque no cuentan con suficiente dinero para comprar gas.

Por otro lado; la totalidad cuentan con energía eléctrica permanente punto muy importante y beneficioso ya que así disminuye el riesgo de provocar accidentes como incendios, caídas ya que si no hay energía ellos estarían propensos a sufrir fracturas; la totalidad de disposición de basura el carro recolector pasa recogiendo;

la mayoría la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa es al menos 2 veces por semana, lo cual es un factor de riesgo para los miembros de la familia y demás personas de la misma comunidad ya que la presencia de basura hace que las moscas ingresen a la casa y contamine, provocando así enfermedades diarreicas; la totalidad suele eliminar su basura en el carro recolector es importante eliminar la basura en su debido tiempo ya que si no lo aseamos estaremos con riesgo de contraer muchas enfermedades que peligran la vida de los adultos mayores y más aún ellos propensos a enfermarse rápidamente y su recuperación es lenta por la misma edad, ya nada es igual cuando era joven.

EN LA TABLA 3: Del 100% (54) de adultos mayores con diabetes del Puesto de Salud Magdalena Nueva, el 70% (38) actualmente no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual; el 81% (44) su frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas es ocasionalmente; el 51,9% (28) las horas que duermen son de 6 a 8 horas; el 61,1 (33) la frecuencia con que se baña es diariamente; el 63,0% (34) no se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud; el 83,3% (45) la actividad física que se realiza en su tiempo libre es caminar; el 95,0% (51) en las dos últimas semanas no han realizado actividad física durante más de 20 minutos; el 87% (47) de alimentos que consumen diariamente es verduras, hortalizas; el 57,4% (31) de alimentos que consumen 3 o más veces a la semana son huevos; el 46,2% (25) de alimentos que consumen 1 o 2 veces por semana son legumbres; el 52% (28) de alimentos que consumen menos de 1 vez a la semana son frituras; el 85,1% (46) de alimentos que consumen nunca o casi nunca es refrescos con azúcar. Estos resultados se asemejan a los resultados encontrados por Bersia, M. (88). En su investigación titulada: Hábitos alimenticios en mujeres Adultas mayores que realizan aquagym en la ciudad de Rosario. Cuyos resultados obtenidos fueron: el

98% de las entrevistadas no fuman, el 64% consumen lácteos todos los días, el 84% consumen huevos de 2 a 4 veces a la semana, el 76% consumen carne e 2 a 4 veces a la semana.

Estos resultados se asemejan a los resultados de Chiques K, (89). En su investigación titulada. "Determinantes de la salud en adultos mayores con hipertensión y obesidad. Vinzos. Santa – 2012". Cuyos resultados obtenidos fueron, las horas que duermen los adultos mayores refirieron que un poco más de la mitad 64% (32) duermen de 6 a 8 horas y el 36% (18) duermen de 8 a 10 horas. Así mismo estos resultados difieren a los resultados por, Bernuy B, (90). En su estudio titulado. Determinantes de la salud en el adulto mayor pueblo joven ramón castilla – Chimbote, 2013. Donde concluyen que el número de horas que duermen vemos como resultado que 50% duermen de 6 a 8 horas, mismo el 60% refieren que se bañan diariamente y el 56% de adultos mayores realizan actividad física en su tiempo libre, el 32% refiere que no realiza actividad física.

Los resultados difieren a los resultados por Velasco, M. y Peñafiel, J. (90). En su estudio titulada: Participación familiar en el autocuidado de los adultos mayores diabéticos del "Hospital IESS-Milagro" enero 2012, cuyos resultados obtenidos fueron el 47.9% de los entrevistados nunca realizan alguna actividad física.

Los resultados encontrados difieren a los de Esquivel V, (91). En su investigación titulada "Actividad física en el Adulto Mayor". Concluyo en cuanto a la actividad física el 44,2% practican la caminata como deporte de primera elección, el 20 % realizan deportes, que el 30% significativa para actividades del hogar y ejercicio. Todo lo anterior demuestra que el ejercicio es más realizado por los adultos hombres y que las mujeres se mantienen activas por las actividades del hogar. Este estudio confirmó empíricamente lo reportado por diversos autores respecto

a asociación del género con el tipo de actividad física realizada.

Estos resultados difieren a los estudios tales como, Hipólito R, (92). En su investigación titulada "Determinantes de la Salud en adultos mayores del AA. HH Los Cedros – Nuevo Chimbote, 2016". Se encontró que un 68% (68) no fuma actualmente, pero ha fumado antes; así mismo los adultos mayores que no consumen bebidas alcohólicas son 55% (55) , el 95% (95) el número de horas duermen de 6 a 8 horas diarias; referente el 85% (85) se baña diariamente; mientras el 78% (78) no se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud; por lo que el 80% (80) no realizar ninguna actividad física; por consecuencia el 86 % (86) no realizó actividad física en las últimas dos semanas.

Así mismo estos resultados difieren en algunos indicadores en el estudio elaborado por Montes R, (93). En su estudio titulada "Estudios diagnóstico para identificar las determinantes de salud que influyen en el estado integral de salud de los habitantes de la comunidad unidad antorchita ubicada al nororiente del municipio de Colima". Donde se concluyó los siguientes resultados el 80.5% de la población no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, también en relación a la actividad física que realizan en su tiempo libre, se observa que el 33.9% de la población no realiza ninguna actividad física que realizan en su tiempo libre.

Los adultos mayores normalmente duermen siete u ocho horas de sueño cada noche para sentirse completamente alerta durante el día. Pero a medida que envejece, pueden tener más dificultad para dormir. Muchas cosas pueden interferir con el buen dormir o con dormir lo suficiente para estar completamente descansado, las personas en estado de edad avanzada pueden sentir sueño más temprano en la noche, su horario de acostarse y despertarse puede no funcionar

tan bien como cuando él o ella era joven (94).

El baño o higiene en el Adulto Mayor, lejos de ser una actividad de la vida diaria sin importancia, es de repercusiones benéficas en la salud física y emocional. La higiene corporal comienza con el baño diario, de preferencia con jabón neutro, el baño ayuda a quitarle impurezas a la piel, la hidrata y le proporciona cierto relajamiento, es muy saludable que después del baño te apliques crema o aceite en todo el cuerpo, especialmente en los pies donde haya callos y/o grietas. Ten cuidado con los cambios dentro de estas normas higiénicas debes incluir a los pies y las uñas. Estos miembros del cuerpo cargan con una gran responsabilidad y están muy alejados de la vista, por lo que les debe procurar especial atención observándolos a diario (95).

Con respecto a los cuidados en los pies siempre se debe observar diariamente los pies, buscando cualquier pequeña rozadura, herida o enrojecimiento. Se deben controlar seis lugares en la planta del pie: la punta del dedo gordo, la base de los dedos pequeños, la base de los dedos medios, también el talón y la parte exterior del pie y la planta, es importante mantener limpio los pies, por otro lado lo ideal es secar bien los pies ya que la humedad facilita la aparición de grietas y úlceras, si la piel esta demasiada reseca sería bueno aplicar crema o lociones humectantes en la parte superior e inferior de los pies, usar zapatos cómodos evitara la formación de callos (96).

La actividad física en el adulto mayor, debe ser conservadora y no se lo debe someter a ejercicio físico excesivo. El ejercicio siempre deberá ir acompañado de una mejora de los hábitos alimentarios y la intensidad del ejercicio debe adaptarse a la edad y a la forma física del individuo. La actividad física cotidiana es la que más se debe fomentar en el adulto mayor, ya que es la que podemos

realizar como elemento normal de nuestra vida como ser; subir algún tramo de escaleras, andar, recorrer un trayecto al bajar de una parada antes de lo habitual del medio de transporte, no utilizar la movilidad para recorrer distancias cortas, etc, (97).

La recreación en el adulto mayor es una forma de motivación, con intención de mantener un estilo de vida activo y productivo; se les propician las condiciones para desenvolverse en un entorno estimulante, en el cual se favorezcan experiencias de aprendizajes, se reconozcan y estimulen los esfuerzos por alcanzar determinados cualquier actividad entretenida no conectada con el empleo es considerada recreativa, las actividades incluyen juegos, manualidades, actividades sociales como bailes, actividades grupales (98).

Asimismo, los resultados de la presente investigación aplicada en los adultos mayores con diabetes del Puesto de Salud "Magdalena Nueva", en cuanto a los determinantes de los estilos de vida, la totalidad no consume bebidas alcohólicas con frecuencia, la cual no va a ver ningún riesgo para la salud del adulto mayor, ya que las bebidas alcohólicas puedan dañar su estado de salud, ya que al consumir bebidas alcohólicas con frecuencia puede dañar el hígado dándose así una cirrosis hepática; casi la totalidad no fuma actualmente, ni ha fumado nunca de manera habitual, pero si algunos adultos mayores refirieron que si han fumado antes, ya sea por curiosidad o vicio, que ahora actualmente gracias a sus familiares no fuman y también porque ellos mismos se dieron cuenta de las consecuencias que pueda venir al futuro el uso de excesivo de tabaco, daña a casi todos los órganos como principalmente al pulmón, páncreas, riñones, daños al cerebro, infarto al corazón, así mismo una neumonía.

La mayoría duerme de 6 a 8 horas por cada noche es normal ya que el sueño de los adultos mayores se dice que debe de ser de 7 a 8 horas, para que así puedan sentirse completamente alerta durante el día sin embargo a medida que su edad va avanzando va a tener dificultad para poder conciliar el sueño ya que no será lo mismo cuando él o ella era joven.

Por otro lado la mayoría se baña diariamente, en la cual no hay ningún tipo de riesgo, es importante que el adulto mayor se bañe diariamente para así poder quitar impurezas a la piel, así mismo no se debe olvidar que después del baño es importante crema o aceite en todo el cuerpo ya que la piel de los adultos mayores casi siempre están resacos, por ello es importante aplicar esto a los adultos mayores y así también evitamos que haya callos; la mayoría no se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud, el examen médico es importante porque el medico va a detectar alguna patología y mediante algún diagnostico que hará el medico el adulto puede empezar con su tratamiento en casa, sin embargo muchos de los adultos mayores refirieron que ellos viven solos y no hay nadie quien les pueda acompañar, sin embargo ellos refirieron que acuden cuando solo se sienten mal, sabiendo así que el examen médico anual es importante, para la prevención del adulto mayor.

La mayoría realiza actividad física en su tiempo libre como: caminar, es importante que el adulto mayor realiza actividades físicas que depende de la edad de ellos, ya que ellos no podrán realizar ejercicio físico excesivo, la mayoría realizan caminata ya que van obtener beneficios (disminución de la tensión arterial, aumentar la resistencia, desarrollar un corazón más eficiente previniendo enfermedades coronarias, obesidad, etc).

Los resultados difieren a los resultados de Gonzales J, (99). En su investigación

titulada " Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan nueva sonrisa dispensario santa francisca romana ". Se encontró que el 30% consume carne 2 veces a la semana; el 80 no consume refresco con azúcar el 70% consume únicamente dos consume comida al día.

Así mismo estos resultados difieren a los resultados por, Bernuy B, (100). En su estudio titulado. Determinantes de la salud en el adulto mayor pueblo joven ramón castilla – Chimbote, 2013. Donde concluyen el 52% consumen frutas diariamente, el 40% consumen de 3 o más veces a la semana y el 8% refieren que consumen entre 1 o 2 veces a la semana.

Estos resultados difieren a los estudios tales como, Hipólito R, (101). En su investigación titulada "Determinantes de la Salud en adultos mayores del AA. HH Los Cedros – Nuevo Chimbote, 2016. Concluyo que el 54% (54) consume frutas diariamente, el 85% (85) consume carne una a dos veces a la semana, mientras que el 44% (44) consume huevo tres o más veces a la semana.

En una investigación tales como Restrepo S, Morales R, Ramirez M, Lopez M, Varela L, (102). Titulada. "Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorante en salud". Obtuvieron como resultado que el 43% consume lácteos una sola vez al día y el 25% los consume dos veces en el día, con un 68% de la población que no alcanza a cubrir las necesidades de calcio. Igualmente se encontró un bajo consumo de frutas y verduras, lo que no contribuye a cubrir las necesidades de vitaminas y minerales. El 50% de los adultos mayores consumen frutas y verduras solo una vez en el día. Acerca del consumo de carnes el 77% afirmó comerla todos los días, pero de estos el 42% la consumen una sola vez diariamente.

Una dieta adecuada para las personas en la tercera edad debe suponer un mayor

aporte de compuestos como el calcio, el hierro o la vitamina D. Valorando los cambios físicos y mentales de cada persona, conviene adecuar la dieta, buscando el equilibrio nutricional necesario para mejorar la calidad de vida. Aunque es necesario evitarlo, en la medida de lo posible, lo cierto es que en esta etapa las personas tienden más al sedentarismo, la alimentación y nutrición es muy importante en esta etapa de la vida, porque permite preservar y mantener la salud, así como limitar complicaciones que son frecuentes en el adulto mayor (103).

Un estilo de vida saludable no sólo debe enfocarse por la salud física, sino que debe tomar todas las dimensiones del individuo (el cuerpo, la mente, las emociones, los afectos, la vida de relación, los intereses, el sentido de trascendencia). Se requiere, por tanto, partir de un enfoque que incluya mucho más que el simple cuidado de la salud física (104).

Los resultados de la presente investigación aplicada en los adultos mayores con diabetes del Puesto de Salud "Magdalena Nueva", en cuanto a los determinantes de los estilos de vida, menos de la mitad consume a diario las verduras y hortalizas, la verdura es un alimento protector que va a ayudar al adulto mayor a que no pueda contraer enfermedades y desintoxicar el organismo de las toxinas generadas por el metabolismo, y tener un buen funcionamiento del cuerpo, 3 o más veces a la semana consumen huevos, estos son alimentos constructores, que van ayudar a proteger los huesos, músculos y piel, así mismo aportan cantidades significativas de proteínas, lípidos, minerales y de casi todas las vitaminas, 1 o 2 veces a la semana consumen legumbres, menos de 1 vez a la semana consumen frituras que van a proveen energía que necesita el adulto mayor para hacer actividades físicas ya que el adulto mayor realiza caminatas.

Nunca o casi nunca consumen dulces, gaseosa, los alimentos como protectores,

constructores y energéticos van ayudar al adulto mayor ya que estos adultos mayores con diabetes no necesariamente requieren de una dieta especial, solo simplemente de la olla familiar, el adulto mayor con diabetes debe de consumir pocas porciones para no alterar su glucosa el objetivo es que el adulto mayor tenga una glucosa en ayunas debajo de los 130mg/dl y 2 horas después del almuerzo debajo de 180mg/dl así mismo se dice que debe de consumir proteína, carbohidrato y una buena porción de ensalada, lo que debe de limitar son las harinas, aceites y azúcar o bebidas con azúcar, gran mayoría de los adultos mayores refirieron que no tienen suficiente dinero como para poder comprar alimentos que mejoren la calidad de vida, sin embargo no se dan cuenta que consumen las frituras ya que es de menos costo y fácil de preparar pues esto es muy dañino para la salud de ellos.

EN LA TABLA 4, 5, 6: Del 100% (54) de adultos mayores con diabetes del Puesto de Salud Magdalena Nueva, el 59,0% (32) no reciben apoyo social natural; el 100% (54) no recibe algún apoyo social organizado; el 100% no recibe apoyo social organizado como pensión 65, comedor popular o vaso de leche; el 100% (54) fue atendido en una institución de salud en los 12 últimos meses fue en el puesto de salud; el 74,0% (40) considera que en el lugar donde se atendió es regular a su casa; el 100 % (54) tiene seguro del SIS – MINSA; el 64,8% (35) el tiempo que espero para que lo atendieran le pareció regular; el 68,5% (37) la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue buena; el 66,7% (36) no existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa, el 59% (32) no recibe apoyo social natural; el 100% (54) no recibe apoyo social organizado; el 100% (54) no reciben apoyo social de las organizaciones.

Estos resultados se difieren a los estudios según Mirando A, Hernández L, (105).

En su investigación titulada "Calidad de atención en salud del adulto mayor", define de buena calidad de los servicios de salud es difícil, y ha sido objeto de muchos acercamientos. La dificultad estriba, principalmente, en que calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción, depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores.

Así mismo estos resultados se asemejan de los de Payhua Y, (106). En su estudio titulado "Abandono del adulto mayor por el núcleo familiar del programa, CIAM - Huancayo 2013". Concluyo que el 90% de los adultos mayores cuentan con el Sistema integral de salud (SIS), el 4% utilizan los servicios del hospital, el 10% utilizan los servicios de las clínicas y un 6% no utilizan este servicio; tal es así que utilizan las medicinas caseras en la casa o a través de los curanderos.

Estos resultados son casi similares a los resultados encontrado por Cerrón M, (107). Estudio sobre la percepción que tiene el adulto mayor de su calidad de vida, universidad Veracruzana-México, 2010 nos muestra que el 22.5% manifestaron que la calidad de la atención que recibió es regular.

Estudios que se asemejan tales así como Joel. M, (108). En el 2013. Distribución porcentual sobre los determinantes de redes sociales y comunitarias de los adultos del caserío de Chua bajo sector S Huaraz., el 71.3% (82) fueron atendidos en los 12 últimos meses en un servicio de salud, 37.5% (60) refieren que la distancia donde fueron atendidos es regular, 55.6% (153) tienen como tipo de seguro el SIS MINSA, 31.8% (51) refieren que el tiempo que esperaron para que les atiendan es regular.

Los centros asistenciales y puestos de salud (Son unidades dependientes de los centros asistenciales) brindar atención primaria y del segundo nivel de salud la población en la cual cuenta con servicios como Atención General. Atención

Materno-infantil, Salud sexual y reproductiva, inmunizaciones, Atención de Enfermedades Prevalentes, Atención Odontológica (en algunos casos) (109).

Pandilla se define un grupo de adolescentes y jóvenes que comparten los mismos intereses. Se le puede definir al pandillaje como un conglomerado humano con fines propios, cuyo objetivo es la de propiciar la vida en común entre los miembros del grupo. El pandillaje juvenil es un problema que afecta a los derechos humanos de todos los seres que convivimos en una misma sociedad. Con el tiempo, estos grupos son sinónimos de violencia, robo, inseguridad ciudadana; esto afecta de manera directa a todos los pobladores de una misma sociedad pues no permite que la convivencia dentro de ella sea de la mejor manera posible (110).

Una buena calidad en la atención médica, garantiza que los enfermos reciban los tratamientos adecuados, en el momento oportuno, minimizando las posibilidades de error, en un ambiente de respeto a su dignidad y derechos, y que se garantice la justicia y la equidad, además una buena atención médica mantiene una relación personal cercana y continua entre médico y paciente (111).

El SIS brinda a sus asegurados la cobertura financiera del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) que comprende más de 1,400 diagnósticos, los planes complementarios, enfermedades de alto Costo, entre ellas, cáncer de mama, cuello uterino, estómago, colon, próstata, linfomas, leucemia e insuficiencia renal crónica, así como enfermedades raras o huérfanas. Además de ello atenciones médicas, medicamentos, análisis de laboratorio, radiografías, tomografías, etc. Según lo indique el médico tratante, intervenciones quirúrgicas, hospitalización, traslado en situación de emergencia, subsidio por sepelio (112).

Asimismo, los resultados de la presente investigación aplicada en los adultos mayores con diabetes del Puesto de Salud "Magdalena Nueva", en cuanto a los determinantes de redes sociales y comunitarias, la totalidad en estos 12 últimos meses se atendió en un Puesto de Salud, refirieron que acuden más allí porque está cerca de su casa, por otro lado, otros refirieron que no cuentan con suficiente dinero para poder acudir a una clínica, así mismo refirieron que a veces no acuden por falta de dinero para el pasaje de su mototaxi, o a veces también porque no hay nadie quien les pueda acompañar ya que sus hijos no viven con ellos, la totalidad cuentan con un seguro integral de salud (SIS), los adultos mayores, refirieron que solo cuentan con seguro SIS, más de 1 millón 700 mil adultos mayores de todo el país tienen SIS.

Es importante que todos los adultos mayores cuenten con este seguro ya que una de las poblaciones más vulnerables que existen en el país son los adultos mayores, para que así ellos puedan ser atendidos, y puedan recibir su tratamiento adecuado; la mayoría consideraron que el lugar donde se atendió es regular de su casa, refirieron que algunos no pueden caminar o tienen dificultad para poder caminar, por ello mayormente optan por ir con mototaxi para poder llegar al puesto de salud más cerca de su casa para poderse atender, la mayoría el tiempo que espero para que lo atendieran fue regular, los adultos mayores refiere que ellos piensan que hay preferencia con otras personas, ya que muchas veces ellos acuden temprano sin embargo algunas personas "llegan ultimo y salen primeros" y algunos refirieron que a veces esperan demasiado y se regresan nuevamente a casa la cual ese es el hecho de que ellos no asistan seguidamente a sus controles.

Por otro lado; la mayoría refieren que la calidad de atención que le brindo el establecimiento de salud es buena, refieren que algunas enfermeras incluida

técnicas le tratan bien y como que otros les trata de una forma muy drástica, así mismo también es el hecho de que ellos no acuden por temor a que les atiende la misma enfermera que le trato mal, como sabemos en esta etapa el adulto mayor o persona de tercera se siente mal rápidamente por la misma edad, entonces lo que desean ellos es paciencia amor respeto, sabiendo esto ellos nos refirieron que si acudirían, la mayoría refirieron que no existe pandillaje cerca de su casa, pero poco de las personas si refirieron que si existe pero ya es escaso por el mismo patrullaje que hay por las zonas.

Otro resultado que es casi similares de Moreno L, (113). En investigación titulado “Determinantes de las Redes Sociales de la Salud en los Usuarios de Atención Sanitaria del Distrito Federal - México, 2013”. Donde concluyó que el 40% recibe apoyo familiar 99,6% no reciben ningún apoyo social organizado.

Pacheco P, (114). En su investigación titulada “Los determinantes de la salud percibida en España”. Del mismo modo este resultado es similar en el indicador de la institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses, donde concluyo que el 54.4% de la población de la población se atendió en estos últimos 12 meses en hospital.

Asimismo, estos resultados obtenidos son similares a los resultados obtenidos por Colchado A, (115). En su estudio titulada: Determinantes de la salud adultos mayores con infección respiratoria aguda. Vinzos. Distrito Santa - 2012”. Cuyo resultado fueron que el 95% no recibió ningún apoyo social natural y el 100% no recibe ningún apoyo social organizado.

El apoyo de la familia en un adulto mayor es de gran necesidad ya que ayuda en los aspectos emocionales y afectivos, eso es trascendental ya que es una necesidad del anciano, asimismo el proceso del envejecimiento genera una serie

de demandas de cuidados y afectos que requieren dedicación, entrega y en el que la familia tiene un deber en el cuidado de un adulto mayor sobre todo los hijos, deben tratar de aceptarlo como una responsabilidad moral. Por lo cual como primer argumento los roles de la familia en el cuidado de un adulto mayor son fundamentales las necesidades psicoactivas (116).

El apoyo social se definido en términos cognitivos, tomando en consideración la dimensión subjetiva del mismo apoyo percibido, ya que es esta percepción precisamente, la que se considera promotora de la salud. La importancia de esta distinción, radica en que algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, y en ausencia de percepción de un apoyo disponible, éste no podrá ser utilizado (117).

El apoyo social natural es un conjunto de provisiones, expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, por las redes sociales y las personas de confianza, tanto en situaciones cotidianas como de crisis, protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos vitales estresantes. Es un sistema de apoyo que implica un patrón duradero de vínculos sociales continuos e intermitentes que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona (118).

El programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65, informa que Pensión 65 cerró el año 2016 con una ejecución presupuestal de 99,8 %, la más alta de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) y una de las más altas de la gestión de gobierno, según el portal de Transparencia del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). El programa social alcanza la cifra de 502.972 adultos mayores afiliados que reciben 502.972 adultos mayores afiliados que reciben la subvención económica bimestral en los 1.874 distritos

del país. El presupuesto de Pensión 65 para el 2016 ascendió a S/ 802.122.909, de los cuales más de S/ 750 millones se destinaron al pago de la subvención monetaria a los adultos mayores calificados como de extrema pobreza (119).

Finalmente; más de la mitad no recibe apoyo social natural, sin embargo muchos de ellos refirieron que si reciben apoyo de sus familiares, como hijos nietos y demás familiares, para así poder sustentar sus gastos y/o servicios básicos, menos de la mitad reciben apoyo social organizado por organizaciones de voluntariado, solo algunos de los adultos mayores refirieron que cuentan con el apoyo del padre Juanito, ya que a través de ese trabajo social, la comunidad recibe apoyo; la totalidad no recibe apoyo social organizado, como pensión 65, comedor popular, etc., los adultos mayores refirieron que no cuentan con ningún tipo de apoyo de esas organizaciones, con una cara tan triste y lamentable ellos refirieron que necesitan apoyo, para poder comprar alimentos que ellos necesitan consumir, ya que algunos no reciben apoyo ni de sus familiares, se les pregunto porque no solicitan pensión 65 y manifestaron que le dijeron que esas pensiones son para personas de extremas pobreza.

Actualmente como ellos cuentan con una vivienda de material noble gracias a sus esfuerzos de parejas, ese es el hecho de que ellos no cuenten con esa pensión 65, algunos desconocen que existe este apoyo social llamado pensión 65, así como también algunos de ellos aun recién solicitaran porque no contaron con su documento nacional de identidad (DNI).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

- En los determinantes Biosocioeconómico de los adultos mayores con diabetes del Puesto de Salud Magdalena Nueva; la totalidad son de tendencia propia, abastecimiento de agua conexión domiciliaria, eliminación de excretas baño propio, energía eléctrica permanente, disposición de basura carro recolector; la mayoría son de sexo femenino, ingreso económico menor de 750, tipo de vivienda unifamiliar, material de piso loseta, vinílicos o sin vinílico, número de personas que duermen en una habitación 2 a 3 miembros, combustible para cocinar gas, frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa al menos 2 veces por semana; menos de la mitad sin nivel e instrucción, sin ocupación, material del techo y paredes es de ladrillo y cemento.
- En los determinantes de estilo de vida de los adultos mayores con diabetes; casi la totalidad en las dos últimas semanas no han realizado actividad física durante 20 minutos; la mayoría actualmente no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, frecuencia de consumo de bebida alcohólicas no consume, frecuencia con que se baña es diariamente, no se realizó algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud, actividad física que realiza en su tiempo libre es caminar; más de la mitad nunca o casi nunca consumen refrescos con azúcar, el número de horas que duermen es de 6 a 8 horas; menos de la mitad consumen frutas diario, 3 o más veces por semana consumen huevos, 1 o 2 veces a la semana legumbres menos de 1 vez a la semana frituras.

- En los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos mayores con diabetes; la totalidad no recibe apoyo social organizado como pensión 65, comedor popular, la institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses fue en un Puesto de Salud, el tipo de seguro que cuentan es SIS- MINSAs; la mayoría considero que el lugar donde se atendieron la distancia es regular, el tiempo que espero para que la atendieran le pareció regular, la calidad de atención que recibió en el establecimiento le pareció regular, no hay pandillaje o delincuencia cerca de su casa; más de la mitad no recibe apoyo social natural; menos de la mitad recibe algún apoyo social de organizaciones de voluntariado

5.2 Recomendaciones:

- Dar a conocer los resultados de la presente investigación al personal de salud y autoridades del puesto de salud "Magdalena Nueva" para que de esta manera se pueda enriquecer los conocimientos para mejorar los determinantes de la salud en los adultos mayores para así por medio de esta investigación se prioricen los problemas de los adultos mayores así mismo, fortalecer los programas de salud.
- Se recomienda que el personal de salud implemente estrategias y actividades en coordinación con las autoridades de la comunidad teniendo en cuenta los determinantes identificados en el estudio para programar actividades preventivas promocionales en beneficio de dicha comunidad.
- El presente estudio de investigación sirva de estímulo y de base para que se continúe realizando investigaciones similares, donde se pueda tener mayor información y visualizar mejor la magnitud del problema y de esta manera promover la esfera de la investigación en el campo de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas: Diabetes; [Internet]. 2016. [Acceso el 30 de marzo del 2017]. Hallado en: <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>.
2. Cortez V. Problemas de salud según un estudio. Sociedad de la población mundial. [Internet]. 2016. [Acceso el 30 de marzo del 2017]. Hallado en: <http://www.un.org/es/sections/what-we-do/uphold-international-law/>.
3. Castaño A. Organización Mundial de la Salud. Salud pública 2010; 10: 15 [Internet]. 2016. [Acceso el 30 de marzo del 2017]. Hallado en: <http://www.asociacioncastanoynogal.com/blog/?p=82>.
4. Organización mundial de la salud. Cifras de muerte [Internet]. 2016 [Acceso el 30 de marzo del 2017]. Hallado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>.
5. Montes L. Situación actual y expectativas de la población adulta mayor 2016 muerte [Internet]. 2016 [Acceso el 30 de marzo del 2017]. Hallado en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/702/Joana%20Barreto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. 2016 [Acceso el 30 de marzo del 2017]. Hallado en: <https://www.inei.gob.pe/>.
7. Ministerio de Salud del Perú. Situación de la Salud en el Perú. Lima Informática [Internet]. 2016 [Acceso el 30 de marzo del 2017]. Hallado en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/702/Joana%20Barreto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
8. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización mundial de la salud [Internet]. 2011 [Acceso el 30 de marzo del 2017]. Hallado en:

- <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>.
9. Carter K. Determinantes sociales de la salud. Guatemala [Internet]. 2011 [Acceso el 30 de marzo del 2017]. Hallado en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>.
 10. Mikkonen J. Determinantes sociales de la salud [Internet]. 2011 [Acceso el 30 de marzo del 2017]. Hallado en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>.
 11. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud salud [Internet]. 2011 [Acceso el 30 de marzo del 2017]. Hallado en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=144&Itemid=40829&lang=es.
 12. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. De Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; [Internet]. [Acceso el 2 abril del 2017]. Hallado en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fcv335p/doc/fcv335p.pdf>.
 13. Conferencia internacional de promoción de la salud. 1992 [Internet]. [Acceso el 2 abril del 2017]. Hallado en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/promocion-bogota.pdf>.
 14. Sanabria C. Equidad en Salud y Desigualdades Sociales en Salud. Justicia social y equidad; 2010 [Internet]. [Acceso el 2 abril del 2017]. Hallado en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas2017/post_t=determinantes-sociales-de-la-salud-2&lang=es.
 15. Tuesta D. Propuesta de indicadores sobre inequidad. 2a ed. Centro de Investigaciones para el Desarrollo; 2010 [Internet]. [Acceso 2 abril del 2017]. Hallado en:

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v10s1/v10s1a09.pdf.

16. Girón P. Determinantes sociales de la salud. Departamento de Enfermería 2010; [Internet]. [Acceso 2 abril del 2017]. Hallado en: <https://eprints.ucm.es/11024/1/T32155.pdf>.
17. Borrell C. Aproximación conceptual al enfoque de determinantes sociales de la salud 2011; [Internet]. [Acceso 2 abril del 2017]. Hallado en: https://ac.els-cdn.com/S0213911110001512/1-s2.0-S0213911110001512-main.pdf?_tid=8bce406e-125f-4b5c.
18. Lee C. y Rocabado F. Determinantes Sociales de la Salud en Perú. Cuadernos de Promoción de la Salud N° 17, 2005; [Internet]. [Acceso 2 abril del 2017]. Hallado en: <https://www.e-quipu.pe/dinamic/publicacion/adjunto/Determinantessocialesdelasaludenperu-1430861448-6Wp4W.pdf>.
19. Ministerio de Salud. Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas". Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
20. Red Pacifico Norte, Oficina de estadística Magdalena Nueva. Chimbote, 2016.
21. Cantú P. Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2. Centros de Salud Urbanos del Área Metropolitana. Universidad Autónoma de Nuevo León, 2014; [Internet]. [Acceso 2 abril del 2017]. Hallado en: <file:///C:/Users/HP/Downloads/15996-31723-2-PB.pdf>.
22. Hernández D. Conocimientos, actitudes y prácticas de Autocuidado de los pacientes diabéticos de 50 a 70 años que asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Amatitlán Guatemala; 2011 [Internet]. [Acceso 2 abril

- del 2017]. Hallado en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0079_E.pdf.
23. Gamboa J. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [Tesis para optar el grado de maestría en ciencias de enfermería]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2014. [Internet]. [Acceso 2 abril del 2017]. Hallado en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3625>.
24. Haya K, calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Tarapoto: Universidad Nacional De San Martín; 2012. [Internet]. [Acceso 2 abril del 2017]. Hallado en: http://biblioteca.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_99_Binder1.pdf.
25. Flores E. Factores De Riesgo Para Diabetes Mellitus Tipo 1 en Adultos del Sector "Atumpampa" [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2012. [Internet]. [Acceso 2 abril del 2017]. Hallado en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/UNSM/1647/ITEM%4011458-585.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
26. Corbacho A. Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. Departamento de enfermería. Lima: Hospital Nacional Arzobispo Loayza; 2011. [Internet]. [Acceso 2 abril del 2017]. Hallado en: https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2009/enero/ART4_CORBACHO.pdf.
27. Pinedo Y. Determinantes de la Salud en Adultos Mayores con Diabetes Mellitus, Urbanización Casuarinas II etapa- Nuevo Chimbote, 2012. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Chimbote:

- Universidad los Ángeles de Chimbote; 2012.
28. Abanto A. Determinantes de la salud en adultos mayores con diabetes, hipertensión. AA. HH Villa España – Chimbote, 2012. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad los Ángeles de Chimbote; 2012.
 29. Gomez M. Determinantes de la salud en personas diabéticas del hospital Essalud Nuevo Chimbote, 2014. [Tesis para optar el título profesional de enfermería]. Chimbote: Universidad los Ángeles de Chimbote; 2014.
 30. Oyola K. Estilos de vida y Nivel de Autocuidado en el Adulto Maduro del A.H 1 de Febrero – Nuevo Chimbote. [Tesis para optar el título profesional de licencia en enfermería]. Chimbote: Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2012.
 31. Cerqueira M. Promoción de la salud y educación para la salud. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial. San Juan de Puerto Rico; 1997.
 32. Carissa F. Los determinantes sociales de salud en las américas 2010; 4: 5.
 33. Organización mundial de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud 2009; 5: 6.
 34. Dalhigren, G. Whitehead, M. Estudios sobre determinantes sociales y económicos de la salud de la población N°. 3. Oficina Regional OMS para Europa. Universidad de Liverpool: Dinamarca; 2006.
 35. Neira S. Determinantes sociales de la salud (DSS) y discapacidad. Universidad Autónoma de Manizales. Facultad de la salud 2013; 10: 15.
 36. Castillo A. Determinantes sociales de la salud 2010; 11: 8.
 37. Laín E. La espera y la esperanza. Historia y teoría del esperar humano.

- Alianza Editorial, Madrid 1984. [Internet]. [Acceso 2 abril del 2017].
Hallado en: <file:///C:/Users/HP/Downloads/la-espera-y-la-esperanza-historia-y-teoria-del-esperar-humano.pdf>.
38. Gómez L. Enciclopedia del Medio Ambiente. Editorial Oriente, Santiago de cuba 2002; 10: 11. [Internet]. [Acceso 2 abril del 2017]. Hallado en: <file:///C:/Users/HP/Downloads/DialnetLaFragilidadMedioAmbientaEnTor noAlRecursoAguaEnCo-4885256.pdf>.
39. Juárez B. Definición de Servicios de salud. [Internet]. 2014. [Acceso el 11 de julio del 2017]. Hallado en: <http://definicion.de/servicios-de-salud/>.
40. Merino M. Definición de proceso educativo [Internet]. 2013. [Acceso el 11 de julio del 2017]. Hallado en: <https://definicion.de/proceso-educativo/>.
41. Ávila N. Definición de trabajo. [Internet]. 2015. [Acceso el 11 julio del 2017]. Hallado en: <https://www.definicionabc.com/?s=Trabajo>.
42. Pérez J. Definición de territorio. [Internet]. 2011. [Acceso el 11 julio del 2017]. Hallado en: <https://definicion.de/territorio/>.
43. Guerrero N. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Rev. Univ. salud. 2015; 17.
44. Muñoz L. El apoyo social y el cuidado de la salud humana. Cuidado y Práctica de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería 2000; 99-105.
45. Ministerio de salud. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor 2010; 25: 8.
46. García J. Introducción a la metodología de la investigación en ciencias de la salud, ed. McGraw-hill, México.
47. Tresierra A. Metodología de la Investigación Científica. 2a. ed. Perú:

- Biociencia; 2000.
48. Barba M. Definición de sexo [Internet]. 2016. [Acceso el 09 de julio del 2017]. Hallado en: <http://feminismo.about.com/od/conceptos/fl/Diferencia-entre-sexo-y-gaacutenero-y-otros-conceptos.htm>
 49. Bugada S. Definición de educabilidad [Internet]. 2009. [Acceso el 28 de febrero del 2017]. Hallado en <http://www.psicopedagogia.com/definicion/educabilidad>.
 50. Definición ABC. La definición de Ingresos. [Internet]. 2008. [Acceso el 11 de julio del 2017]. Hallado en: <http://www.definicionabc.com/economia/ingresos.php. – 2008>.
 51. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Glosario de términos: ocupación. [Internet]. 2016. [Acceso el 11 de julio del 2017]. Hallado en: http://www2.trabajo.gob.pe/archivos/estadisticas/anuario/Anuario_2016_020717.pdf.
 52. Ucha F. La definición de vivienda. [Internet]. 2015. [Acceso el 11 julio del 2017]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/?s=Vivienda>.
 53. Martínez R. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid 1997; 14(3):20-21.
 54. Martos E. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía; 2010. [Acceso el 11 de julio del 2017]. Hallado en: <https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>.
 55. Blog convenal. Acceso a los servicios de salud [Internet]. 2013. [Acceso el 11 de julio del 2017]. Hallado en:

<http://blogconeval.gob.mx/wordpress/index.php/2013/07/23/que-es-el-acceso-a-los-servicios-de-salud/>.

56. 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.
57. Vicente B. Nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus en pacientes con diabetes tipo 2. MediSur 821-27; 2010.
58. Schipf S. Diferencias regionales en la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 conocida en 45-74 Años de edad: Los resultados de seis estudios basados en la población en Alemania; 2012.
59. Bejarano H. Factores Biosocioculturales relacionado con el cumplimiento del tratamiento dietético en pacientes con Hipertensión Arterial. Club del Adulto – Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”. Chimbote; 2014.
60. Villarreal A. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo. Tesis para optar el título profesional de enfermería. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Facultad de enfermería; 2012.
61. Melgarejo N. Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo II en pacientes con diagnóstico de esta enfermedad en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP; 2012. Salud [Internet]. 2013. [Acceso el 11 de julio del 2017].
Hallado en:
http://www.academia.edu/19233573/Nivel_de_conocimientos_sobre_Diabetes_Mellitus_2.
62. Belesaca M, Buele A. Causas y consecuencias del abandono en el adulto mayor del centro gerontológico. Proyecto de investigación previa a la

- obtención del título de licenciada en enfermería. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2016. [Internet]. [Acceso el 11 de julio del 2017]. Hallado en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25629/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>.
63. Avellaneda M. Influencia del soporte familiar en la calidad de vida del adulto mayor con discapacidad del programa de atención domiciliaria – Padomi, distrito Florencia de mora provincia de Trujillo: Universidad de Trujillo; 2015. [Internet]. [Acceso el 12 de julio del 2017]. Hallado en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/1515/AVELLANE DA%20GALARRETA%20MARY%20KATIA%28FILEminimizer%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
64. Reyes C. Determinantes de la salud en adultos mayores con bajos ingresos económicos. Pueblo Joven Miraflores Alto "Sector 7-8". [Tesis para optar el título de Licencia en Enfermería]. Chimbote: Universidad Uladech católica; 2012.
65. Morales L. Género y Salud [Internet]. 2008. [Acceso el 12 de julio del 2017]. Hallado en: <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-94750/master-estudios-genero-fichas-Especialidad-Salud-Diversidad-13-9-17.pdf>.
66. Definición de grado de instrucción. 2da Edición. Trujillo: 2009. [Internet]. [Acceso el 12 de julio del 2017]. Hallado en: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_168/elem_2376/definicion.html.
67. Iturriaga F. Personal eventual notas características del personal eventual. 5ta edición. Chila; 1992.

68. Eusko Jaurlaritza. Aviso legal - Gobierno Vasco 2004; 2 (4):20.
69. Bembibre C. Definición ABC. [Internet]. 2015. [Acceso el 09 de julio del 2017]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/?s=Jubilaci%C3%B3n>.
70. Arellano M. Percepciones negativas que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores. [Tesis para optar a grado académico de licenciado en trabajo social]. Santiago – Chile, Universidad academia de humanismo cristiano escuela de trabajo social; 2011.
71. Garay N. Determinantes de la salud en la persona adulta de la asociación el Morro II-Tacna, 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Facultad ciencias de la salud; 2013.
72. Jiménez L. Determinantes de la salud en adultos maduros sanos en el A.H Los paisajes, Chimbote, 2012”. [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería]. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Chimbote; 2014.
73. Santamaría R. La iniciativa de vivienda saludable en el Perú. Rev. Perú. med. exp. salud pública. 2008; 25(4): 419-30.
74. Monasterio N. Aranda J. Determinantes de la Salud de la Mujer Adulta en el Caserío Quispe, Huanca Bamba [Tesis para optar el título de licenciadas en enfermería]. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote Piura; 2013.
75. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor. [Internet]. 2018. [Acceso 25 de julio del 2018]. Hallado en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf.

76. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Tenencia y formalización de vivienda. [Internet]. 2017. [Acceso 25 de julio del 2018]. Hallado en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1520/cap05.pdf.
77. Cortez, A. Maldonado, G. Mastroianni, E y Parra, F. Scribd. Vivienda Multifamiliar; 2014.
78. Jiménez L. Definiciones de dormitorio [Internet]. 2013. [Acceso el 12 de julio del 2017]. Hallado en: <http://www.definicionabc.com/general/dormitorio.php>.
79. Garde A. Definición de Techo [Internet]. 2014. [Acceso el 19 de julio del 2017]. Hallado en: <https://definicion.de/techo/>.
80. Garay N. Determinantes de la salud en la persona adulta de la asociación el Morro II-Tacna, 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Chicbote: Universidad Católica los Ángeles de Chicbote, Facultad ciencias de la salud; 2013.
81. Jacinto G. Determinantes de la Salud en Mujeres Adultas Maduras Obesas A.H Villa España Chicbote, 2012. Tesis para optar el título profesional de Enfermería. Chicbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chicbote; 2013.
82. Pajuelos A. Determinantes de la Salud de los adultos en el Sector “C” Huaraz - Distrito, 2013. Tesis para optar el título profesional de Enfermería. Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chicbote; 2014.
83. Araujo Morales, A. en su estudio “Viviendas Saludables en Cinco Caseríos De La Zona Rural De Cajamarca ,2011. Tesis para optar el grado de doctor. Universidad de Murcia.

84. Galal G. Organización mundial de Salud, Calidad y conexión de agua potable; [Internet]. 1996. [Acceso el 19 de julio 2017]. Hallado en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41985/9243545035-spa.pdf?sequence=1>.
85. García J. Corto circuito así funciona.com. Consultado el 22 de junio; [Internet]. 2008. [Acceso el 19 de julio 2017]. Hallado en: http://www.asifunciona.com/electrotecnia/af_circuito/af_circuito_1.htm.
86. Definiciones y conceptos censales Básicos. [Internet]. 2007. [Acceso el 19 de julio 2017]. Hallado en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0862/anexo04.pdf>
87. Claudio F. Sistema de disposición de basura. [Internet]. 2013 [citado 25 de julio del 2018]. Disponible en: <http://www.arqhys.com/construccion/sistema-basura.html>.
88. Bersia M. Hábitos alimenticios en mujeres Adultas mayores que realizan quagym en la ciudad de Rosario. [Tesis para obtener el título de Licenciada en Nutrición]. Rosario: Universidad Abierta Interamericana; 2011.
89. Chiques K. Determinantes de la salud en adultos mayores con hipertensión y obesidad. Vinzos. Santa – 2012. [Tesis para optar el título profesional de enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.
90. Velasco, M. y Peñafiel, J. Participación familiar en el autocuidado de los adultos mayores diabéticos del “Hospital IESS - Milagro. Ecuador: Universidad Estatal de Milagro; 2012.
91. Esquivel V. Actividad física en el Adulto Mayor. [Tesis maestría]. México:

- San Nicolás de Los Garza, Universidad autónoma Nuevo León; 2011.
92. Hipólito R. Determinantes de la Salud en adultos mayores. asentamiento humano los Cedros – Nuevo Chimbote, 2016. Universidad los Ángeles de Chimbote; 2016.
 93. Montes R. Estudios diagnóstico para identificar las determinantes de salud que influyen en el estado integral de salud de los habitantes de la comunidad unidad Antorchista ubicada al nororiente del municipio de Colima, 2011. [Tesis para obtener el grado de Maestro en Psicología aplicada]; 2013.
 94. Cambios en el sueño de las personas en estado de edad avanzada [Internet]. 2017. [Acceso el 09 de julio del 2017]. Hallado en: <https://es.familydoctor.org/cambios-en-el-sueno-de-las-personas-en-estado-de-edad-avanzada/>.
 95. Gutiérrez C. Higiene en el adulto mayor. [Artículo de internet]. 2012. [Citado el 09 de julio 2017]. Disponible en: <http://luegodevivir.blogspot.pe/2012/08/higiene-en-el-adulto-mayor.html>.
 96. García E. Cuidados de los pies para personas con diabetes. Revista endocrinólogo. [Artículo de internet]. 2010. [Citado el 09 de julio 2017]. Disponible en: <http://www.innsz.mx/documentos/diabetes/Cuidado%20de%20los%20pies%20smne.pdf>.
 97. Ministerio de Salud y Deportes. Recomendaciones de Energía, y Nutrientes para la Población Boliviana, 1ra Edición. Bolivia; [Artículo de internet]. 2007. [Citado el 09 de julio 2017]. Disponible en: <http://infonutperu.blogspot.com/2012/06/recomendaciones-de-energia-y-de.html#.W2C-2NVKjIU>.

98. Murillo J. Talleres recreativos para personas adultas mayores, Ed. San Pablo. Colombia; [Artículo de internet]. 2003. [Citado el 09 de julio 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864.
99. Gonzales J. Evaluación del estado nutricional de un grupo de adultos mayores pertenecientes al plan nueva sonrisa dispensario santa francisca romana. [Artículo de internet]. 2003. [Citado el 09 de julio 2017]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis708.pdf>.
100. Bernuy B. Determinantes de la salud en el adulto mayor. pueblo joven ramón castilla – Chimbote, 2013. [Tesis para optar por el título de licenciada en Enfermería]. Chimbote: Universidad los Ángeles de Chimbote, facultad ciencias de la salud; 2013.
101. Hipólito R. Determinantes de la Salud en adultos mayores. asentamiento humano los Cedros – Nuevo Chimbote, 2016. Universidad los Ángeles de Chimbote; 2016.
102. Restrepo S, Morales R, Ramírez M, López M, Varela L. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorante en salud Rev. Chil Nutr Vol. 33, N°3, Diciembre 2012 Colombia
103. Carolyn D. Nutrición en la tercera edad. [Artículo internet]. 2010. [Acceso el 11 de julio del 2017]. Disponible en: <http://catalogo.unimilitar.edu.co/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=24070>.
104. García C. Un estilo de vida saludable. 2011; [Artículo internet]. [Acceso el 11 de julio del 2017]. Disponible en:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/5C7B2C366FD66EC2D77D9720F38B8301397B6328085C851F91FCCC21CA490D68893B703D4D305E1D22B8A587BEE142AA>.

105. Mirando A, Hernández L. Calidad de atención en salud del adulto mayor [Artículo de revista cuba de medicina general] V 25, Habana; 2013.
106. Payhua Y. Abandono del adulto mayor por el núcleo familiar del programa. [Para optar el título profesional de licenciada en trabajo social]. Huancayo: Universidad Nacional del centro del Perú, Facultad de trabajo social; 2013.
107. Cerrón M. Estudio sobre la percepción que tiene el adulto mayor de su calidad de vida. [Internet]. 2017. [Acceso el 11 de julio del 2017] <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/>
108. Joel, M. distribución porcentual sobre los adultos del caserío de Chua bajo sector S Huaraz. [tesis para optar en título de clic de enfermería].2010Chimbote. universidad católica los ángeles de Chimbote.
109. Estrada R. Centros asistenciales y Puestos de Salud [Internet]. 2015. [Acceso el 09 de julio del 2017]. Hallado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.
110. Vilcapuma O. El Pandillaje juvenil. Problema social 2015; 10 (2): 3-4.
111. Jones L. El concepto de una buena atención médica. Salud Pública Max; 32 (2): 245 – 247
112. SIS independiente. Preguntas frecuentes. [Internet]. 2011. [Acceso el 25 de julio del 2018]. Hallado en: cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/6835/2/Varillas_cs.pdf.
113. Moreno L. Determinantes de las Redes Sociales de la Salud en los Usuarios

de Atención Sanitaria del Distrito Federal – México; 2013.

114. Pacheco P. Los determinantes de la salud percibida en España. [Tesis para optar por el título de doctor]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2011.
115. Colchado A. Determinantes de la salud de adultos mayores con infección respiratoria aguda Vinzos distrito Santa. Tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Santa: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2012.
116. Matamala G. El rol de la familia en el Adulto Mayor [Internet]. 2013 [Acceso el 09 de julio del 2017]. Hallado en: <https://es.slideshare.net/yoyitaxD/ensayo-adulto-mayor>.
117. Fernández R. Redes sociales. Apoyo social y salud. Periférie; 2005, [Internet]. [Acceso el 09 de julio del 2017]. Hallado en: <https://revistes.uab.cat/periferia/article/view/149/166>.
118. Lara L. Apoyo social. 3ra ed. Madrid; [Internet]. 2011 [Acceso el 09 de julio del 2017]. Hallado en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272017000100009.
119. Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 [Internet]. 2011 [Acceso el 09 de julio del 2017]. Hallado en: <http://www.pension65.gob.pe/quienes-somos/que-es-pension-65/>.

ANEXO N°1



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES
CON DIABETES. PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA – CHIMBOTE, 2016.**

Elaborado por la Dra. Vílchez Reyes María Adriana

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

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

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

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	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 2

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del **Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos de 18 a más años en el Perú** desarrollado 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 adolescente de 10 a 19 años.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

k

Donde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 10 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada uno de los expertos la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN

ADULTOS DE 18 AÑOS A MAS EN EL PERU”

3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta:

¿El conocimiento medido por esta pregunta es...

 - esencial?
 - Útil pero no esencial?
 - No necesaria?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas.
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla 1).
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 10 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla 2).

Tabla 1

V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud en adultos de 18 años en el Perú.

Nº	V de Aiken	Nº	V de Aiken
1	1,000	18	1,000
2	1,000	19	1,000
3	1,000	20	0,950
4	1,000	21	0,950
5	1,000	22	1,000
6.1	1,000	23	1,000
6.2	1,000	24	1,000
6.3	1,000	25	1,000
6.4	1,000	26	1,000
6.5	1,000	27	1,000
6.6	1,000	28	1,000
7	1,000	29	1,000
8	1,000	30	1,000
9	1,000	31	1,000
10	1,000	32	1,000
11	1,000	33	1,000
12	1,000	34	1,000

13	1,000	35	1,000
14	1,000	36	1,000
15	1,000	37	1,000
16	1,000	38	1,000
17	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 en adolescentes de 12 a 17 años de edad en el 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

TABLA 2**REGISTRO DE LAS CALIFICACIONES DE CADA UNO DE LOS EXPERTOS A LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO**

Nº	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	Experto 10					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000

7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000

11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
21	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000

35	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
38	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
Coefficiente de validez del instrument															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 ADULTOS DE 18 A MÁS AÑOS
EN EL PERÚ**

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO: _____

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE: _____

INSTRUCCIONES: Colocar una “X” dentro del recuadro de acuerdo a su evaluación. (*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

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

P3.2									
Comentario:									
P4									
Comentario:									
P5									
Comentario									
P6									
P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									

P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentario:									
P18									

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

P29									
Comentario									
P30									
Comentario									
P31									
Comentario									
P32									
Comentario									
P33									
Comentario									
P34									
Comentario									
P35									
Comentario									
P36									
Comentario									
P37									

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

Gracias por su colaboración



ANEXO N°04

UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUDESCUELA PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO
INFORMADO: TÍTULO
DETERMINANTES DE LA SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES
CON DIABETES. PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA –
CHIMBOTE, 2016.

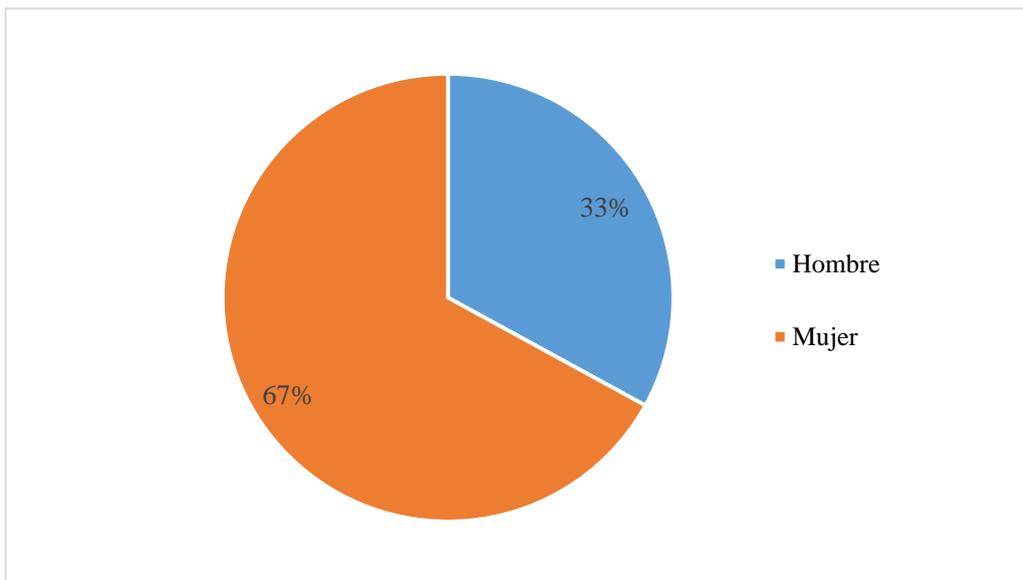
Yo,.....acepto
participar voluntariamente en el presente estudio, señalo conocer el propósito de
la Investigación. Mi participación consiste en responder con veracidad y de forma
oral a las preguntas planteadas.

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

FIRMA

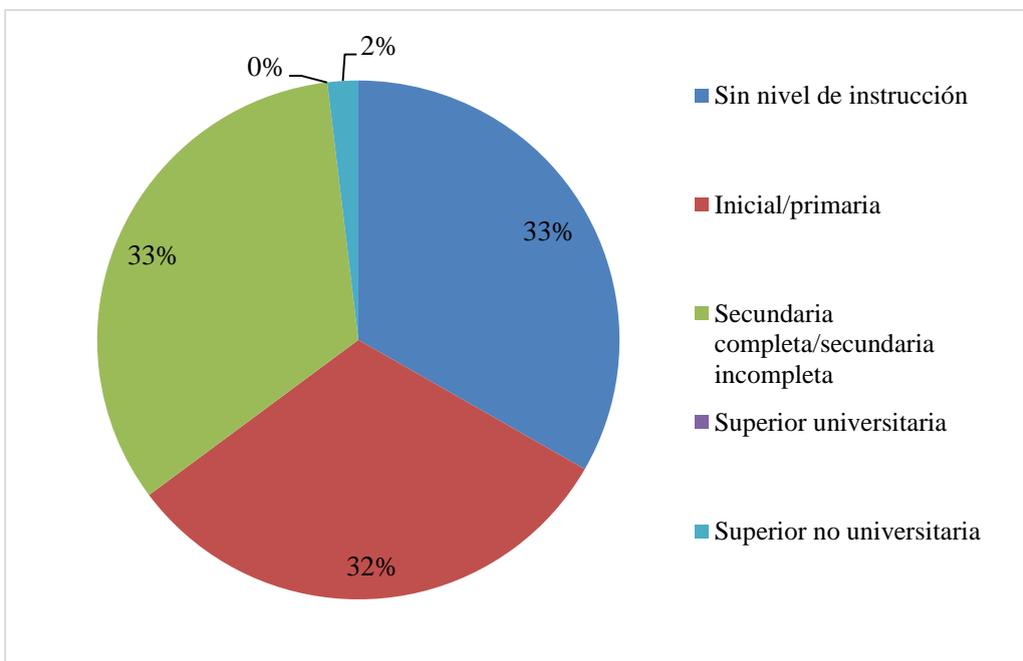
.....

ANEXO N°5
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIECONÓMICOS
GRAFICO N° 1: SEGUN SEXO



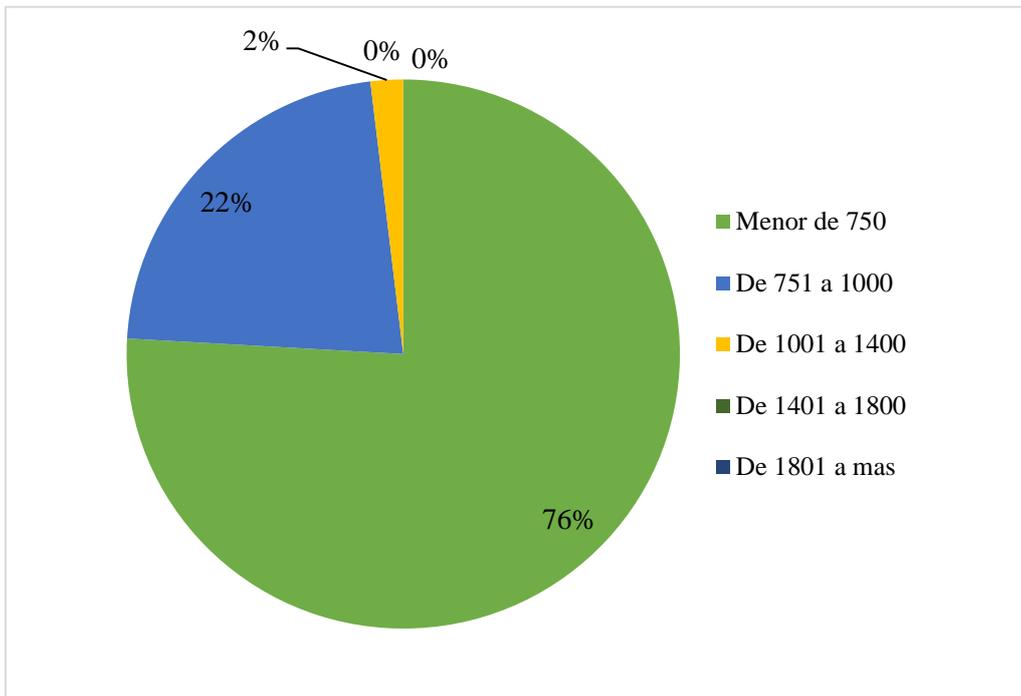
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N° 2: SEGUN GRADO DE INSTRUCCIÓN



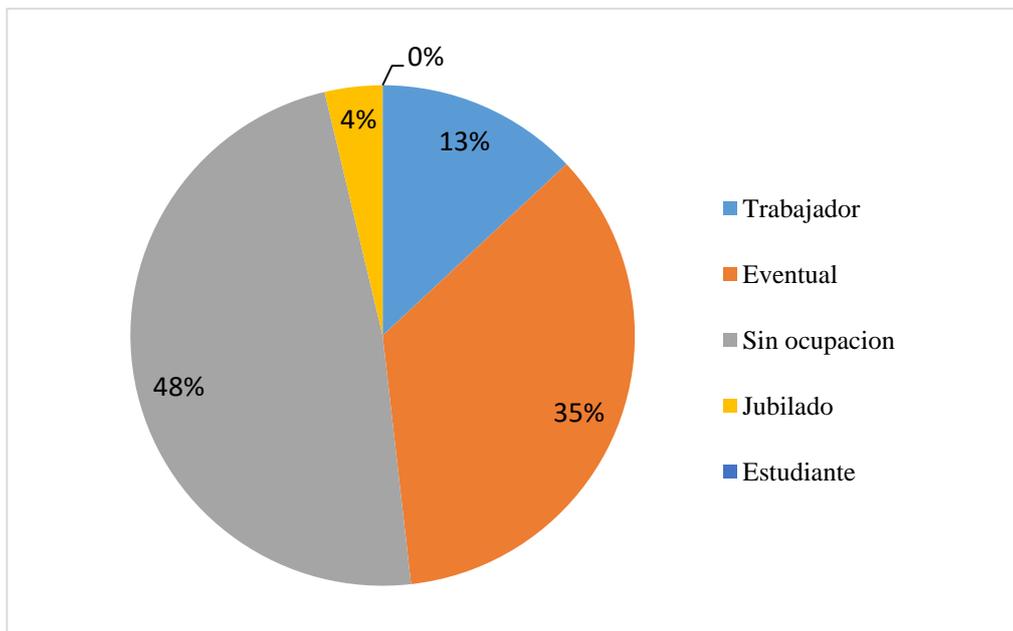
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N° 3: SEGUN INGRESO ECONOMICO



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

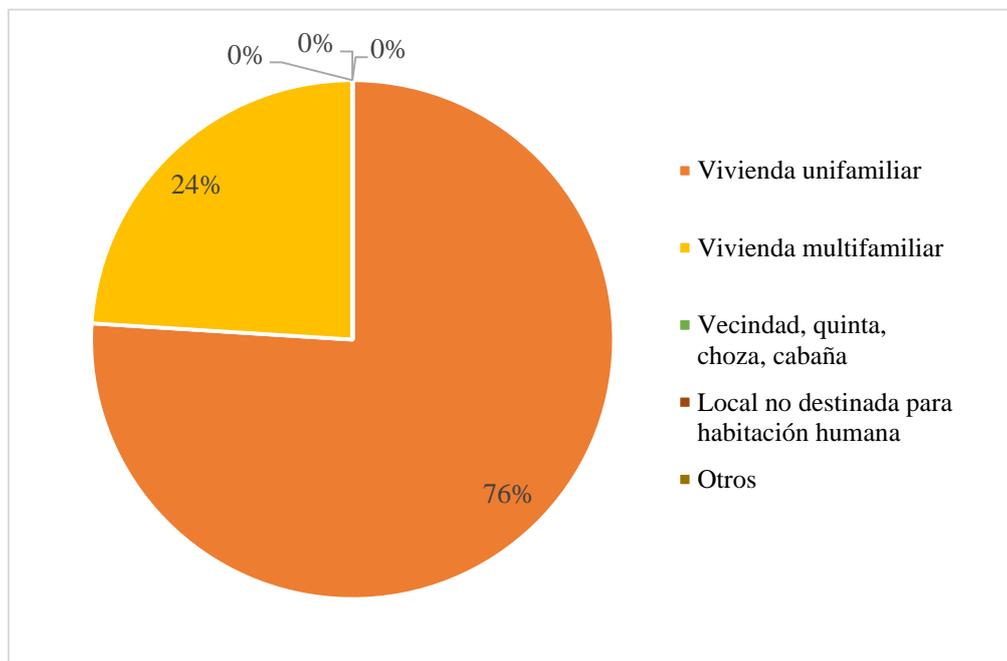
GRAFICO N° 4: SEGUN OCUPACION



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

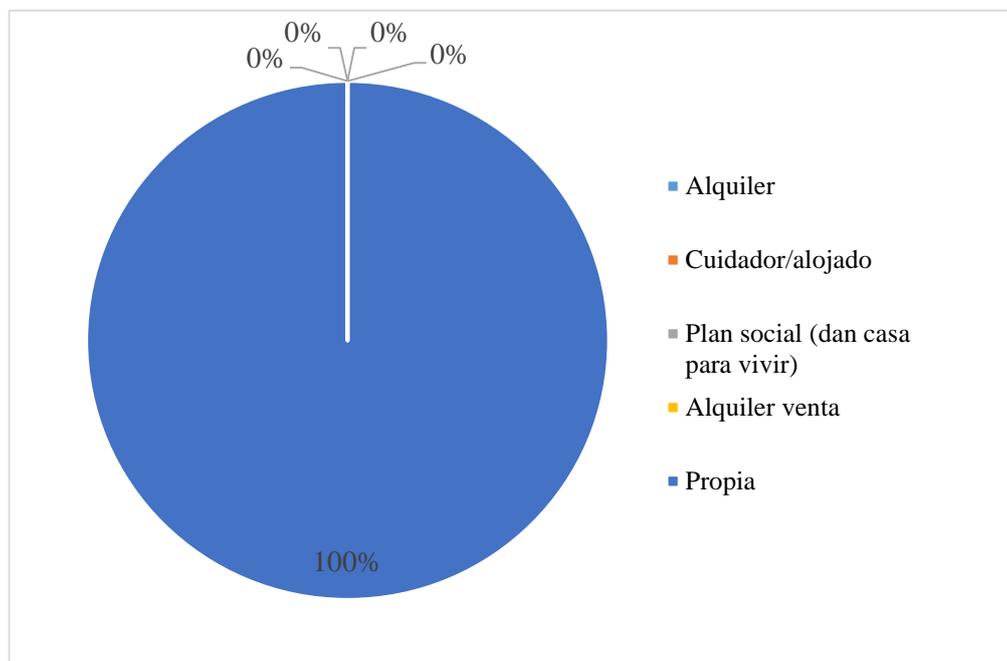
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRAFICO N° 5: TIPO DE VIVIENDA



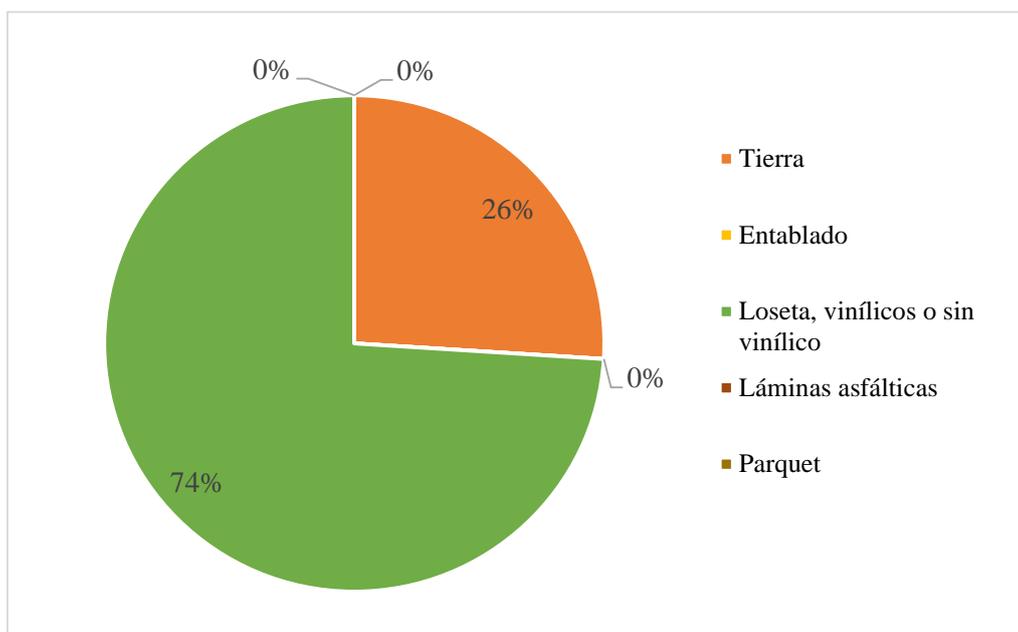
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N° 6: TENENCIA



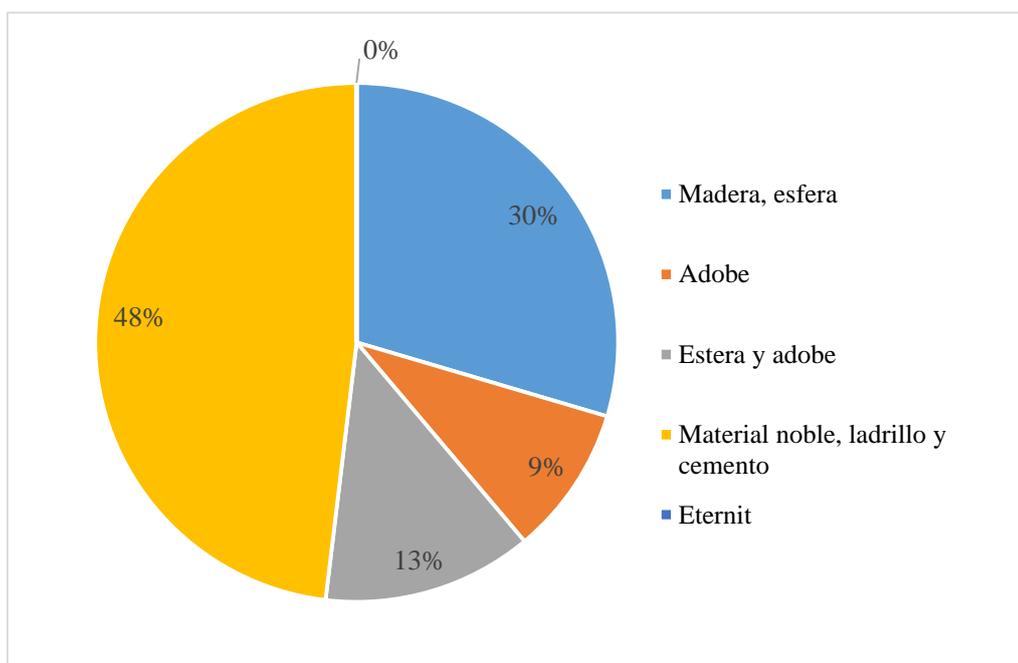
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N° 7: MATERIAL DEL PISO



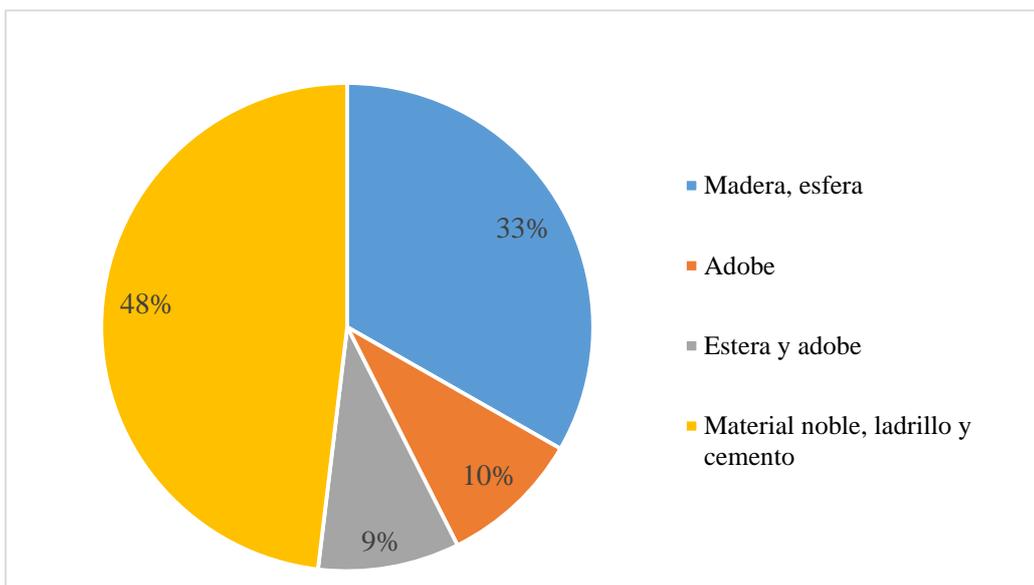
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N° 8: MATERIAL DEL TECHO



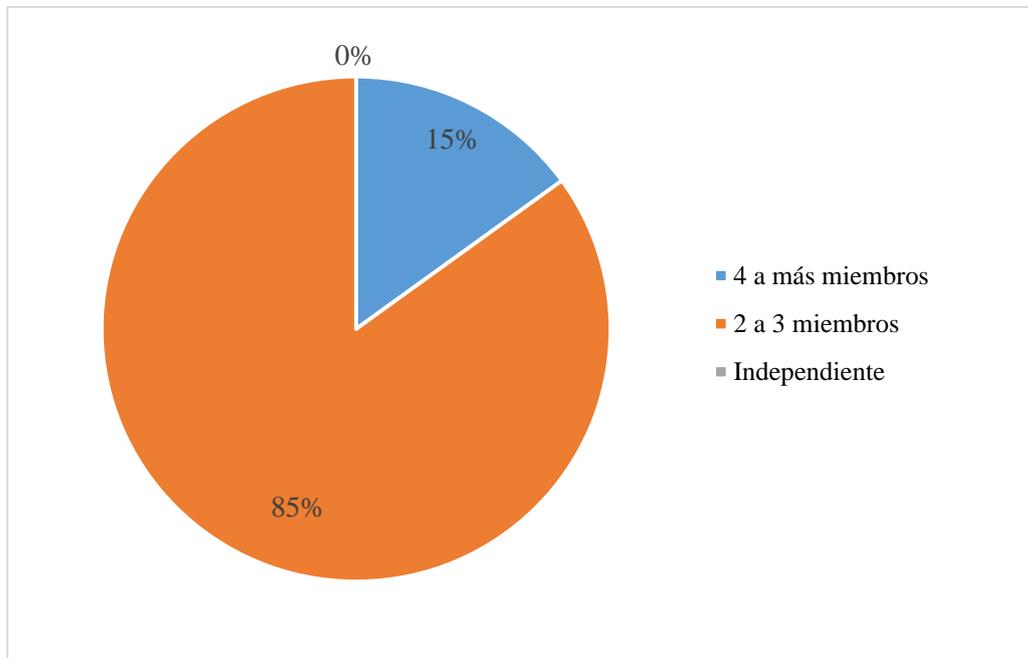
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N° 9: MATERIAL DE LAS PAREDES



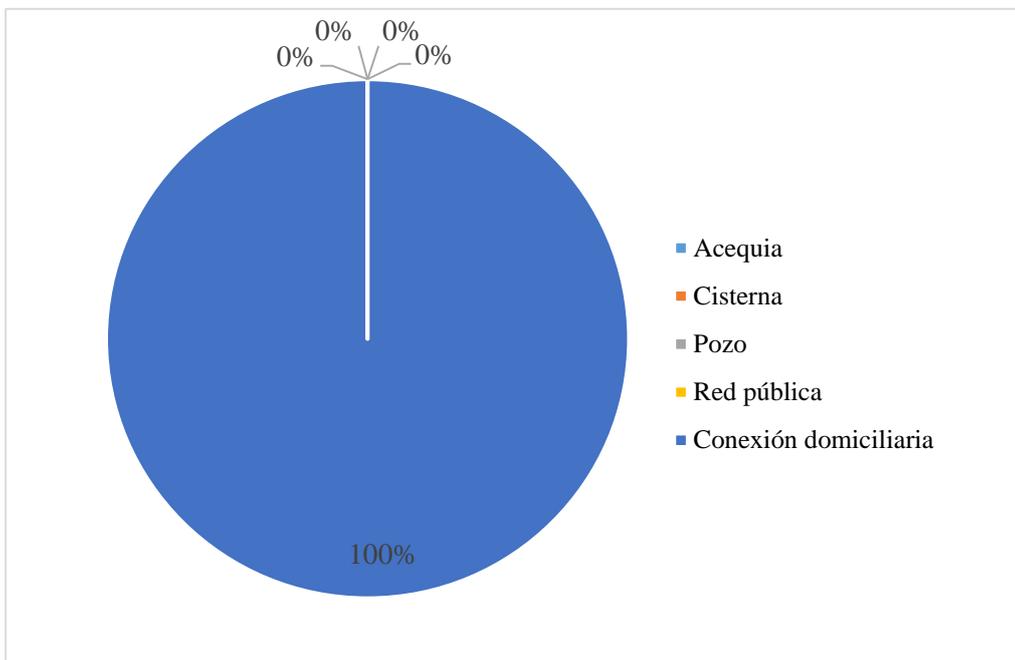
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N° 10: N° DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA



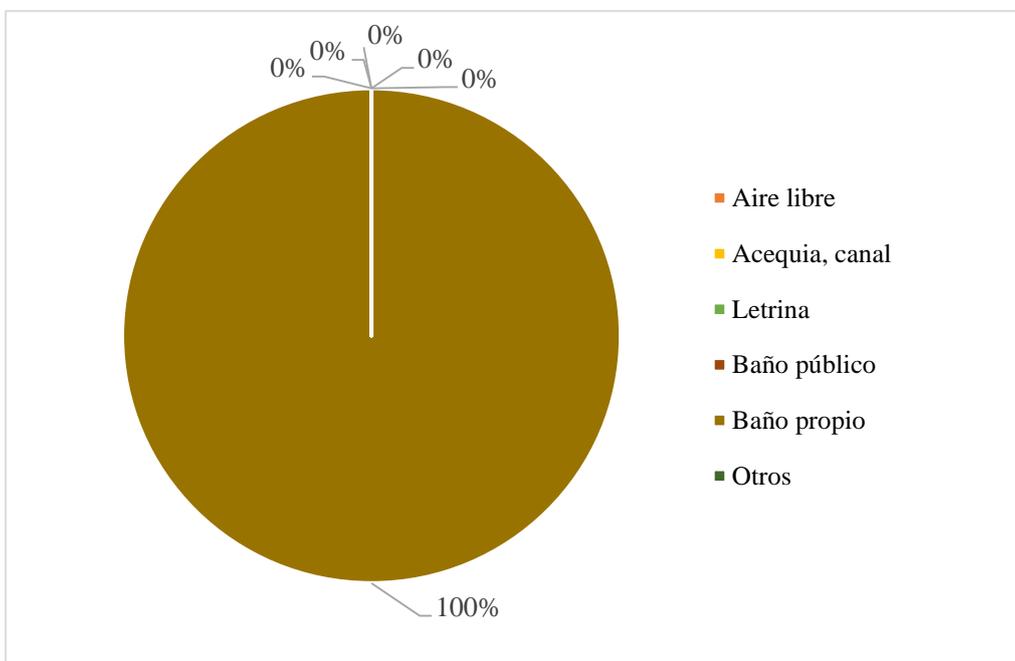
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N° 11: ABASTECIMIENTO DE AGUA



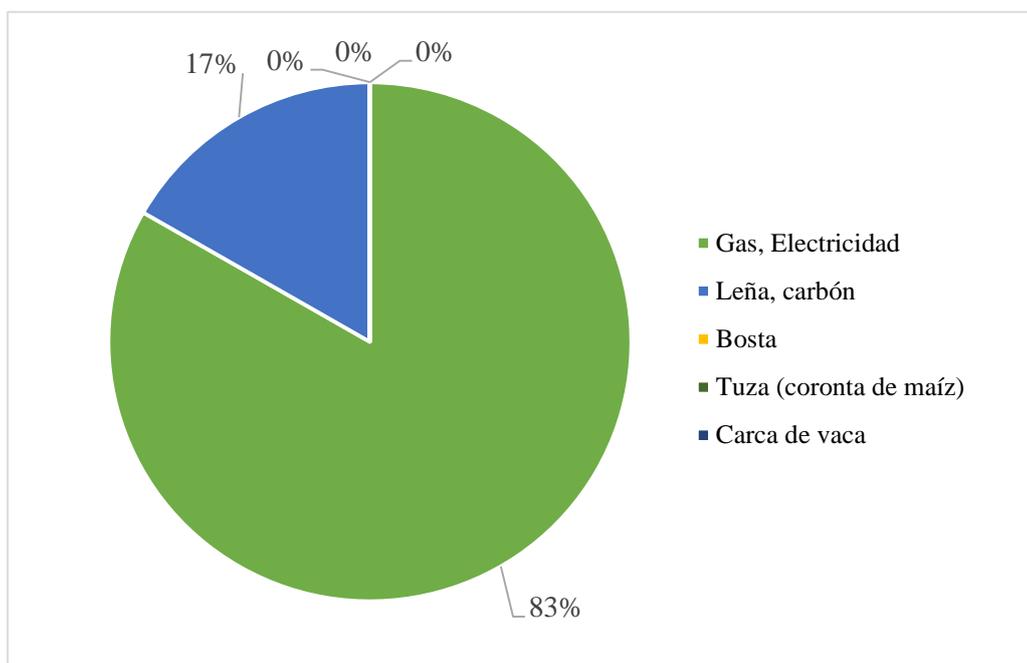
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N° 12: ELIMINACIÓN DE EXCRETAS



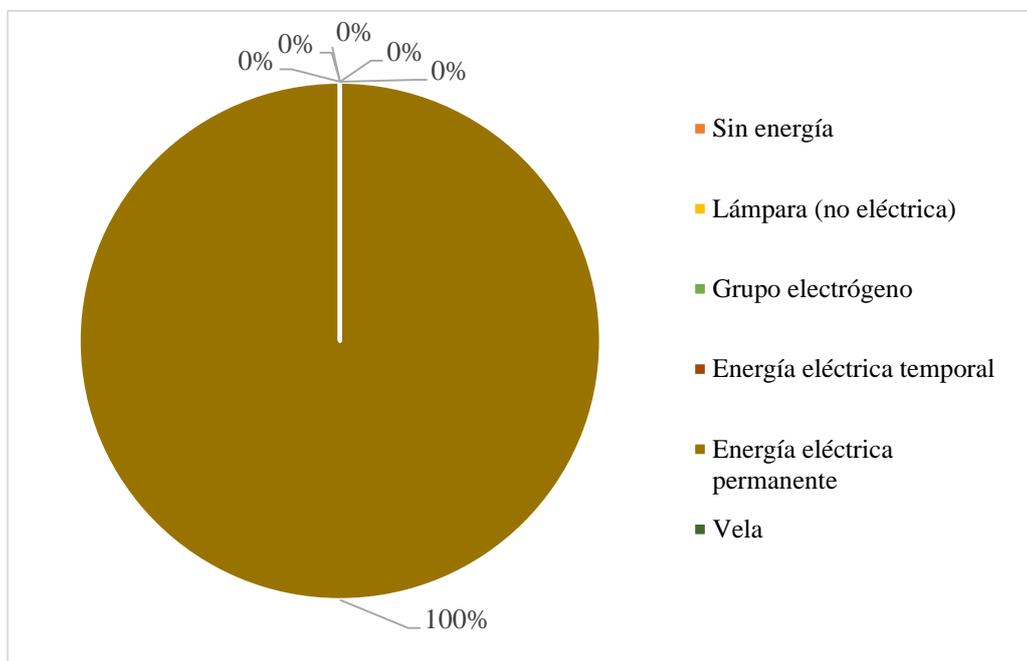
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N° 13: COMBUSTIBLE PARA COCINAR



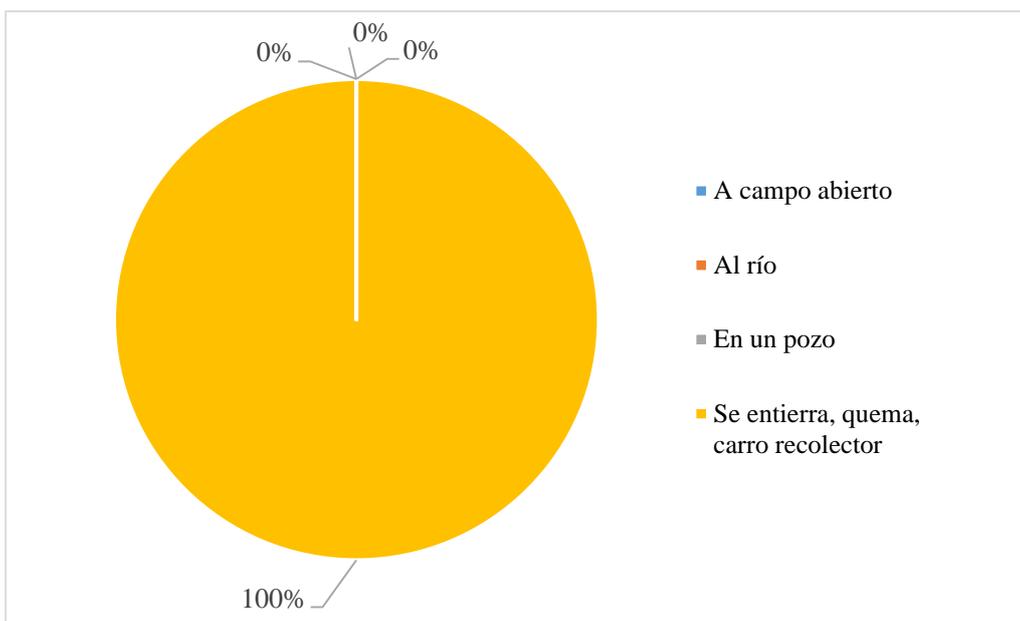
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N° 14: ENERGIA ELÉCTRICA



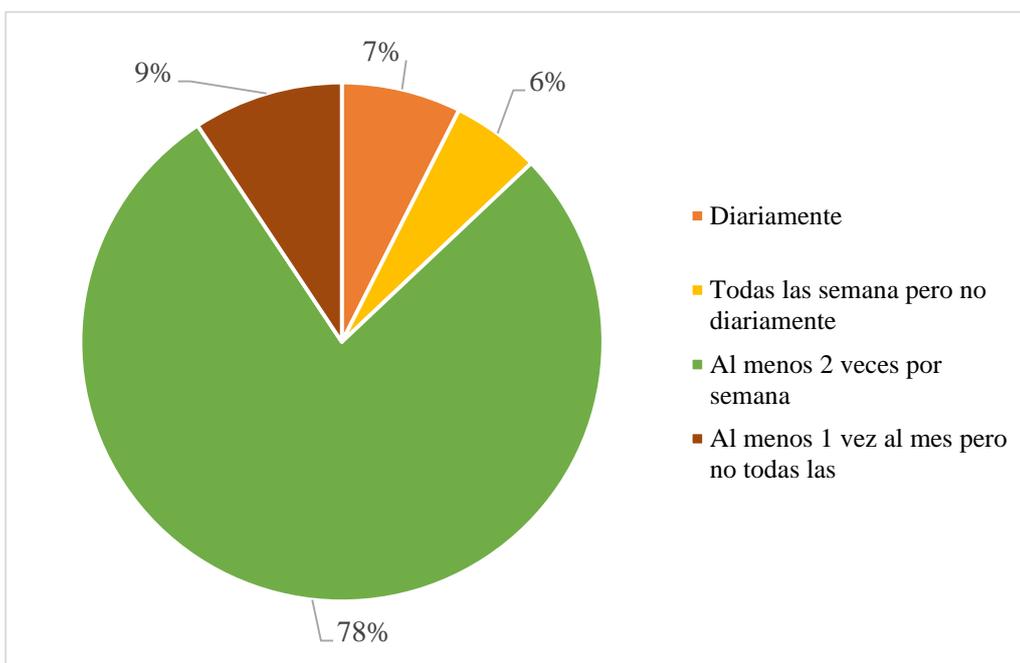
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N° 15: DISPOSICION DE BASURA



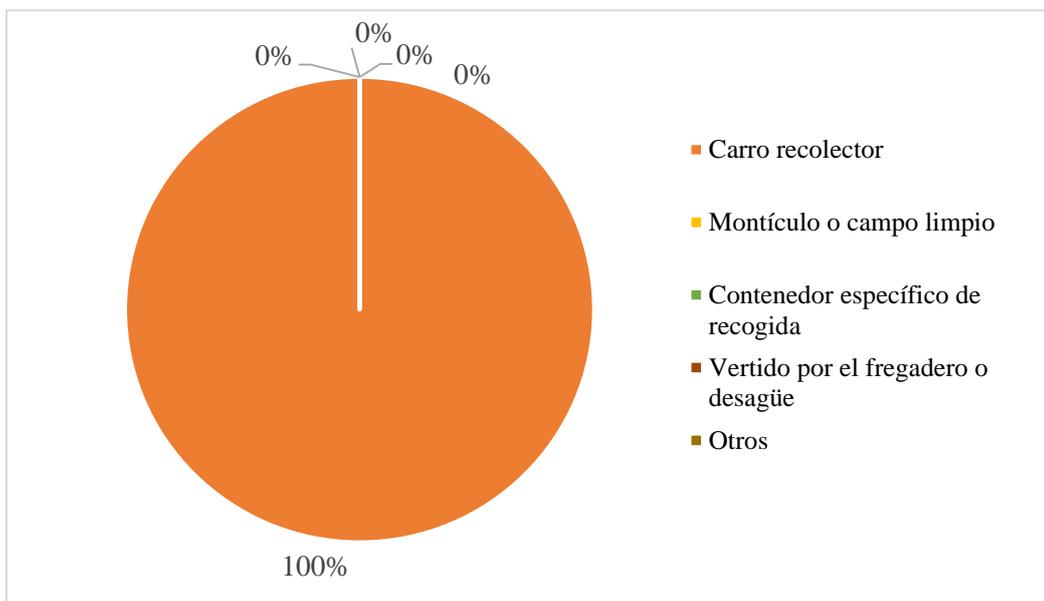
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N°16: FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR SU CASA



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

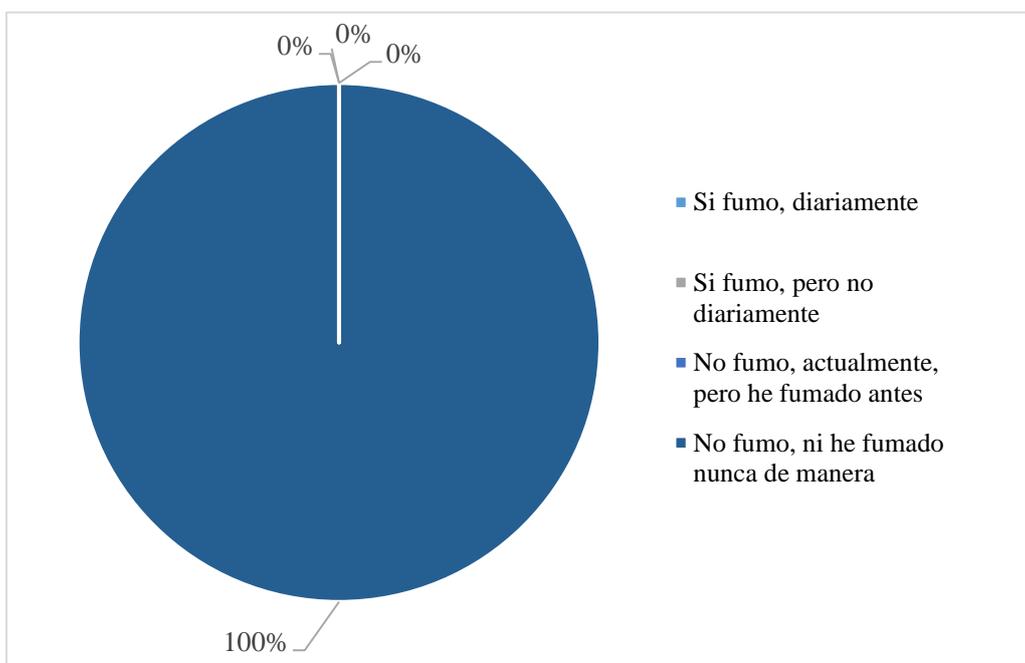
GRAFICO N° 17: SUELE ELIMINAR SU BASURA EN ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES LUGARES



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

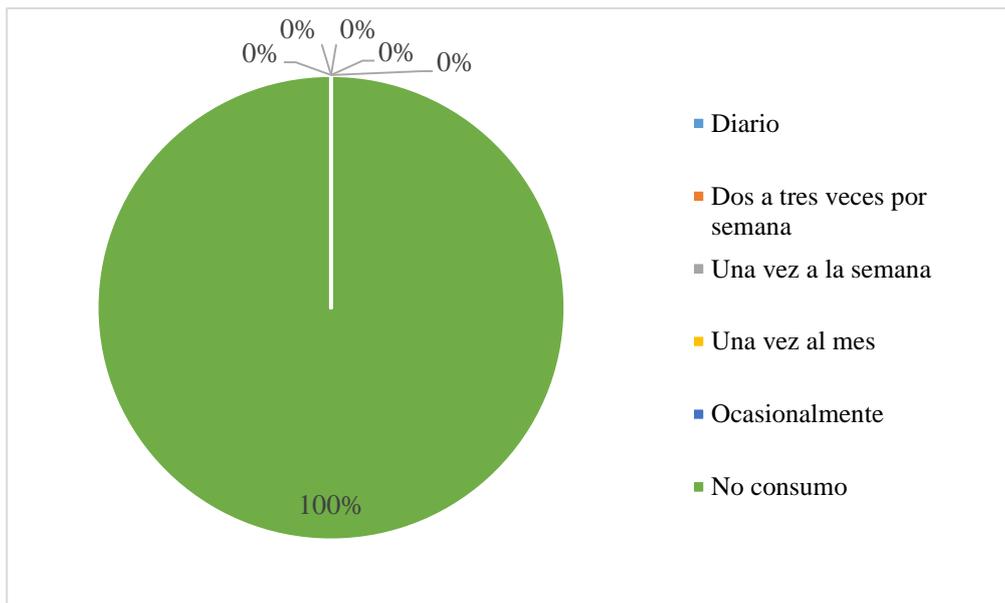
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRAFICO N° 18: FUMA ACTUALMENTE



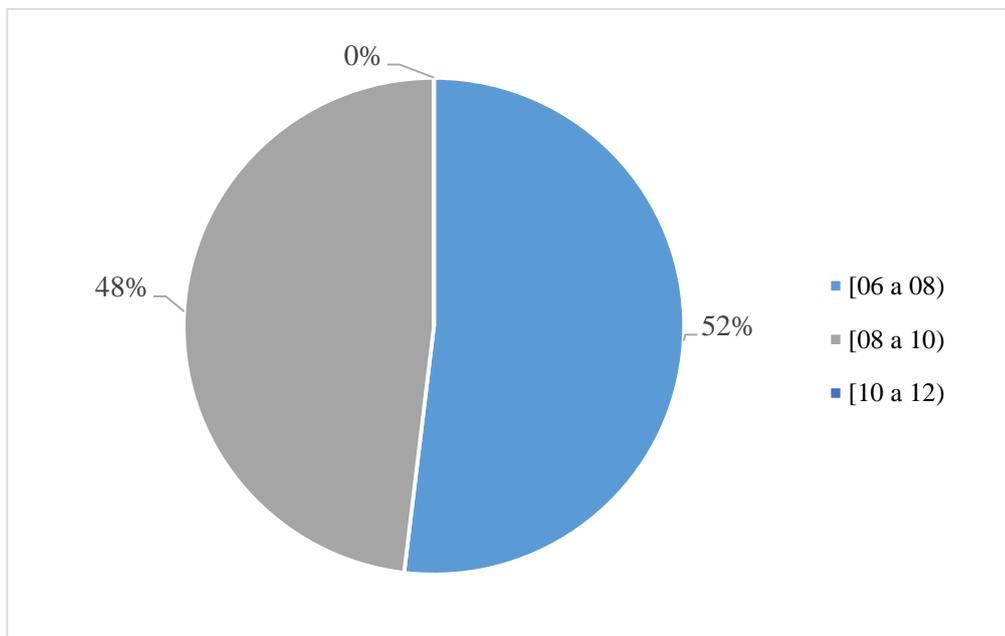
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N° 19: FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS



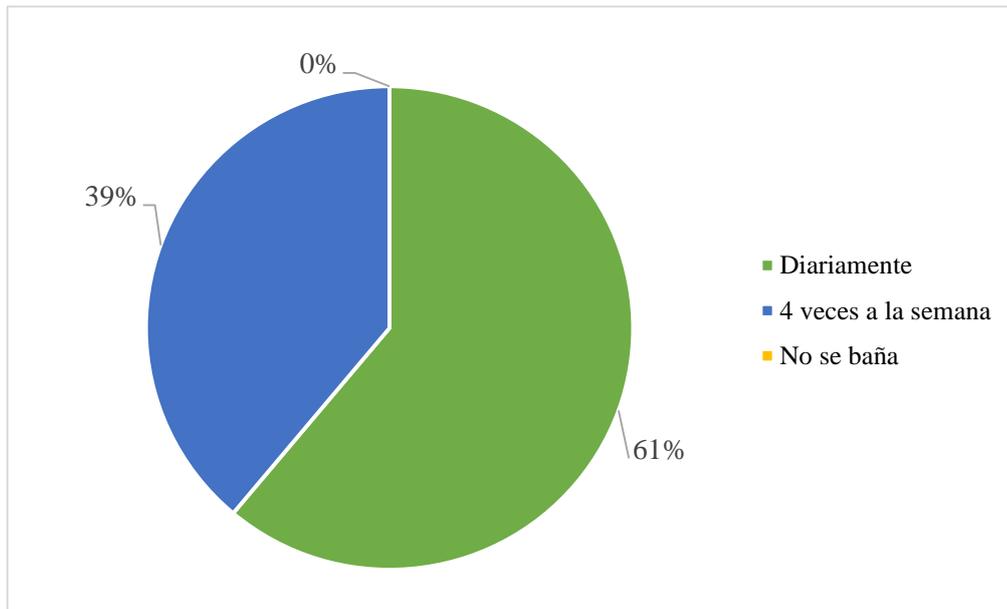
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N° 20: N° DE HORAS QUE DUERME



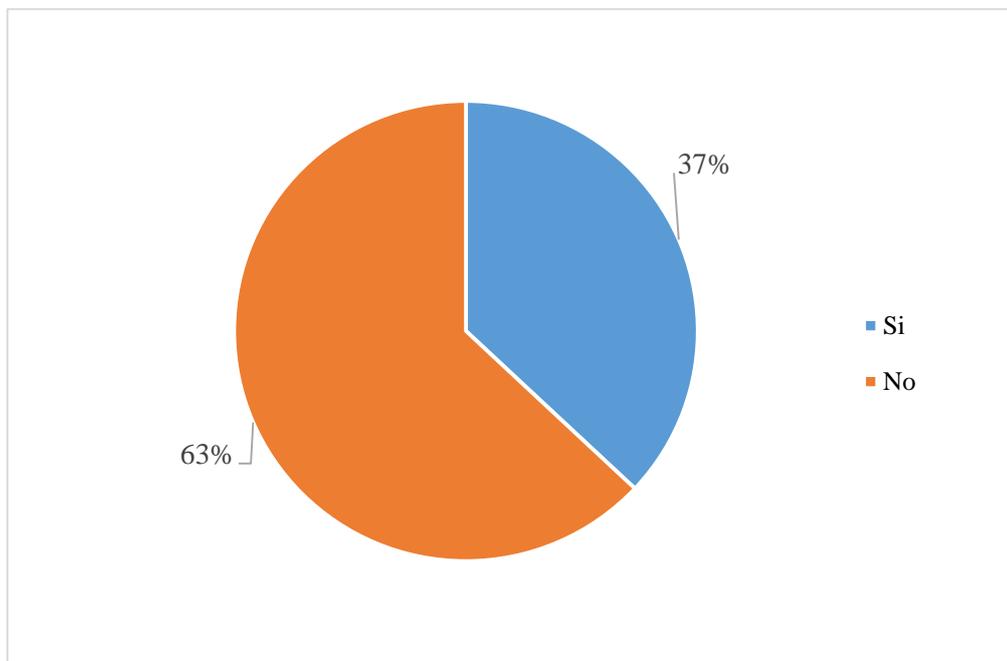
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N° 21: FRECUENCIA CON QUE SE BAÑA



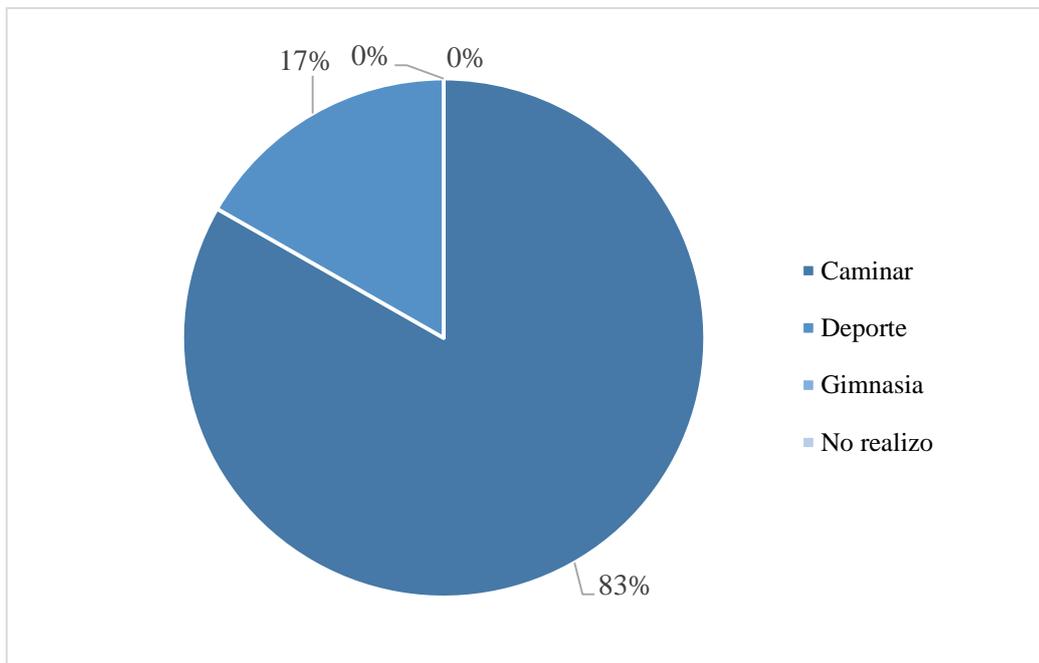
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N° 22: SE REALIZA ALGUN EXAMEN MEDICO PERIÓDICO, EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD



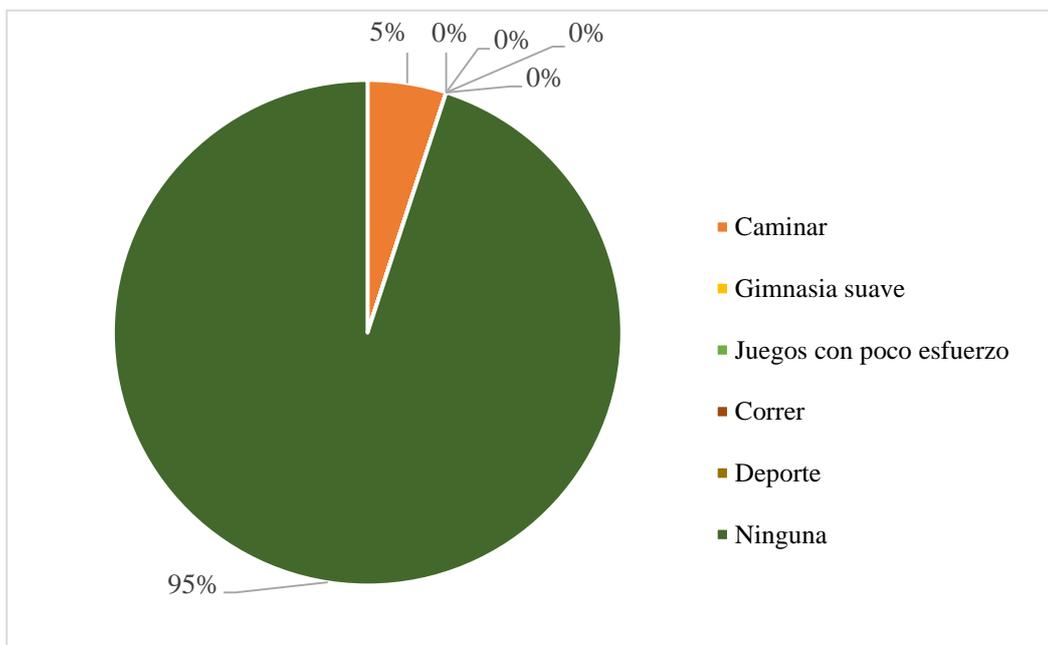
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N° 23: ACTIVIDAD FISICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO



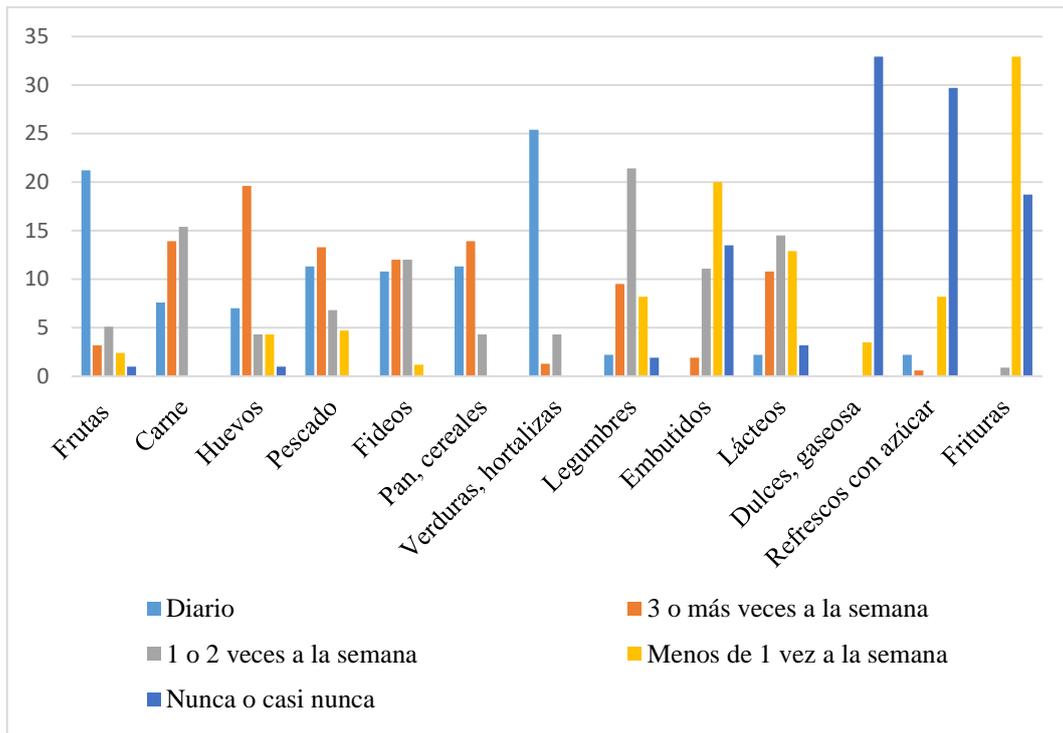
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N° 24: EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDAD FISICA REALIZO DURANTE MAS DE 20 MINUTOS



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

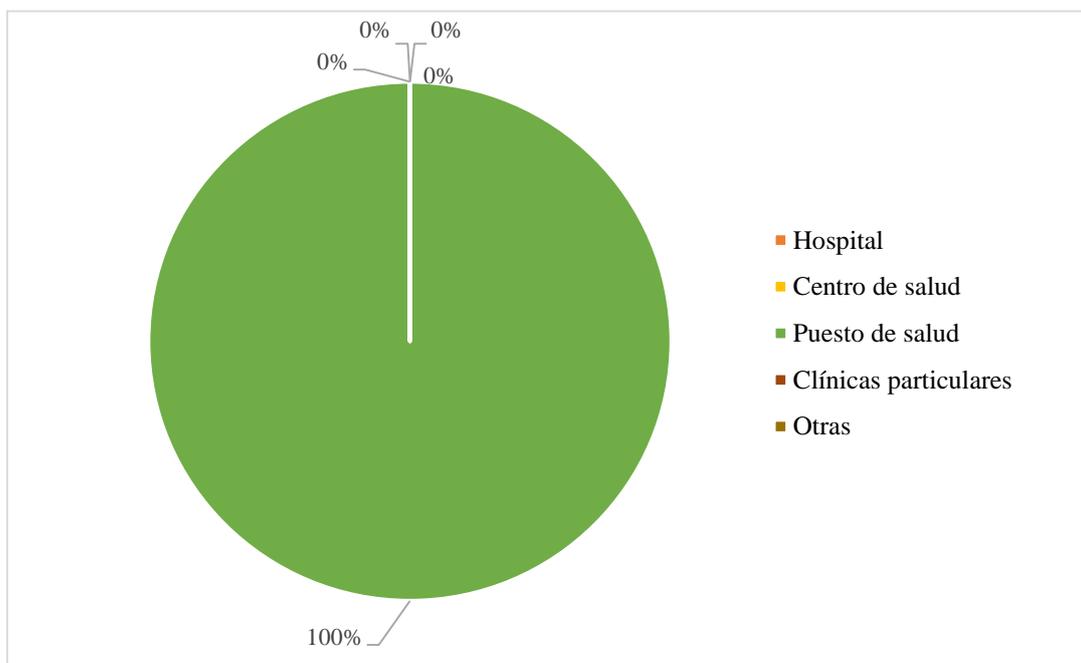
GRAFICO N° 25: ALIMENTOS QUE CONSUMEN



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

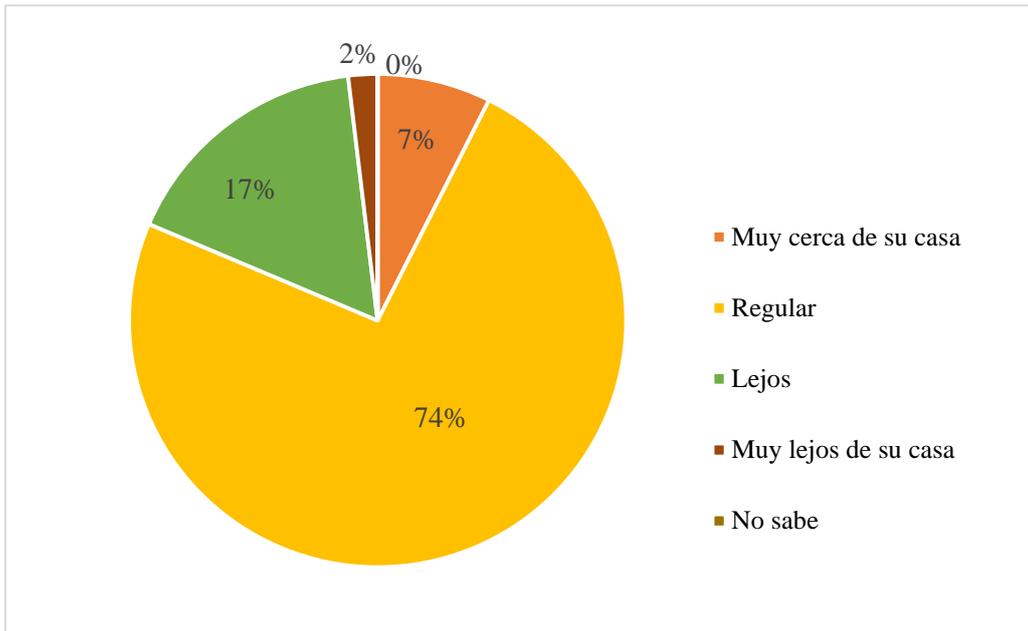
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRAFICO N° 26: INSTITUCION DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIO EN ESTOS 12 ULTIMOS MESES



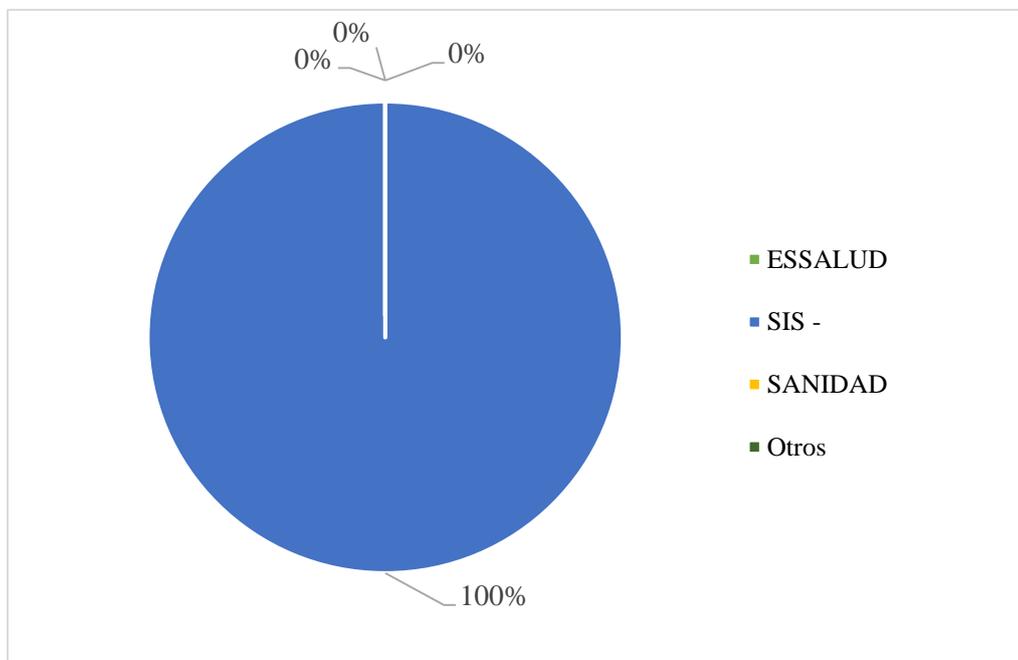
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO 27: CONSIDERA USTED QUE EL LUGAR DONDE LO (LA) ATENDIERON ESTA



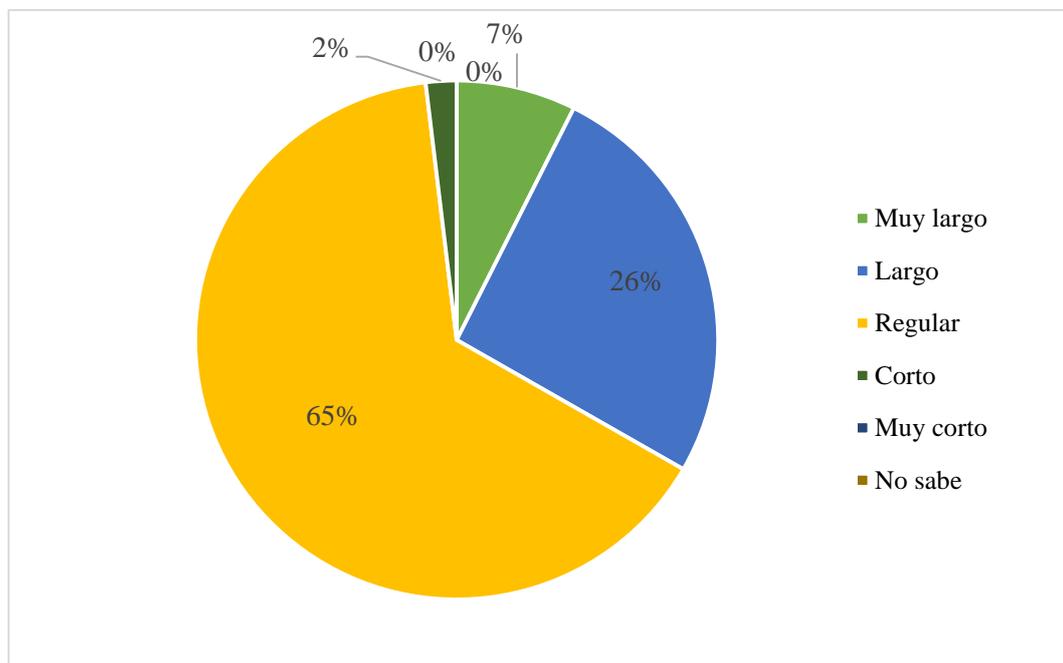
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO 28: TIPO DE SEGURO



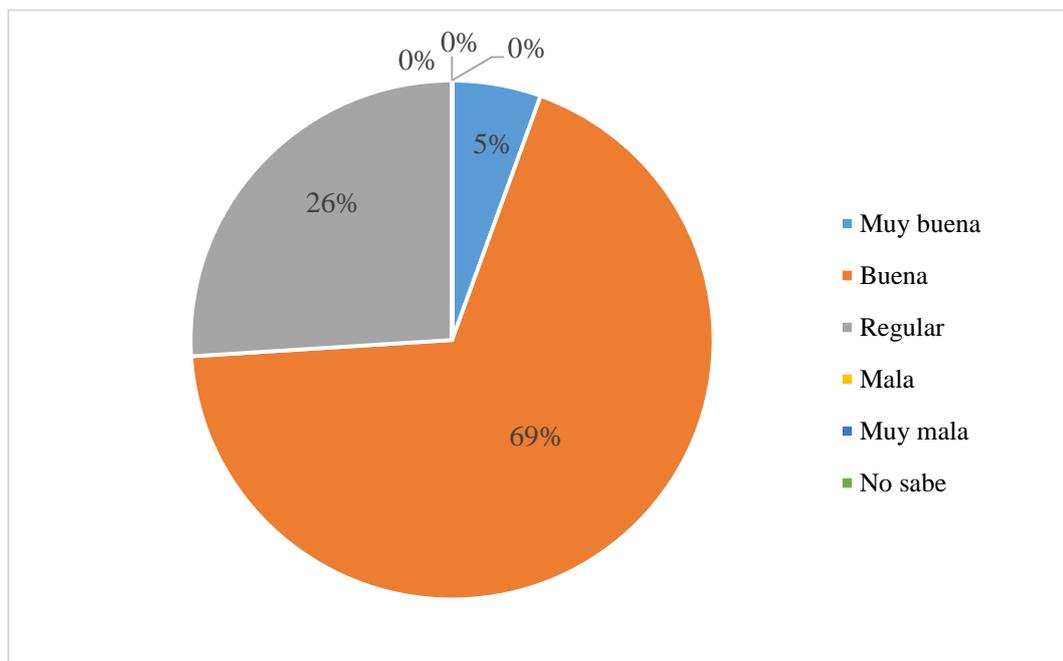
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO 29: EL TIEMPO QUE ESPERÓ PARA QUE LO (LA) ATENDIERAN



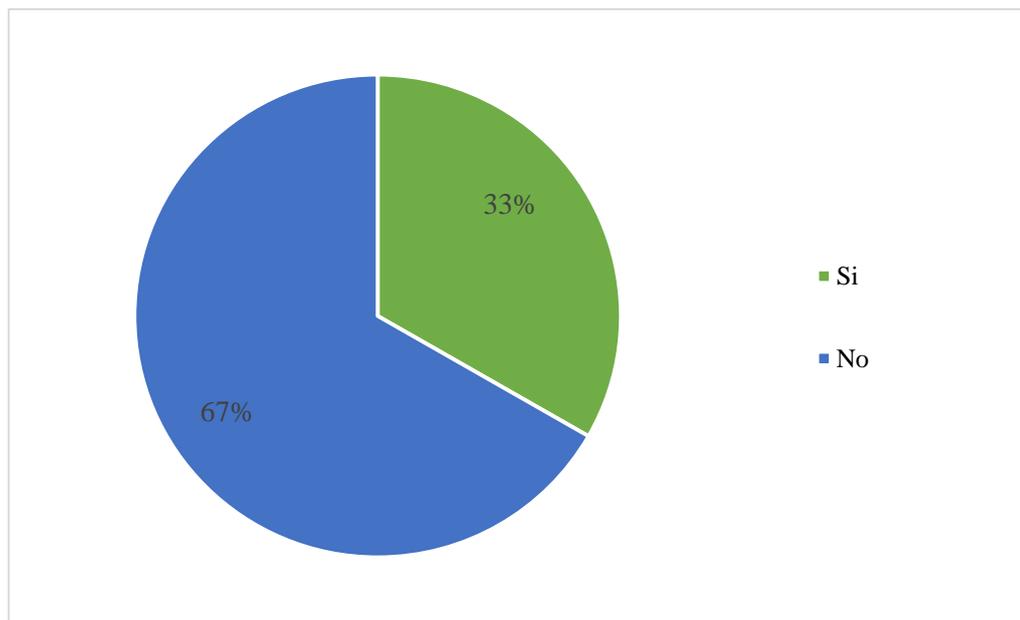
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO 30: CALIDAD DE ATENCIÓN QUE EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD FUE:



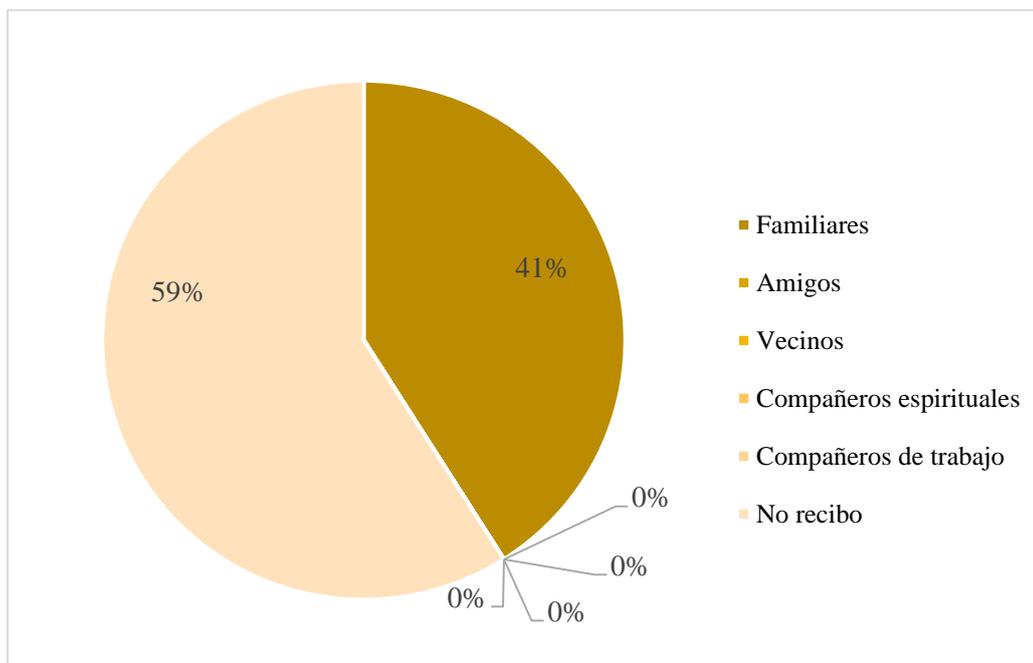
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO 31: PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA A SU CASA



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO 32: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL NATURAL



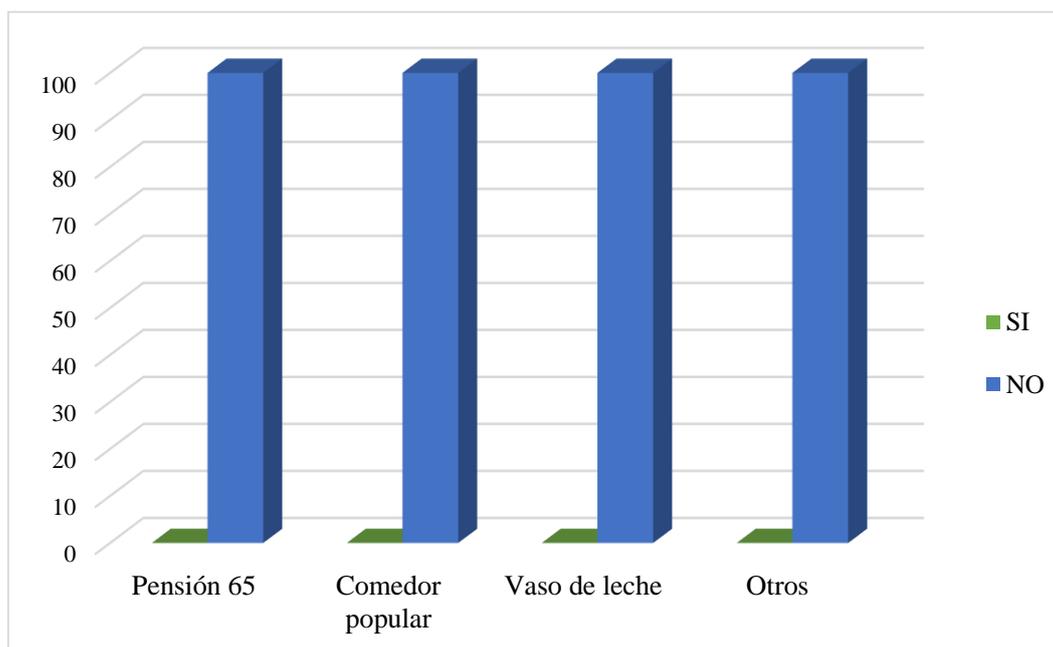
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO 33: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO 34: RECIEBE ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.