



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

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

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

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

AUTORA:

MELISSA MISHHELL RISCO MATIENZO

ASESORA

DRA. ENF: MARÍA ADRIANA VÍLCHEZ REYES

CHIMBOTE – PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Dra. María Elena Urquiaga Alva

PRESIDENTE

Mgtr. Leda María Guillén Salazar

MIEMBRO

Mgtr. Fanny Rocío Ñique Tapia

MIEMBRO

DEDICATORIA

A mis padres:

Juan y Rosario, porque sin su apoyo nada
sería posible, por confiar en mí, por
aconsejarme por guiarme y brindarme su
apoyo incondicional.

A mis hermanos y a mi sobrina

Flavia:

Por motivarme a nunca rendirme,
por su amor infinito por su apoyo
moral e espiritual para siempre
seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por cuidarme día a día, por
Ser mi consejero espiritual, aquel
Que me acompaña en cada paso
bendiciéndome en cada logro
obtenido.

A mi Familia

Porque siempre están conmigo en cada
experiencia, en cada reto sobre todo por
haber puesto su confianza en mí en esta
etapa de mi vida.

MISHELL

RESÚMEN

El presente estudio de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo general: describir los determinantes de salud en adultos mayores hipertensos que acuden al puesto de salud Magdalena nueva. Chimbote. La muestra estuvo constituida por 106 adultos mayores, a quienes se aplicó el instrumento cuestionario sobre los determinantes de la salud, utilizando la técnica de la entrevista y observación, los datos fueron procesados en una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software PASW Statistics versión 18.0, para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos, llegando a los resultados y conclusiones: En los determinantes del entorno biosocioeconómico la totalidad tiene abastecimiento de agua, la mayoría tiene tipo de vivienda unifamiliar, más de la mitad son de sexo femenino. En los determinantes de los estilos de vida la mayoría no se realiza examen médico periódico en un establecimiento de salud, no realiza actividad física en su tiempo libre, las horas que duermen es de 6 a 8 horas. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias la totalidad no recibe algún apoyo social organizado, el tipo de seguro que tienen es SIS – MINSA, más de la mitad viven en medio del pandillaje o delincuencia.

Palabras claves: Adultos mayores, determinantes de la salud

ABSTRACT

The present quantitative, descriptive study with a single box design. It had as a general objective: To describe the determinants of health in hypertensive older adults who come to the new Magdalena health post. Chimbote. The sample consisted of 106 older adults, who were administered the questionnaire instrument on health determinants, using the technique of interview and observation, the data were processed in a Microsoft Excel database and then exported to a Database in the PASW Statistics software version 18.0, for their respective processing. For the analysis of the data, absolute percentage distribution tables were constructed. As well as their respective statistical graphs, concluding that: In the determinants of the biosocioeconómico environment the totality has water supply, the majority has type of single-family dwelling, more than half are female. In lifestyle determinants most do not perform regular medical examination in a health facility, do not perform physical activity in their free time, the hours they sleep is 6 to 8 hours. In the determinants of social and community networks the total does not receive some organized social support, the type of insurance they have is SIS - MINSA, more than half live in the midst of gangs or delinquency.

Key words: Older adults, determinants of health

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	18
2.1. Antecedentes de la investigación.....	18
2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación.....	21
III. METODOLOGÍA	33
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	33
3.2. Población y muestra.....	33
3.3. Definición y operacionalización de variables.....	34
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	44
3.5. Plan de análisis.....	46
3.6. Matriz de consistencia.....	48
3.7. Principios éticos.....	50
IV. RESULTADO	52
4.1. Resultados.....	52
4.2. Análisis de resultados.....	61
V. CONCLUSIONES	92
5.1. Conclusiones.....	92
5.2. Recomendaciones.....	92
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	109

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1: DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA CHIMBOTE 2016.....	49
TABLA 2: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA CHIMBOTE 2016.....	50
TABLA 3: DETERMINANTES DE LA SALUD ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA CHIMBOTE 2016.....	53
TABLA 4, 5, 6: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA CHIMBOTE 2016.....	55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO DE TABLA 1: DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA CHIMBOTE 2016.....	123
GRÁFICO DE TABLA 2: DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA CHIMBOTE 2016.....	125
GRÁFICO DE TABLA 3: DETERMINANTES DE LA SALUD ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA CHIMBOTE 2016.....	132
GRÁFICO DE TABLA 4, 5, 6: DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA CHIMBOTE 2016.....	136

I. INTRODUCCIÓN:

El sentido de la salud ha ido evolucionando en función del momento histórico, de las culturas, del sistema social y del nivel de conocimientos. La salud es el resultado de las acciones combinadas de la sociedad. Muchos de los problemas sanitarios claves se deben a los factores de riesgo la pobreza y la falta de recursos socio- económicos son las principales causas. Es importante resaltar que, en relación con el mismo nivel de ingresos, las sociedades con menos desigualdades a nivel de recursos tienden a contar con una mayor cohesión social, menores índices de criminalidad y menores tasas de mortalidad, es especial las de enfermedades cardíacas (1).

Para el año 2016 se estima que la población peruana es de 30 millones 475 mil 144 habitantes; el 76% reside en el ámbito urbano y la tercera parte en Lima. El 57,1% de los habitantes se concentran en seis regiones: Lima, Piura, La Libertad, Cajamarca, Puno y Junín. Se evidencia una tendencia al envejecimiento relativo de la población, la cual se incrementa más rápidamente que el conjunto de la población, creciendo a un ritmo continuo, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida en todas las edades. La tasa global de fecundidad muestra una disminución sostenida desde el año 1986, pasando de 4,3 hijos por mujer a 2,6 en el año 2012; descendiendo rápidamente a partir de los 35 años de edad. Las mayores tasas de fecundidad se encuentran en Loreto (4,6 hijos por mujer), Amazonas (3,4) y Ucayali (3,3); además están Huancavelica y Tumbes con (3,2 cada uno) (2).

El hecho de que grandes sectores de la población de la mayoría de los países de América sigan sin tener un acceso real a los servicios de salud y que este déficit de cobertura se produzca en medio de una restricción considerable de los recursos disponibles para el sector, presenta un gran desafío para la capacidad de organización y gestión de los sistemas nacionales de salud. Es por ello que se ha venido insistiendo en que para reducir los efectos de la crisis económica, resulta de vital importancia que los países utilicen de la manera más eficiente sus recursos para la atención integral de la salud y que, al mismo tiempo, se produzca una intensa movilización de recursos nacionales, complementada por una movilización de recursos externos para lograr la transformación de los sistemas de salud que permita atender las necesidades crecientes de la población (3).

En América Latina, con respecto al desarrollo de la práctica médica, los resultados de la misma permiten afirmar que ésta se ha adelantado bajo una concepción asistencialista de la salud, dentro de un sistema de administración que funciona con base a deficientes procesos de planificación, organización y control de los recursos asignados al subsector público salud, que no está en capacidad de dar respuesta a la complejidad de la relación gobierno-gestión, sobre todo en un sector atravesado por tantos conflictos de poder. Esta situación, junto a otros problemas, han conducido a la crisis de gobernabilidad que el sector salud experimenta en la actualidad, en América Latina; donde los entes gubernamentales encargados de la gerencia y administración de la salud,

han manifestado su incapacidad para solucionar los problemas de funcionamiento interno y satisfacer las demandas de salud de la población (4).

En los últimos años, se han presentado diversos fenómenos demográficos y sociales que están repercutiendo en el estado de salud del país, determinando cambios en las necesidades y demandas de la sociedad en su conjunto; lo cual plantea retos interesantes al sistema de salud. El análisis de situación de salud, se constituye una herramienta valiosa para evidenciar las implicancias de los determinantes en el estado de salud (4).

De esta manera se convierte en un proceso que permanentemente está indicando las prioridades a incorporar en las agendas sanitarias. Conocer y comprender la complejidad en que se desarrollan los procesos de salud, enfermedad y calidad de vida de las poblaciones, permite la adecuada y pertinente planeación de intervenciones desde el estado y la misma comunidad para mejorar la calidad de vida (4).

La situación de salud de la población depende de los acontecimientos en el mundo del trabajo, en los procesos de consumo o reproducción social, en el medio ambiente y en la atención de salud. Estos cuatro ámbitos se deterioraron en las últimas décadas, determinando un cambio en los estilos de vida y en los niveles de ingreso. En el proceso de consumo o reproducción social, se presentaron cambios de los estilos de vida aldeanos y rurales a los estilos urbano-marginales y de estratos medios empobrecidos; de la vida sosegada y plena del hombre en

contacto con la naturaleza, al mundo estresante de la ciudad-barrada, desbordada por los flujos migratorios. En el proceso del ambiente se pasó de la insalubridad y carencias rurales a la relativa insalubridad y carencias urbanas (5).

En el proceso de la atención de salud los cambios acontecieron de los exiguos servicios hospitalarios de antaño a los sistemas de servicios masivos. En consecuencia, el Perú actualmente presenta un perfil epidemiológico muy heterogéneo (5).

La declaración de Alma-Ata presentó la atención primaria de salud desde una doble óptica. Por un lado, dado que el nivel fundamental de atención dentro de un sistema de salud se reconfigura para destacar las necesidades de salud básicas de la mayoría, la atención primaria era el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud. Pero la atención primaria de salud constituía también una filosofía del trabajo sanitario como parte del desarrollo general social y económico de la comunidad (6).

El año 1986 se produjo la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en el Canadá, firmándose la Carta de Ottawa 10 que definió la promoción de la salud como “el proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Se afirmó que la promoción trasciende la idea de formas de vida sanas para incluir “las condiciones y los requisitos para la salud que son: la paz, la vivienda, la educación, la

alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad” (7).

Según la OMS, la población mundial de 60 años o más es de 650 millones, y se calcula que en 2050 alcanzará los 2000 millones como efecto del aumento de la esperanza de vida, como resultado desarrollo socioeconómico de los países que se manifiesta en el aumento de la cobertura de servicios de salud, el progreso de la ciencia y la investigación en salud y la incorporación de hábitos y comportamientos saludables por parte de la población; el envejecimiento plantea varios retos a la sociedad por el aumento de la demanda de atención primaria de salud, atención de casos agudos y enfermedades de larga duración y asistencia social. Sin embargo, el adulto mayor también ofrece oportunidades para la sociedad, al poseer una gran experiencia que contribuye al desarrollo social (8).

Hoy más que nunca la salud ocupa un lugar prioritario en la agenda de desarrollo internacional, y las inequidades en materia de salud surgidas dentro de cada país y entre ellos constituyen la principal preocupación de la comunidad mundial. Se presenta una oportunidad sin precedentes para mejorar la salud en algunas de las comunidades más pobres y vulnerables del mundo si se opta por enfoques que aborden las causas reales de los problemas de salud. La causa más poderosa reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, conocida como factores sociales determinantes de la salud o determinantes sociales de la salud (9).

Salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. La posesión del mejor estado de salud del que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico- social denominándose determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones (10).

La salud pública es el arte y ciencia de promover la salud, prevenir enfermedad, y prolongar la vida, para lograr mejor salud y mayor equidad en la salud de la población, a través de los organizados y las opciones informadas de la sociedad, organizaciones, públicas, privadas, comunidades e individuos. Hoy sabemos que la salud y la calidad de vida son un resultado social directamente relacionado con las condiciones generales de la vida de las personas y con la forma de vivir; en este sentido se han hecho notables esfuerzos en las últimas décadas para comprender cómo interactúan los determinantes sociales y se producen los resultados en salud (11).

El acceso universal a la atención médica es claramente uno de los determinantes sociales de salud”. La publicación no menciona a los genes, ya que considera que forman parte de la susceptibilidad individual, mientras que las causas de enfermedad que afectan las poblaciones son ambientales y cambian más rápidamente que los genes, reflejando la forma de vida del conjunto. Son las condiciones sociales y económicas (y

a veces ambientales) que afectan la salud de la gente, como lo demuestra la evidencia acumulada relacionándolos con enfermedades físicas, enfermedades mentales y mortalidad (12).

La Comisión señala que la atención de salud no es la principal fuerza que determina la salud de las personas, sino que es otro determinante más; siendo más importantes los factores que permiten a las personas mejorar o mantener su salud que los servicios a los cuales acceden cuando se enferman (13).

La práctica de salud personal comprende las decisiones individuales (conductas) de la gente que afectan su salud directamente: fumar, elecciones dietéticas, actividad física. Las habilidades para cubrirse son las maneras en que se enfrenta una situación o problema. Son los recursos internos que la gente tiene para: prevenir la enfermedad, incrementar la auto-confianza y manejar las influencias externas y las presiones. “La salud se considera como un recurso para la vida cotidiana, y no como el objetivo de vivir” (14).

Así se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Los Determinantes son elementos de factor personal, social, económico y ambiental todo ellos juntos hace que determinen el estado de salud tanto de la persona como de la misma comunidad. A ello se le puede denominar estilos de vida saludable que van a condicionar su bienestar y su calidad de vida. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que

ejercen un claro impacto sobre la salud. Hacen referencia a las condiciones que influyen en ella y las vías particulares por medio de las que se ejerce dicha influencia. Se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan que impactan sobre la salud, o las características sociales en que se desarrolla la vida (14).

El proceso de priorización es importante para una adecuada racionalización tendiente a solucionar los problemas de mayor costo social, con intervenciones que simultáneamente proveen mayor beneficio. Esto se fundamenta en que la población más vulnerable tiene menos posibilidades de acceder a los diferentes servicios y/o programas que brindan los establecimientos de salud. Los indicadores: Análisis de los factores Condicionantes de la Salud (demográficos y socioeconómicos.), análisis del Proceso Salud - Enfermedad. (Morbilidad y Mortalidad), análisis de la respuesta social. (Con énfasis en los programas o estrategias de salud.) Y las barreras culturales y de información que los caracterizan les impiden aprovechar eficientemente los recursos disponibles en su comunidad y medio ambiente en que vive (15).

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas. El abordaje de la salud de la población se enfoca en un rango amplio de

factores y condiciones individuales y colectivas, y las interacciones entre ellos, que determinan la salud y el bienestar, hacen referencia a las condiciones que influyen en ella y las vías particulares por medio de las que se ejerce dicha influencia. Se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan que impactan sobre la salud, o las características sociales en que se desarrolla la vida (16).

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo (17).

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (18).

La equidad en la salud implica, que todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud, de modo más pragmático que nadie debe ser desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse, para ello significa que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de

su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales (19).

La inequidad en salud se entiende como las diferencias injustas y evitables en el ejercicio de los derechos fundamentales a la salud, la seguridad social en salud, principalmente, en el acceso a los servicios o prestaciones de salud. Estas disparidades resultan de las condiciones en que la población nace, crece, vive y envejece en relación con los factores o determinantes de la salud, entre ellos, el desempeño del sistema nacional de salud y su financiamiento (20).

La inequidad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos. La inequidad es sistemática, es el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales, y del acceso a éstos (20).

En definitiva, los determinantes de la salud han surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX teniendo como máximo exponente el modelo de Lalonde, a partir del cual se han ido desarrollando e incluyendo conjuntos de factores o categorías que han hecho evolucionar los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales. Este desarrollo de los determinantes de salud es paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (21).

El envejecimiento y de la vejez supone reconocer que estamos frente a una realidad compleja en la que interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales. La vejez entendida como un período de la vida y como parte del proceso mismo de envejecimiento, ocurre en un sujeto particular y único, por lo cual la modalidad de envejecimiento no se puede generalizar a partir de los cambios que ocurren sólo a nivel físico, pues cada sujeto interpreta éstos cambios de acuerdo a sus esquemas mentales, su estructura de personalidad, creencias, valores, los procesos de socialización a los que ha sido expuesto y al lugar que ocupa dentro de un contexto social y ecológico particular (22).

Por otra parte los determinantes de la salud son más importantes los factores que permiten a las personas mejorar o mantener su salud que los servicios a los cuales acceden cuando se enferman.

Los determinantes sociales reflejan la posición de la gente en la escala social, económica y de poder. Se ha comprobado que la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y el grueso de las inequidades en materia de salud son debidos a los determinantes sociales (23).

Dado que las condiciones de vida son el principal determinante de la salud de una población, es la responsabilidad ética de la sociedad el asegurar que todos tengan acceso a las condiciones para una vida digna. Estas condiciones para una vida digna delimitan el inicio de un espacio: “la zona de la equidad” donde existe una distribución justa de oportunidades para que todos puedan alcanzar el mayor nivel, factible y

sostenible, de salud física, mental y social. El umbral superior de la zona de equidad se encuentra en los límites al exceso de riqueza y al acaparamiento, a la extracción excesiva de recursos, a la contaminación ambiental y se fundamenta en criterios de sostenibilidad y de equidad inter-generacional. La equidad en salud entonces puede ser definida como la ausencia de desigualdades injustas, socialmente producidas y sistemáticas en salud (24).

El enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS) surgió como un nuevo paradigma en el abordaje de las inequidades en salud es decir, las diferencias de salud por grupo racial o étnico o por factores socioeconómicos como ingresos y educación mediante la explicación de los factores que condicionan el estado de salud de las personas, es decir, las causas de las causas, pues estos son a menudo las fuentes fundamentales de los problemas o diferencias en la salud, de igual forma, de la mayor parte de la carga mundial de las mismas; así como también el análisis de la influencia de la promoción de la salud acompañada de cambios comportamentales que puedan modificar el impacto de los factores ambientales, sociales y económicos (25).

En nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Por un lado, existen inequidades de acceso a los servicios. Por otro, hay inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos

conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (26).

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, sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición, 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 (26).

No escapa esta problemática de salud en el país, viéndolo en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores (27).

Frente a esta problemática no escapan los adultos mayores del Puesto de salud Magdalena Nueva Chimbote, Distrito de la Provincia del Santa, ubicado en el litoral del departamento de Ancash. En el año 1964 el 30 de octubre de ese año el Pueblo Joven Alto Perú, se fueron creando los pueblos jóvenes de La Victoria, Antenor Orrego y Magdalena Nueva En

1973 el número de familias se fue incrementando hasta constituir una agrupamiento habitacional definido, las mismas que en un 65% están constituidas de material noble, pero la carencia de servicios le da características propias de un pueblo joven, En 1986 se realiza la entrega del local con la finalidad que funcione un Puesto de Salud. Actualmente el Puesto de Salud “Magdalena Nueva” tiene 11 localidades a su cargo. El 23 de diciembre del 2014 fue inaugurada la nueva infraestructura moderna de dicho Establecimiento (28).

En el puesto de salud Magdalena Nueva cuenta con consultorios de laboratorio, psicología, obstetricia, medicina, dental y enfermería además de ello se logró identificar muchas irregularidades manifestadas por la población que a menudo asisten a dicho establecimiento refiriendo que este no se encuentra organizado por las numerosas personas que asisten diariamente para adquirir su cita para los diferentes servicios , sin embargo a esto, muchos de ellos se quedan sin citas, manifestando que el Puesto de Salud no cuenta con suficiente personal de salud para brindar atención a toda la población que asiste a dicho establecimiento, la falta de información y sensibilización hacia los usuarios para mejorar su calidad de vida llevando un adecuado estilo de vida (28).

Por lo tanto a lo expuesto se consideró pertinente plantear el siguiente problema:

¿Cuáles son los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos del Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote 2016?

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

Describir los determinantes de salud en adultos mayores hipertensos que acuden al Puesto de Salud Magdalena Nueva. Chimbote.

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

Identificar los determinantes del entorno Biosocioeconómico de adultos mayores hipertensos del Puesto de Salud Magdalena Nueva (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 adultos mayores hipertensos del 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 adultos mayores hipertensos del Puesto de Salud Magdalena Nueva.

La presente investigación se justifica en el campo de la salud, puesto que va a permitir generar conocimientos para identificar y entender mejor los conflictos que perjudica el bienestar y la salud de los adultos mayores hipertensos, de esta manera poder proponer nuevas soluciones y estrategias para mejorar el estado de salud de estos.

La investigación que se realiza es una función que todo sistema de salud requiere cumplir ya que promueve la prevención y el control de las dificultades sanitarias. Las investigaciones de adecuada calidad y bien dirigidas son esenciales para reducir las desigualdades, mejorar la salud de los adultos mayores hipertensos y acelerar el desarrollo biosocioeconómico a nivel mundial.

El estudio va a instar a que a los jóvenes de las facultades y escuela de ciencias de la salud a motivar o mejorar su participación en temas que guarden relación con la salud, encaminándolos a la investigación lo cual va a mejorar o mitigar los problemas y necesidades que no escapan de la mano de las poblaciones, esta investigación permite identificar de manera general los determinantes que afectan la salud del adulto mayor, permitiendo así centrarnos en sus necesidades y así poder mejorar sus hábitos para una mejor calidad de vida, en busca de un mejor país cada día más saludable y poder reducir las enfermedades y la pobreza que afecta a la salud pública de nuestro Perú .

Esta investigación es importante para el Puesto de Salud Magdalena Nueva ya que las conclusiones y recomendaciones puede cooperar a elevar la eficacia del Programa preventivo promocional de la salud en todos los ciclos de vida, sobre todo la etapa del adulto mayor y disminuir aquellos factores de riesgo así como renovar los determinantes sociales, problemas de salud de las comunidades y mejorar las competitividad profesional del área de la Salud Pública y Comunitaria.

También es necesario para los líderes de la región y local de la direcciones de salud y municipios en el campo de la salud, así como para las poblaciones a nivel nacional sobre todo en la zonas rurales; ya que los resultados obtenidos de la investigación puede mejorar a que la persona identifique sus propios determinantes de la salud que afectan su integridad y sean capaces de proponerse cambios en sus hábitos promotoras de salud así como sus estilos de vida, es por ello la importancia de identificar sus determinantes para reducir el riesgo de contraer alguna enfermedad que se pueden prevenir favoreciendo la salud y el bienestar de los mismos mejorando su calidad de vida .

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 tiene abastecimiento de agua, la mayoría tiene tipo de vivienda unifamiliar, más de la mitad son de sexo femenino. En los determinantes de los estilos de vida la mayoría no se realiza examen médico periódico en un establecimiento de salud, no realiza actividad física en su tiempo libre, las horas que duermen es de 6 a 8 horas. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias la totalidad no recibe algún apoyo social organizado, el tipo de seguro que tienen es SIS – MINSA, más de la mitad viven en medio del pandillaje o delincuencia.

II. REVISION DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes de la investigación:

2.1.1. Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se hallaron los siguientes estudios en relación a la presente investigación:

A nivel internacional:

Álvarez k, Barbecho P, (29). En su investigación titulada Frecuencia de hipertensión arterial en los adultos mayores de las parroquias urbanas en el año 2015 en Cuenca Ecuador, tuvieron como objetivo general determinar la frecuencia de hipertensión arterial en adultos mayores de las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, su estudio fue descriptivo para ello obtuvieron como resultado que la a frecuencia de hipertensión arterial fue 52,5%, el 65,1% de hipertensos fueron mujeres y el 34.9% hombres, el 57,6% de hipertensos fueron estuvieron entre los 65 y 74 años., el 41,2% tenía instrucción primaria completa, el 76,4% no tenía una ocupación laboral, el 51,2% no tenía antecedentes familiares de HTA, el 40% realizaba actividad física moderada. El 41,9% presentó obesidad

Vergottini J, (30). En su investigación sobre: “Epidemiología, detección y prevención de enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial en un área alejada de

grandes centros urbanos Sumampa, Santiago del Estero” 2013. Su objetivo fue determinar la prevalencia de hipertensión arterial en Sumampa y establecer si existen relaciones con diversas variables epidemiológicas. El estudio epidemiológico, transversal observacional, el estudio muestra una alta prevalencia de hipertensión arterial (57%), las mujeres son más hipertensas que los hombres, el nivel educativo de la población estudiada fue bajo e incidió en la prevalencia de la hipertensión arterial, fundamentalmente para las mujeres, los factores dietéticos y el consumo de sal, no fueron variables estadísticamente fiables para extrapolar resultados.

A nivel nacional:

Maguiña P, (31). En Lima, realiza un estudio de investigación titulado “factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del centro de salud “Max Arias Schreiber” – 2013 tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo que predisponen a Hipertensión Arterial en las personas adultas que acuden al Servicio de Triaje del Centro de Salud “Max Arias Schreiber”. Dicho estudio es del tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método. Las conclusiones fueron entre otros que: "La población estudiada en su totalidad presentan factores de riesgo modificables que predisponen a hipertensión arterial en adultos. Esto sugiere desarrollar en el

centro de salud, estrategias y actividades dirigidas a la promoción y prevención de la salud.

Alva L, (32). En su investigación titulada Nivel de conocimiento de los personas adultas mayores sobre su hipertensión y su recurrencia a la unidad de emergencias del hospital de Yungay durante el I trimestres en el 2016 de método descriptivo de corte transversal tiene como objetivo general determinar el nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de su hipertensión arterial en la unidad de emergencias del hospital de Yungay, donde obtuvo como resultado que los adultos mayores deben asumir más responsabilidad de su propio cuidado de la salud, lo que ha ameritado la necesidad de que enfermería realice actividades específicos que permitan contrarrestar los efectos de los hechos planteados.

A nivel local:

Chiques K, (33). En la investigación titulada determinantes de la salud en adultos mayores con hipertensión y obesidad Vinzos en el 2012 su investigación de tipo descriptivo cuantitativo. Tuvo como objetivo general describir los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos y obesos del centro poblado de Vinzos-Santa 2012 obtuvo como resultado la mayoría de adultos hipertensos y obesos son de sexo femenino, tienen un ingreso económico menor de 750 soles, casi la mitad tienen un grado de instrucción inicial/primaria, un poco menos de la mitad no tiene

ocupación. En relación con la vivienda la mayoría de adultos mayores tiene piso de tierra, tienen tipo de vivienda unifamiliar

Salas M, (34). La investigación titulada determinantes de la salud en adultos mayores. Asentamiento humano esperanza baja en Chimbote en el año 2013, su investigación descriptivo cuantitativo tiene como objetivo general describir los determinantes de salud del Adulto mayor del A.H. Esperanza Baja, sus resultados obtenidos fueron en los determinantes biosocioeconómico más de la mitad de adultos mayores son de sexo masculino, en los determinantes de estilos de vida los adultos mayores manifestaron que más de la mitad manifiesta que consume bebidas alcohólica pero ocasionalmente , en los determinantes de redes sociales y comunitarias un alto porcentaje de los adultos mayores refirieron que no reciben ningún apoyo social, existe un mayor porcentaje de pandillaje en su comunidad.

2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación:

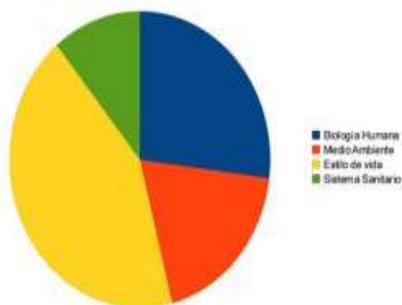
La presenta investigación está fundamentada en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lolonde, Dahlgren y Whitehead indicando sus principales determinantes de la salud. Para poder comprender los procesos sociales que impactan y modifican la salud del ser humano en toda sus dimensiones, para ello poder indicar los puntos de las intervenciones y mejorar la calidad y estilo de vida de la persona (35).

Mack Londe en 1974 había propuesto un modelo para comprender interacciones entre factores determinantes de la salud, en él se reconocen el estilo de vida, y el ambiente, junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. Los procesos generales de reproducción de la sociedad que actúan como mediadores entre los procesos que conforman el modo de vida de la sociedad como un todo y la situación de salud especifican de un grupo poblacional específico. En uso de nuestros días se plantearon que la salud es más que un sistema de salud, que fue destacada la manera de no estar de acuerdo entre las situaciones y las distribuciones de las maneras y las fuerzas sociales de los determinantes diferentes (35).

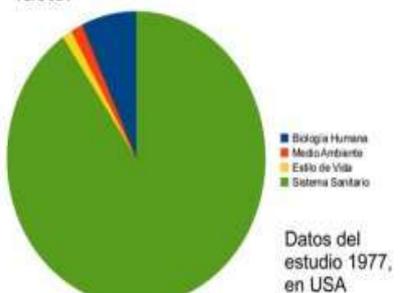
Determinantes para la salud



Importancia del factor en la salud



Gasto público en cada factor



Lalonde identifico las relaciones entre los factores que están diagramadas en el modelo que planteo Dahlgren – Whitehead en 1991 propuso modelos socioeconómicos o multiniveles de los determinantes de la salud. El modelo nos explica como la diferencia social en la salud, tiene hacer los resultados de interacción entre la diferencia de los niveles de una condición causal, desde cada individuo de la comunidad (36). Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones (37).

El medio ambiente, relacionado a los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común; estilos de vida relacionados con los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc. Biología humana, relacionado a aspectos genéticos y con la edad de las personas, raza; la atención sanitaria que tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones (38).

Castellanos, (39). Establece como se produce la interacción entre los determinantes de salud con la categoría condiciones de vida, que serían “los procesos generales de reproducción de la sociedad que

actúan como mediadores para conformar el modo de vida de la sociedad como un todo y la situación de salud específica de un grupo poblacional dado”.

Estos determinantes son modificables, ya que están influenciados por los factores sociales, y por ello las acciones de la salud pública deben dirigirse hacia esa modificación. Lalonde mediante diagrama de sectores circulares, estableció la importancia o efecto relativo que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública. Al inicio se le atribuyó una mayor importancia al medio ambiente y al estilo de vida. Posteriormente la mayor importancia recayó en el sistema de asistencia sanitaria, sin embargo hoy sabemos que la salud no sólo se mejora y se mantiene teniendo sistemas de atención de la enfermedad (39).

Los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (40).

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

atención de salud no es la principal fuerza que determina la salud de las personas, sino que es otro determinante más; siendo más importantes los factores que permiten a las personas mejorar o mantener su salud que los servicios a los cuales acceden cuando se enferma (40).

Dahlgren y el modelo frecuentemente citado de Whitehead, que en su esencia plantea las iniquidades referidas a desigualdades que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran injustas. Así, para calificar una situación como inequitativa, la causa tiene que ser examinada y juzgada como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad. Por tanto, la igualdad no implica necesariamente equidad, como la desigualdad no necesariamente implica iniquidad. Una igualdad injusta es asimismo una iniquidad.

Al centro se encuentra el individuo y los factores que afectan a su salud pero que no son cambiables es decir no se pueden modificar. A su alrededor se encuentran las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, denominándose 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. El marco conceptual incorpora al sistema de salud como un determinante social más porque, por una parte, el deterioro o mejora del estado de salud tienen un efecto de retroalimentación respecto a la posición socioeconómica, por ejemplo el ingreso, y por otra, el sector salud tiene un rol importante en promover y coordinar políticas de acción sobre determinantes sociales (41)



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

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales. Son aquellos que general estratificación y división social de clases en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder prestigio y acceso a los recursos, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, que son las condiciones de vida, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales o biológicos y el propio sistema y los terceros los proximales, es la conducta personal y los hábitos de vida que pueden mejorar o causar daño a la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad (42).

Los determinantes estructurales de las desigualdades en salud, como los distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto la clase social, la posición socioeconómica, el género y la etnia o la raza. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud. El estado de salud se concibe como un derecho básico, que implica la equidad y la participación de la comunidad y los individuos (43).

a) Determinantes estructurales

El concepto de determinantes estructurales se refiere a la inequidad de salud son aquéllos que generan la estratificación social. Configuran las oportunidades de salud de grupos sociales basadas en su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. Éstos incluyen los factores

tradicionales ingreso y educación. Actualmente también se reconocen género, etnicidad y sexualidad como estratificadores sociales. Son muy importantes, ya que son los que influyen significan en la estratificación, como la distribución de ingresos y la discriminación (por ejemplo, por razón de género, clase, etnia, discapacidad, creencias, orientación sexual e identidad de género) (43).

b) Determinantes intermediarios

Fluyen desde la configuración de la estratificación social subyacente y a su vez, determina las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a las condiciones que comprometen la salud. Incluyen: las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, las conductas de la población, y las barreras para adoptar estilos de vida saludables. El modelo muestra que la posición socio- económica de una persona afecta su salud, pero no en forma directa, sino a través de determinantes más específicos, intermediarios (43)

c) Determinantes proximales

Los factores individuales y preferencias en estilo de vida principalmente el consumo de alcohol y tabaco, el sedentarismo, la obesidad, las cuales influyen principalmente (43).

Lo más importante en tener en consideración para prevenir las complicaciones de la hipertensión arterial, debemos de tener en cuenta que se considera una enfermedad silenciosa; es por ello que

en ocasiones, se la descubre cuando sus consecuencias ya son evidentes, que podrían ocasionar hasta la muerte, hay que tener en consideración aspectos importantes como: mantener un peso ideal saludable, ejercicio, dieta saludable y control del estrés, con el fin de contribuir a disminuir las complicaciones y mejorar la calidad de vida en el adulto mayor y estas medidas preventivas pueden ayudar a reducir las probabilidades de sufrir complicaciones tales como accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, hemiplejia u otros (44).

Los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran vulnerables, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por los recursos personales, económicos, del entorno, familiar, comunitario, y de acceso a los servicios de 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 y tener hipertensión arterial, variables 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 (45).

Los determinantes son un “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”. Comprenden los

comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos.

Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos estilos de vida y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud. Son factores que influyen y modelan la salud de los individuos y las comunidades (46).

Salud: Alude al estado de homeostasis o estabilidad de un organismo. De esta forma se trata del estado de bienestar que puede ser interpretado por uno mismo, si se está conforme con el estado en el que se encuentra (47).

Comunidad: La comunidad es la unidad básica de trabajo de la salud comunitaria entonces este es un conjunto de personas que tienen algo en común que las identifica y las define que comparten la misma cultura, valores y normas, están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo (48).

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 (49).

Educación: La educación es un factor fundamental que impulsa el desarrollo, además de ser uno de los instrumentos más eficaces para reducir la pobreza y mejorar la salud, así como para lograr la igualdad de género, la paz y la estabilidad (50).

Trabajo: Se le atribuye desde una perspectiva, puede entenderse como la acción y el efecto de generar trabajo y ofrecer puestos laborales (51).

Territorio (ciudad): Es una porción de la superficie terrestre que pertenece a un país, una provincia, una región, etc. El término puede hacerse extensivo a la tierra o terreno que posee o controla una persona, una organización o una institución (52).

Adulto mayor: Son las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida) (53).

La enfermera se convierte en un elemento clave dentro del equipo multidisciplinario en los centros de salud, para intervenir a través de la educación, en el proceso preventivo dirigido al cambio de estilos de vida saludable para prevenir la hipertensión arterial lo relacionado a la dieta, el descanso, la visita al médico, la importancia del ejercicio, el control de los factores de riesgo tales

como el uso de medicamentos, manejo del estrés, peso y consumo adecuado de la sal. Que pueden incidir en una mejor calidad de vida. La enfermera al tomar la presión arterial del adulto mayor en los centros de salud, por lo general, es el primero del equipo de salud en detectar a personas con hipertensión arterial (54).

III. METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de la investigación

Descriptivo, porque define con exactitud sus variables y describe lo observado (55).

Cuantitativo, porque son observaciones cuyas diferencias entre los números tienen una escala numérica, que pueden medir una cantidad (55).

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

3.2. Población y Muestra

El Universo muestral estuvo constituido por 106 adultos mayores hipertensos del puesto de salud Magdalena Nueva–Chimbote.

3.2.1. Unidad de análisis

Cada adulto mayor con hipertensión del Puesto de Salud Magdalena Nueva que formó parte de la muestra y respondió al criterio de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adultos mayores hipertensos que se atendieron más de 3 años que en toda la jurisdicción del Puesto de Salud Magdalena Nueva.
- Adultos mayores hipertensos del Puesto de Salud Magdalena Nueva que aceptaron participar en el estudio
- Adultos mayores hipertensos que tuvieron la disponibilidad de participar en el cuestionario como informantes sin tener

en cuenta sexo, condición económica y grado de instrucción.

Criterios de Exclusión:

- Adultos mayores hipertensos del Puesto de Salud Magdalena Nueva que tengan algún trastorno mental.
- Adultos mayores hipertensos del Puesto de Salud Magdalena Nueva que tengan problemas de comunicación.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

**I. DETERMINANTES DEL ENTORNO
BIOSOCIOECONOMICOS**

Sexo

Concepto Conceptual.

Se define como variable genética y biológica que divide al ser humano en dos posibilidades únicamente; mujer u hombre (56).

Definición Operacional

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

La formación o de la educación en general entonces abarca cualquier tipo de enseñanza que se lleve a cabo en distintos ámbitos (57).

Definición Operacional

Escala Ordinal

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

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Elemento esencial y relevante con los que se puede trabajar. Las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, ya sea pública o privada, individual o grupal (58).

Definición Operacional

Escala de razón

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

Ocupación

Definición Conceptual

Una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo (59).

Definición Operacional

Escala Nominal

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

Vivienda

Definición conceptual

La vivienda es el lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas (60).

Definición operacional

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

Tenencia

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

Material del piso:

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

Material del techo:

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

Material de las paredes:

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

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

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

Abastecimiento de agua

- Acequia
- Cisterna
- Pozo

- Red pública
- Conexión domiciliaria

Eliminación de excretas

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

Combustible para cocinar

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

Energía Eléctrica

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

Disposición de basura

- A campo abierto
- Al río
- En un pozo

- Se entierra, quema, carro recolector

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

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

Eliminación de basura

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

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 (61).

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

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

Es un elemento primordial del nivel de vida que brinda elementos necesarios para el adecuado funcionamiento físico y mental. Cuando las personas carecen de la accesibilidad de ello, el costo de atención de una enfermedad o accidente puede vulnerar su integridad física y su patrimonio familiar (62).

- **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 la presente investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación del instrumento

Instrumento

En trabajo de investigación se utilizó un solo instrumento para la recolección de datos que se detalla a continuación.

Instrumento No 01

El instrumento se elaboró en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos del Perú. Elaborado por la investigadora Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes que 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 evaluó aplicando el cuestionario a la misma persona por dos entrevistadores diferentes en un mismo día, garantizando que el fenómeno no ha cambiado. Se realiza a un mínimo de 15 personas.

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (Anexo 3) (63).

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 considerara los siguientes aspectos:

- Se informó y pidió el consentimiento de los adultos mayores hipertensos del Puesto de Salud Magdalena Nueva, haciendo

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

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

3.5.2 Análisis y Procesamiento de los datos:

Los datos fueron ingresados a una base de datos de Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software PASW Statistics, versión 18.0, para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se 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 hipertensos. Puesto de salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016	¿Cuáles son los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos del puesto de salud Magdalena nueva, Chimbote 2016?	Describir los determinantes de salud en adultos mayores hipertensos que acuden al puesto de salud Magdalena nueva. Chimbote.	Identificar los determinantes del entorno Biosocioeconómico de adultos mayores hipertensos del puesto de salud Magdalena nueva (Sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos,	Tipo: Cuantitativo, descriptivo Diseño: De una sola casilla Técnicas: Entrevista y observación

			<p>saneamiento ambiental).</p> <p>Identificar los determinantes de los estilos de vida de adultos mayores hipertensos del puesto de salud Magdalena Nueva:</p> <p>Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad.</p> <p>Identificar los determinantes de las redes sociales y</p>	
--	--	--	---	--

			<p>comunitarias:</p> <p>Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social, en adultos mayores hipertensos del puesto de salud Magdalena nueva.”</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 (64).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos mayores hipertensos 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 mantiene en secreto y se evitara ser expuesto respetando la intimidad de los adultos mayores hipertensos, siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

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

Consentimiento

Solo se trabajó con los adultos mayores hipertensos que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 04)

IV. RESULTADOS

4.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIECONOMICO

TABLA 01.
**DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN LOS
ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL PUESTO DE SALUD DE
MAGDALENA NUEVA - CHIMBOTE, 2016**

Sexo	N	%
Masculino	44	41,5
Femenino	62	58,5
Total	106	100,0

Grado de instrucción	N	%
Sin nivel e instrucción	61	57,5
Inicial/Primaria	35	33,1
Secundaria Completa / Secundaria Incompleta	5	4,7
Superior universitaria	0	0,0
Superior no universitaria	5	4,7
Total	106	100,0

Ingreso económico (Soles)	N	%
Menor de 750	44	41,5
De 751 a 1000	44	41,5
De 1001 a 1400	17	16,0
De 1401 a 1800	1	0,9
De 1801 a más	0	0,0
Total	106	100,0

Ocupación	N	%
Trabajador estable	15	14,1
Eventual	61	57,5
Sin ocupación	23	21,7
Jubilado	7	6,6
Estudiante	0	0,0
Total	106	100,0

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

4.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS A LA VIVIENDA

TABLA 02.

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

Tipo	N	%
Vivienda unifamiliar	82	77,3
Vivienda multifamiliar	24	22,6
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	106	100,0
Tenencia		
	N	%
Alquiler	6	5,6
Cuidador/alojado	7	6,6
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0
Alquiler venta	1	1,0
Propia	92	86,8
Total	106	100,0
Material del piso		
	N	%
Tierra	21	19,8
Entablado	2	1,9
Loseta, vinílicos o sin vinílico	83	78,3
Láminas asfálticas	0	0,0
Parquet	0	0,0
Total	106	100,0
Material del techo		
	N	%
Madera, esfera	15	14,1
Adobe	3	2,8
Estera y adobe	4	3,8
Material noble, ladrillo y cemento	38	35,8
Eternit	46	43,4
Total	106	100,0
Material de las paredes		
	N	%
Madera, estera	19	17,9
Adobe	6	6,7
Estera y adobe	3	2,8
Material noble ladrillo y cemento	78	73,6
Total	106	100,0
N° de personas que duermen en una habitación		
	N	%
4 a más miembros	7	6,6
2 a 3 miembros	87	82,1
Independiente	12	11,3
Total	106	100,0

Tabla 2 DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	2	1,9
Pozo	1	5,6
Red pública	6	5,7
Conexión domiciliaria	97	91,5
Total	106	100,0
Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	1	1,0
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	0	0,0
Baño público	0	0,0
Baño propio	105	99,0
Otros	0	0,0
Total	106	100,0
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	98	92,5
Leña, carbón	8	7,5
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	106	100,0
Energía eléctrica	N	%
Sin energía	0	0,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	1	1,0
Energía eléctrica temporal	1	1,0
Energía eléctrica permanente	104	98,0
Vela	0	0,0
Total	106	100,0
Disposición de basura	N	%
A campo abierto	1	1,0
Al río	1	1,0
En un pozo	0	0,0
Se entierra, quema, carro recolector	104	98,0
Total	106	100,0
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	N	%
Diariamente	5	4,7
Todas las semana pero no diariamente	27	25,5
Al menos 2 veces por semana	67	63,2
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	7	6,6
Total	106	100,0

TABLA 2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	N	%
Carro recolector	101	95,2
Montículo o campo limpio	0	0,0
Contenedor específico de recogida	1	1,0
Vertido por el fregadero o desagüe	2	1,9
Otros	2	1,9
Total	106	100,0

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

4.1.2. DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA

TABLA 03

***DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS
MAYORES HIPERTENSOS DEL PUESTO DE SALUD DE MAGDALENA
NUEVA - CHIMBOTE, 2016***

Fuma actualmente:	N	%
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	5	4,6
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	31	29,4
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	70	66,0
Total	106	100,0
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas		
	N	%
Diario	1	1,0
Dos a tres veces por semana	1	1,0
Una vez a la semana	1	1,0
Una vez al mes	4	3,7
Ocasionalmente	30	28,3
No consumo	69	65,0
Total	106	100,0
N° de horas que duerme		
	N	%
[06 a 08)	56	52,8
[08 a 10)	50	47,1
[10 a 12)	0	0,0
Total	106	100,0
Frecuencia con que se baña		
	N	%
Diariamente	39	36,8
4 veces a la semana	67	63,2
No se baña	0	0,0
Total	106	100,0
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud		
	N	%
Si	36	34,0
No	70	66,0
Total	106	100,0
Actividad física que realiza en su tiempo libre		
	N	%
Caminar	32	30,2
Deporte	3	2,8
Gimnasia	0	0,0

No realizo	71	67,0
Total	106	100,0
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos		
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	N	%
Caminar	20	18,9
Gimnasia suave	34	32,0
Juegos con poco esfuerzo	4	3,7
Correr	0	0,0
Deporte	2	1,9
Ninguna	66	62,2
Total	106	100,0

TABLA 3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

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	45	42,4	39	37,8	18	17	3	2,8	1	0,9	106	100,0
Carne	32	31,2	40	37,7	32	30,2	2	1,9	0	0,0	106	100,0
Huevos	17	16,0	38	33,0	35	33,0	15	14,1	1	0,1	106	100,0
Pescado	24	22,6	37	34,9	29	27,3	16	15,1	0	0,0	106	100,0
Fideos	60	56,6	30	28,3	16	15,1	0	0,0	0	0,0	106	100,0
Pan, cereales	50	47,1	36	33,9	15	14,1	5	4,7	0	0,0	106	100,0
Verduras, hortalizas	42	39,6	31	29,2	24	22,6	9	8,5	0	0,0	106	100,0
Legumbres	14	13,2	35	33,0	41	38,7	12	11,3	4	3,7	106	100,0
Embutidos, enlatados	6	5,6	20	18,8	37	34,9	27	25,4	16	15,1	106	100,0
Lácteos	6	5,6	41	38,6	35	33,0	21	19,8	3	2,8	106	100,0
Dulces, gaseosa	8	7,5	28	26,4	24	22,6	21	19,8	25	23,5	106	100,0
Refrescos con azúcar	28	26,4	27	25,4	19	17,9	10	9,4	22	20,7	106	100,0
Frituras	7	6,6	31	29,2	38	35,8	23	21,7	7	6,6	106	100,0

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.

4.1.3. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 4
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL PUESTO DE SALUD DE MAGDALENA NUEVA - CHIMBOTE, 2016

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N	%
Hospital	6	5,6
Centro de salud	3	2,8
Puesto de salud	96	90,5
Clínicas particulares	1	1,0
Otras	0	0,0
Total	106	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	N	%
Muy cerca de su casa	13	12,3
Regular	54	50,9
Lejos	23	21,6
Muy lejos de su casa	13	12,2
No sabe	12	1,9
Total	106	100,0
Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	0	0,0
SIS – MINSA	103	97,1
SANIDAD	2	1,9
Otros	1	1,0
Total	106	100,0
El tiempo que esperó para que lo(la) atendieran ¿le pareció?	N	%
Muy largo	16	15,1
Largo	23	21,7
Regular	49	46,2
Corto	13	12,3
Muy corto	2	1,9
No sabe	3	1,8
Total	106	100,0

Continua.

TABLA 4. DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO, ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA – CHIMBOTE, 2016

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N	%
Muy buena	13	12,3
Buena	54	50,9
Regular	17	16,0
Mala	7	8,5
Muy mala	2	6,6
No sabe	7	5,6
Total	106	100,0
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N	%
Si	54	50,1
No	52	49,9
Total	106	100,0

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

TABLA 5

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL PUESTO DE SALUD DE MAGDALENA NUEVA - CHIMBOTE, 2016

Recibe algún apoyo social natural:	N	%
Familiares	59	55,6
Amigos	0	0,0
Vecinos	1	1,0
Compañeros espirituales	0	0,0
Compañeros de trabajo	1	1,0
No recibo	45	42,4
Total	106	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	1	1,0
No recibo	105	99,0
Total	106	100,0

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

TABLA 6
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN ADOLESCENTES EN LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL PUESTO DE SALUD DE MAGDALENA NUEVA - CHIMBOTE, 2016

Recibe algún apoyo social organizado:	SI		NO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pensión 65	0	0,0	106	100,0	106	100,0
Comedor popular	0	0,0	106	100,0	106	100,0
Vaso de leche	0	0,0	106	100,0	106	100,0
Otros	0	0,0	106	100,0	106	100,0

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.

4.2. ANALISIS DE RESULTADOS:

EN LA TABLA 1: Del 100% (106) de adultos mayores hipertensos del Puesto de Salud Magdalena Nueva, el 58,5 % (62) son de sexo femenino; el 57,5% (61) no tienen nivel de instrucción; el 41,5% (44) tienen un ingreso económico familiar menor de 750 soles, el 57,5% (61) tienen ocupación laboral eventual

Se encontraron estudios que difieren, Castañeda N. Arango D. Cardona A. Garzón M, (65). Realizaron una investigación que tiene como título Factores asociados a la hipertensión arterial en adulto mayor según la subregión su estudio observacional, descriptivo, de corte transversal donde obtuvieron como resultado de una encuesta aplicada a 4. 248 adultos mayores donde el 65,5% fueron mujeres hipertensas para ellos la pobreza se asocia a su enfermedad así como también su estatus socioeconómico para ellas su enfermedad empeora su calidad de vida.

También investigación difieren obteniendo como resultado que la prevalencia de hipertensión arterial en Córdoba es de 29,9%, y tiene una incidencia parecida con los estudios realizados en La Plata (32%). El análisis realizado a nivel nacional determina que es más alta en mujeres que en hombres (39% vs 31%), y que aumenta con la edad (22% en la juventud, llega a 52% en la senectud); esta enfermedad predispone a enfermedades Cardio vasculares que depende de diferentes factores como la obesidad, sedentarismo, alcohol, hábitos dietéticos. Estos factores difieren según el status social, nivel económico, nivel educativo, género, ingesta de sal, stress (66).

Asemejándose así a los resultados encontrados por Hipólito R. en su investigación titulada determinantes de la salud biosocioeconómico de los adultos mayores a.h cedros – nuevo Chimbote, 2016 su investigación de corte transversal de una sola casilla que el 67% son de sexo femenino y el 33% son de sexo masculino; el 49% tienen un grado de instrucción Inicial /primaria; el 65%, tiene un ingreso menor de 750 soles mensual. El 65%, son trabajadores eventuales (67).

Estudios similares se encontró que investigaciones tales como Fernández A. Manrique G, (68). En su artículo de investigación titulada Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores su estudio descriptivo, de corte transversal, su muestra estuvo constituida por 240 adultos mayores obteniendo como resultado que el 49,2% no tienen nivel de escolarización entonces refiere que este pone en déficit y desventaja para el autocuidado en el adulto mayor hipertenso.

También se define qué nivel de instrucción de una persona es el incremento creciente del nivel educativo de la población es un aspecto fundamental para el desarrollo económicamente con bajos niveles de instrucción Se le llama instrucción a un conjunto de enseñanzas o datos impartidos a una persona o entidad (69).

Mencionando que el ámbito de la economía, el concepto de ingresos es sin duda unos de los elementos más esenciales y relevantes con los que se puede trabajar. Entendemos por ingresos a todas las ganancias que ingresan al conjunto total de presupuestos de una entidad.

Por ello la ocupación es el oficio o profesión cuando se desempeña un rol de una persona, independiente del sector en que pueda estar empleada. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo y funciones desempeñadas (70).

Según el ministerio de trabajo las ocupaciones laborales son puestos de trabajo que ofrecen las unidades del sector informal, es decir, las unidades catalogadas como empresas de hogares, dedicadas a la producción de bienes o a la prestación de servicios, que no constituyen una entidad jurídica independiente del hogar propietario ni de los miembros del mismo y que no llevan una contabilidad completa que permita distinguir claramente las actividades de producción de la empresa y las demás de sus propietarios (71).

Entonces la inclusión del sexo y la edad, son variables independientes, fundamentales en cualquier estudio epidemiológico por la trascendencia que tienen en la detección de conductas de riesgo, que como se puede observar o determinan los diferentes comportamientos según a la edad y ver como unas conductas de riesgo son más prevalentes en los hombres y otras en las mujeres, como también las enfermedades que se presentan según el sexo (72).

Es por ello que se llegó a la siguiente conclusión que los adultos mayores de este estudio de investigación más de la mayoría tienen un ingreso económico menor de 750 soles y esto se debe por su condición de la edad por que mencionan que por su edad muchos empleos les han negado por su condición de edad sabiendo que el ingreso económico

puede repercutir de una u otra manera en su alimentación, en su vestimenta así como también una consulta médica y la compra de sus medicamentos para su tratamiento oportuno y en otras necesidades que requiere el adulto mayor teniendo como consecuencia que padezcan problemas de salud mental ya que muchos de ellos deben pagar su recibo de agua luz, es decir el escaso ingreso económico hace que tengan preocupaciones, refiriendo que es difícil que el adulto mayor viva sin preocupaciones.

Por otro lado más de la mitad no tienen nivel de instrucción lo que implica que estos adultos mayores presentan un déficit de conocimientos para que se puedan cuidar y ello predisponiéndolos a muchas enfermedades, como es la hipertensión, sabiendo que esta enfermedad que puede prevenirse teniendo estilos de vida saludables y estando informados sobre dicha enfermedad y no solo es una desventaja sino que muchos de esta población es marginada por no saber leer y escribir, asimismo muchos de ellos tienen un trabajo eventual donde solo trabajan unos meses, semanas e incluso días ya que por su edad es difícil encontrar un trabajo digno para su edad además son marginados y muchas veces se le niega el empleo por su condición generando así necesidades en su vida.

En la realidad muchos de ellos se levantan a las cinco o cuatro de la mañana para trabajar en el mercado descuidado así su salud pero no encuentran otra solución lo que repercute en la pobreza de sus hogares, y que ellos no tengan un buen cuidado de su salud, pues están predispuestos

a una serie de accidentes y/o problemas físicos, conllevando a tener una calidad de vida no saludable perjudicando su estado emocional de cada adulto mayor.

Asimismo se define sexo como el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas del ser humano, que los definen como hombre o mujer. El sexo viene determinado por la naturaleza, es decir con la que se nace. El sexo se diferencia por las características físicas de la persona que posee (73).

Se pudo concluir que mas de la mitad son de sexo femenino, y menos de la mitad son de sexo masculino debido a que son menos propensa de sufrir esta enfermedad según estudios de investigación .

EN LA TABLA 2: Del 100% (106) de adultos mayores hipertensos del Puesto de Salud Magdalena Nueva, el 77,3% (82) el tipo de vivienda es unifamiliar; el 86,8% (92) son de tenencia propia, el 78,3% (83) son de material de piso loseta, vinílicos o sin vinílico; el 43,4 % (46) el material de techo es de eternit; el 73,6% (78) el material de las paredes son de material noble ladrillo y cemento; el 82,1% (87) el número que duermen en una habitación es de 2 a 3 miembros; 91,5% (97) el abastecimiento de agua es de conexión domiciliaria; el 99,0 % (105) su eliminación de excretas lo realizan en baño propio; el 92,5 (98) utilizan combustible para cocinar gas/ electricidad; el 98,4% (104) tienen energía eléctrica permanente; el 98,0% (104) su disposición de basura se entierra , quema, carro recolector; el 63, 2% (67) la frecuencia con que pasan recogiendo la

basura por su casa es de 2 veces por semana; el 95,2% (101) suelen eliminar la basura en carro recolector.

Se encontraron resultados semejantes tales así en la investigación de Hipólito R, (74). Titulada determinantes de la salud en adultos mayores. asentamiento humano los cedros – nuevo Chimbote, 2016 relacionado con la vivienda el 78% (78) tiene vivienda unifamiliar ,el 98% (98) de la población tiene casa propia, de igual manera el material de piso de 82% (82), es de loseta, vinílicos o sin vinílicos , el resultado del material de techo el 60% (60), es de eternit, los resultados se aproximan al material de las paredes el 88% (88), son de material noble ladrillo y cemento.

Los resultados del determinante relacionado con la vivienda coinciden a lo investigado por Uchazara M, (75). Quien en su estudio titulado “Determinantes de la salud en la persona adulta mayor del centro poblado menor Los palos. Tacna, 2013”, encontró que el 100% de personas adultas tienen vivienda unifamiliar, el 95% tenencia propia. Por otro lado difiere en que el 53,2% presenta el material del piso de tierra, el 71,8 % material del techo de estera y adobe, el 54,8% presenta material de las paredes de adobe.

Además, son similares con los resultados de la investigación de Albuquerque G, (76). Quien estudio sobre “Determinantes de la salud en la persona adulta mayor en el Caserío San Juan de la Virgen - Ignacio Escudero -Sullana, 2013” encontrando que el 52.33% de las viviendas tienen piso, el 51.25% de las viviendas tienen sus paredes de material noble ladrillo y cemento.

Estudios que defieren con la investigación tenemos a: Quispe R, (77). En su estudio titulado El problema de la vivienda en el Perú, retos y perspectivas, menciona que el déficit de viviendas en el Perú es principalmente de orden cualitativo pues presenta malas condiciones de habitabilidad, donde los afectados son grupos de bajos ingresos; los adultos mayores tienen más riesgos de resultar expuestos a peligros del ambiente hogareño, los grupos de población con riesgos son de 0 a 14 años y recae en la población de 65 años a más. Una vivienda precaria tiene como factores el ambiente doméstico, que influyen negativamente la salud la inaccesibilidad al agua potable, saneamiento básico, hacinamiento, contaminación de los alimentos por microorganismos (77).

Por otro lado difieren que el estudio de Crisóstomo Y, (78). En su investigación titulada diagnóstico situacional de las viviendas y hábitos saludables en la comunidad campesina Santa Cruz de Pichui, El 95.8% de las viviendas son propias, 2% son viviendas alquiladas, 1.5% son ocupadas con la autorización del dueño, el 0.5% está en condición de alojado y un mínimo porcentaje de 0.2% está a cargo del cuidante. Las viviendas que predominan son las que tienen 2 y 3 habitaciones/cuartos, ambos con el mismo porcentaje del 26%, las que tienen 4 habitaciones son el 17% con 5 habitaciones el 13% las que tienen una habitación el 6%, las que tienen 6 y 7 habitaciones son el 5% para ambos.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática de viviendas y hogares en Lima el 84% de las viviendas tienen el ladrillo o cemento como material predominante en sus paredes exteriores mientras que el 7.3%

son de material de madera comparando con nuestro estudio de tipo de vivienda de Chimbote muchas viviendas predominan sus fachadas y paredes de ladrillos pero las paredes son de madera o estera convirtiéndose así en una vivienda mixta además de ser un problema de salud pública porque se encuentra en riesgo ante múltiples factores que pueden dañar su integridad de la salud del adulto mayor (79).

Cuando hablamos de habitaciones en la vivienda son aquellas que están separadas por paredes completas y son utilizadas con fines de alojamiento. No se considera como cuarto a las habitaciones divididas con biombo, entrepaños, ni baños, lavaderos, pasillos, cocina, balcón. Cuando decimos cuarto para dormir es cualquier habitación o ambiente de la vivienda que los miembros del hogar utilicen habitualmente para dormir (80).

No todas las viviendas son diseñadas de la misma manera, algunas son de material precario como las esteras, cartón, etc. también de la exposición en la vivienda a ácaros de polvo, humo ambiental de tabaco, crecimiento de hongos, seguridad y efectos del plomo las cuales no son beneficiosas si hay ancianos en casa, pueden también causar enfermedades respiratorias, cefaleas, depresión, ansiedad lo que puede conllevar a enfermedades mayores en las personas más vulnerables. Una vivienda saludable y adecuada, es una condición que influye de manera favorable a la salud física y emocional del adulto mayor (81).

Se concluye que en la investigación de determinantes biosocioeconómico de los adultos mayores hipertensos del Puesto de

Salud Magdalena Nueva, la mayoría tiene tipo de vivienda unifamiliar por la razón que muchos de sus hijos formaron su propia familia y decidieron partir a otro lugar, cabe mencionar que muchos hijos abandonan a estos adultos mayores ya que no les visitan constantemente dejándolos completamente solos, ellos mencionan que se sienten tristes otros lloran mencionando que es parte de la vida y tienen que aceptarlo, perdiendo así el valor del adulto, la mayoría tiene tenencia propia de su vivienda mencionan que a lo largo de los años trabajaron duro y muchos de ellos lograron obtener su casa propia así como otros por herencia tienen su vivienda propia.

Por otro lado la mayoría el material de piso loseta, vinílicos o sin vinílicos siendo esto una ventaja para la salud de los adultos mayores; el material de las paredes es de material noble ladrillo y cemento así como se observó que muchas viviendas estaban construidas por material noble, pero solo la fachada se visualiza así porque tras de las puerta se observaron techos caídos paredes rajadas poniéndolos totalmente en riesgo a estos adultos mayores ya que en cualquier momento podría suceder un evento catastrófico, asimismo tras esas observaciones la vivienda ya no está cumpliendo el rol de brindar seguridad y protección a la persona asimismo el material de estera puede traer consigo algunos problemas de salud; el número que duermen en una habitación es de 2 a 3 miembros, el número de habitaciones en la vivienda es de suma importancia para las personas que comparten dicha unidad habitacional,

porque esto implica condiciones de habitabilidad que inciden en el desarrollo de las actividades cotidianas de sus miembros.

Los resultados encontrados son similares en el estudio realizado por la Asociación Probienestar de la Familia, con el apoyo del Gobierno de los Estados Unidos, a través de su Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID). Puesto que el 99,4 % cuenta con república publica dentro de la vivienda, así mismo el 90,8% cuenta con república publica dentro de la vivienda, con respecto a la eliminación de excretas 91,8 cuenta con red pública dentro de la vivienda; por lo concerniente a la eliminación de basuras el 97,1%.eliminan su basura en el carro recolector de basura (82).

Por otro lado en un estudio de mercado de vivienda social en la ciudad de Chimbote sobre acceso a eliminación de excretas en las viviendas de la ciudad. Los resultados encontrados revelan que solo el 77.7% de las viviendas cuentan con redes públicas dentro de sus vivienda, en tanto que un 3.4% adicional dispone de redes públicas fuera de su vivienda. El porcentaje de familias que hace hizo de pozos ciegos, pozos sépticos, ríos o acequias o simplemente no tiene modo alguno de satisfacer esta necesidad es de 19.2%. La importancia de estos resultados radica en su relación directa con los indicadores de morbilidad de la población, ya que mientras mayor sea el número de familias que carezcan de un servicio adecuado de eliminación de excretas, mayor será su exposición a enfermedades diversas, particularmente las de tipo gastrointestinal (83).

Para ello se define que el sistema de abastecimiento de agua es el conjunto de infraestructura, equipos y servicios destinados al suministro de agua para consumo humano. El suministro de agua es principalmente para consumo doméstico, el agua suministrada debe ser en cantidad suficiente y de buena calidad, es decir apta para el consumo humano, el agua es un nutriente esencial para el organismo ya que constituye el 70% del peso corporal cumpliendo varias funciones como el mantenimiento del volumen sanguíneo, el transporte de nutrientes y oxígeno, como solvente en muchos procesos metabólicos (84).

Las basuras o desechos son todos los desperdicios que se producen en las viviendas en general, en los establecimientos o lugares donde el hombre realiza sus actividades. Las basuras que se arrojan a campo abierto causan deterioro en el medio ambiente y afectan la salud de la población contaminando el agua, el suelo. El aire produciendo malos olores y permitiendo la proliferación de insectos y roedores que causan enfermedades en el ser humano (85).

Asimismo el consumo de electricidad ha pasado a formar parte integrante de la vida cotidiana. Siempre que hay un flujo de electricidad, se crean campos eléctricos y magnéticos junto a los conductores que la transportan, así como alrededor

Asimismo se logró concluir que casi la totalidad de abastecimiento de agua tiene conexión domiciliaria, ya ellos tienen muchos años de vivir allí pero mencionan que se les hace difícil poder pagar mensual el agua ya que no disponen de muchos recursos económicos puesto que viven solo o

simplemente viven con su pareja de esta manera podría generar un problema de salud mental ya que viven pensando que tiene que pagar cada mes el agua, su eliminación de excretas lo realizan en baño propio lo cual es muy beneficio para ellos ya que cuentan con una casa propia, el combustible para cocinar es gas mencionando que utilizan el gas medido porque muchas veces el gas se incrementa de precio y tienen como solventar esos gastos también mencionaron que muchas veces se les acaba el gas y tienen que cocinar en leña poniendo en riesgo su sistema respiratorio ya que ese humo lo inhalan pidiéndoles causar en un futuro problemas respiratorios.

También casi la totalidad de ellos su energía eléctrica es permanente, la disposición de basura se entierra, quema, carro recolector, suelen eliminar su basura en carro recolector para la suerte ellos el carro recolector pasa por las afueras de su vivienda el único problema que muchos de estos adultos no pueden caminar rápido para llegar al carro recolector de basura y muchas veces el carro les abandona vemos que indiferencia hay con estos adultos mayores la cual se refleja la discriminación por parte de los trabajadores de la municipalidad de Chimbote.

Asimismo menos de la mitad la cantidad que pasan recogiendo la basura por su casa es al menos de 2 veces por semana, hoy en día todo material es desechable lo que ocasiona que existe mayor acumulo de basura en el hogar trayendo consigo animales roedores, o insectos que dañarían la salud del adulto mayor. Hay que destacar que una vivienda en

situación de precariedad e insalubridad, afecta la salud física, mental y social de las personas, especialmente de los niños y ancianos, que constituyen la población más vulnerable.

EN LA TABLA 3: Del 100% (106) de adultos mayores hipertensos del Puesto de Salud Magdalena Nueva, el 66,0% (70) actualmente no fuman ni han fuman de manera cotidiana, el 65,0% (69) su frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas es ocasionalmente; el 52,8% (56) las horas que duermen es de 6 a 8 hora; el 63,2% (67) la frecuencia que se bañan es de 4 veces a la semana; el 66,0% (70) no se realizaron examen médico periódicamente en el establecimiento de salud; el 67,0% (71) no realizan actividad física en su tiempo libre; el 62,2% (66) en las dos últimas semanas no han realizado ningún tipo de actividad física de 20 minutos.

Asimismo el 56,6% (60) de alimentos que consumen diariamente es fideo; el 38,7% (41) alimentos que consumen de 3 o más veces a la semana son lácteos; el 38,7 (41) alimentos que consumen de 1 a 2 veces por semana es legumbres; el 35,4% (27) alimentos que consumen menos de 1 vez a la semana son embutidos; el 23,5% (25) alimentos que consumen nunca o casi nunca es refresco con azúcar.

Según investigaciones difieren tales tale como Beatóm Y, García L, Couso C, (86). En su investigación descriptiva de corte transversal titulada Factores de riesgo en ancianos hipertensos, obtuvieron como resultado de toda la población de 65 años a más que el 46,7% se relacionó con el hábito de fumar mientras que el 67,2 % de los hombres

hipertensos eran fumadores por lo que se demostró que los hombres hipertensos de más de 65 años poseen este factor de riesgo. Se ha demostrado que los individuos que fuman más de una cajetilla de cigarrillos al día, están 20 veces más propensos a presentar crisis y emergencias hipertensivas, además de padecer alguna enfermedad de la arteria coronaria, que aquellos no fumadores.

Por otro lado estudios difieren, según el instituto nacional de estadística e informática, en su resultado declaro que el 24,4% de la población adulta mayor consumió alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días a la entrevista. En el área urbana, las bebidas de mayor consumo fueron la cerveza (53,0%) y el vino (25,1%); y, en el área rural la cerveza (46,1%), el yonque/caña (26,4%) y chicha de jora (11,7%).

Estudios similares a la investigación tales como: Esquivel, V, (87). En su investigación titulada “Actividad física en el Adulto Mayor” encontró que la actividad física que realizan los adultos mayores es baja pero se toman en cuenta las actividades parte del estilo de vida. Referente a la práctica de ejercicio, se encontró que el 44,2% practican la caminata como deporte de primera elección. Que 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.

En investigaciones que difieren tales como Mordon M, Gualotuña M, (88). En la investigación titulada Hipertensión arterial relacionada con el estilo de vida en los pacientes que acuden al Centro de Salud tipo a Pujilí Los datos nos señalan que el 24% de las personas tienen una dieta normo calórica, 30% consumen alimentos hipercalóricos y el 46% de los pacientes consumen alimentos ricos en grasas, teniendo una estrecha relación con el tipo de alimentación que no es adecuada, bebido al tiempo y al entorno de trabajo tienden a consumir comida rica en grasa. El 10% de los pacientes no consumen alcohol, 26% consume alcohol en menor frecuencia y el 64% de los pacientes tienen un consumo de alcohol de manera moderada, esto hace que exista un aumento en la presión arterial, el alcohol precipita la liberación de la hormona epinefrina (adrenalina) que contrae los vasos sanguíneos.

Investigaciones que se asemejan tales como Ramos K, (89). Que su investigación titulada determinantes del adulto mayor, tiene como resultado que, el 75% (139) adultos mayores no fumo, ni a fumado nunca de manera habitual, el 71% (132) no consumen bebidas alcohólicas; el 54% (100) duerme de 06 a 08 horas; el 65% (120) se baña 4 veces a la semana; el 57% (106) no se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud.

Estudios similares reflejan en su investigación tal Mordon M, Gualotuña M, (90). En la investigación titulada Hipertensión arterial relacionada con el estilo de vida en los pacientes que acuden al centro de salud tipo a Pujilí el resultado nos revela que el 16% de las personas no

realiza ejercicio alguno, 34% habitualmente hace ejercicio y el 50% de las personas realizan ocasionalmente ejercicio, sabiendo que la actividad física es un factor clave para reducir el riesgo de hipertensión arterial, como podemos observar el 50% de la población no tienen como hábito realizar algún tipo de ejercicio en su vida diaria por lo menos 30 minutos al día .

Asimismo se define el ejercicio Físico, es la actividad física realizada de forma planificada, ordenada, repetida y deliberada. Por el contrario se denomina sedentarismo a la no realización de actividad física o su práctica con una frecuencia menor de 3 veces a la semana y/o menos de 20 minutos cada vez.

Se menciona que el uso no moderado de alcohol conlleva a un aumento de la presión arterial y la posibilidad de caer en el alcoholismo. El tabaco es uno de los peores enemigos del aparato circulatorio. Además de producir numerosas enfermedades vasculares, impidiendo que los tratamientos o las sustancias sean absorbidos por el organismo (91).

El tabaquismo es considerado un problema de salud pública por ser la segunda causa principal de morbilidad y mortalidad en el mundo, según la OMS. El consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco causan enfermedades como el cáncer al pulmón, diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, entre otras, que no aparecen inmediatamente después de que se empieza a fumar o a estar expuesto al humo de tabaco sino después de un tiempo. Por ello, “se deben adoptar a nivel nacional, regional e internacional medidas y respuestas

multisectoriales integrales para reducir el consumo de todos los productos de tabaco, a fin de prevenir, de conformidad con los principios de la salud pública, la incidencia de las enfermedades, la discapacidad prematura y la mortalidad debidas al consumo de tabaco y a la exposición al humo de tabaco” (92).

Se tiene como consecuencia que el alcohol es un factor de riesgo para la salud. “El consumo de alcohol está relacionado con diversas formas de cáncer, enfermedad crónica hepática, enfermedad cardiaca, lesiones en los sistemas nerviosos central y periférico y dependencia del alcohol”⁵; asimismo es un factor causal en la hipertensión.

En lo que se refiere al sueño, este es un factor importante para las personas, una vez que dormimos, ocurren diversos procesos metabólicos importantes para el organismo. En síntesis, el sueño contribuye para nuestra salud física y psicológica. Uno de los beneficios del sueño es la regeneración celular y contribuye para el buen estado del sistema inmunológico, en tanto el sueño en el adulto mayor se hace más frágil, sin embargo muestran menos estados de sueño profundo y se despiertan en la noche de 3 a 4 veces; los despertares están relacionados con un menor período de tiempo empleado en el sueño profundo. En general, los pacientes ancianos tardan más tiempo en dormirse y despiertan con mayor facilidad, lo que les hace más proclives a que tomen una o más siestas diurnas. Las horas de sueño en un adulto mayor son de 6 horas (93).

Concluyendo así que los determinantes de salud del adulto mayor hipertenso, la mayoría el 66% no fuma ni a fumado nunca de manera

habitual, muchos de los adultos mayores mencionaron que en la etapa de juventud fumaron de vez en cuando ya que años atrás su padres les prohibían consumir ese tipo de sustancia así como también que no era accesible obtenerlo, como hoy en la actualidad cualquier persona puede adquirir un cigarro, también mencionaron que algunas veces fuman pero no siempre, lo importante aquí es la mayoría no fuma ni a fumado de manera habitual lo que indica que no se encuentran en mucho riesgo de sufrir algún problema pulmonar.

Asimismo señalan que el 65% no consumen bebidas alcohólicas, es un indicador adecuado para la salud de los adultos mayores y esto se debe a que mucho de ellos no quieren sufrir complicaciones ya que padecen de hipertensión y saben que si ingieren bebidas alcohólicas están poniendo en riesgo su vida, sin embargo hay cierta cantidad de adultos mayores que aun ingieren bebidas que podría tener como consecuencia problemas para su salud, sabiendo que la etapa de adulto mayor debe regirse a cierto tipo de vida saludable, el 63,2% se bañan más de 4 veces a la semana esto se debe a que mucho de ellos trabajan en el mercado y llegan cansados con mucho sudor y refieren que se duchan para que puedan descansar.

El 66% no se realiza exámenes periódicamente en el establecimiento de salud ya que no tienen tiempo de hacerlo porque trabajan además de ellos refieren que cuando van a sacar ticket para la consulta no alcanzan a llegar, asimismo se sabe que las personas que padecen de hipertensión arterial deben recurrir a sus exámenes médicos periódicamente para poder ver la evaluación de su propia salud. La hipertensión arterial es la segunda

enfermedad de mayor tasa de incidencia en los adultos mayores, para ello el control de la hipertensión arterial es el punto de partida para hacer un diagnóstico, iniciar un tratamiento y así contribuir con la disminución de la morbilidad y mortalidad por las complicaciones más frecuentes como las enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares.

El 62% no realiza ninguna actividad física porque no tienen y nunca han tenido hábitos de realizar algún tipo de ejercicios porque solo se dedicaron a trabajar a lo largo de los años, es por ello que la actividad física en el adulto mayor, debe ser conservadora y no se lo debe someter a ejercicio físico excesivo. La actividad física siempre debe ir acompañada 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.

Además realizar algún tipo de actividad física contribuye a la mejor calidad de vida de la persona así como mejorar la esperanza de vida del adulto mayor el que no realicen ejercicios estaría afectando su salud, se sabe que la práctica de ejercicios es útil para mantener la condición física saludable, ya que puede contribuir positivamente al mantenimiento de un peso saludable, al desarrollo y mantenimiento de la densidad ósea, fuerza muscular y movilidad articular; promueve numerosos procesos

biológicos, además proporciona un sistema fisiológico saludable, lo que reduce los riesgos quirúrgicos.

La mitad de adultos mayores duermen de 6 a 8 horas esto se debe a que no pueden dormir porque muchos de ellos sufren de problemas articulares otros porque se levantan temprano para preparar el desayuno a sus hijos que se van a sus centros laborales así como también otros que están acostumbrado a levantarse temprano, asimismo con la edad, los patrones de sueño tienden a cambiar.

La mayoría de las personas encuentran que el proceso de envejecimiento los lleva a tener dificultades para conciliar el sueño. Se despiertan con más frecuencia durante la noche y se levantan más temprano por la mañana, para que el adulto mayor pueda llevar un adecuado estilo de vida debe cumplir con todos los factores sociales para poder mejorar su calidad de vida. El tiempo, hoy en día es un bien muy apreciado, por eso es importante usarlo en beneficio propio y del entorno.

Es probable que en la tercera edad el tiempo se convierta en un enemigo que nos amenaza y transforma nuestro día a día en algo poco atractivo, llenar espacios que antes estaban asociados a múltiples actividades no es fácil, tampoco es fácil resignificar el destino que le demos a nuestro tiempo, esta paradoja refleja la complejidad del ser humano, complejidad que nos ha llevado siglos desclasificar. Es frecuente escuchar a muchas personas que están en el punto más alto de su vida productiva decir que no tienen tiempo para ellos, sin embargo, cuando llegamos a la edad en que el tiempo empieza a estar a nuestro favor no

sabemos qué hacer con él los esfuerzos realizados por el Minsa para la prevención, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva, indican que han declinado levemente en años recientes, ya que realizan acciones para prevenir esta problemática a través de: “Campañas de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial”, con el propósito de informar y sensibilizar a la población sobre la prevención, detección de esta enfermedad.

En una investigación tales como Restrepo S, Morales R, Ramirez M, Lopez M, Varela L, (94). 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.

El mejoramiento nutricional es un factor que participa en el aumento de la esperanza de vida. La alimentación en el adulto mayor es tan importante o más que en las demás etapas biológicas. En el adulto mayor no se recomienda dietas muy bajas en calorías, no cubren el aporte de proteínas, vitaminas y minerales se debe seleccionar alimentos de gran densidad nutricional, muchas veces los adultos mayores tienen la idea

equivocada de que sus requerimientos de alimentos son pequeños, porque ya no lo necesitan, estas son algunas razones por las cuales no consumen alimentos saludables en esta etapa de su vida,

Los hábitos alimentarios de las personas adultas mayores suelen ser inadecuados porque se adquirieron en épocas de la vida en que las demandas de energía eran muy superiores a las que tienen en la actualidad. Además, el metabolismo se torna más lento con los años, lo que también contribuye a que los requerimientos de energía sean menores y al mismo tiempo se incrementen las necesidades de algunas vitaminas y minerales (95).

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

Llegando a la conclusión que los determinantes de la salud del adulto mayor hipertenso menos de la mitad consumen frutas diarias ya que no cuentan con recursos económicos suficientes para poder adquirir frutas diarias, ya que muchos de ellos solo ganan menos de 750 soles lo que no les alcanza para cubrir las necesidades de los diferentes nutrientes que requieren para su alimentación, cabe mencionar que el aumento en el consumo de fruta y verdura reduce la presión arterial; obteniendo un

efecto adicional si se disminuye el contenido de grasa; consumen carne de 3 a más veces a la semana mucho de ellos consumen carnes porque sus hijos le dejan pero otros lo adquieren de manera directa.

El 33% consumen huevos de 1 a 2 veces por semana, el huevo es un alimento proteico ya que este no aporta ni fibra ni carbohidratos, el 34,9% consume pescado de 3 a más veces a la semana ellos manifestaron que lo consumen porque es nutritivo y además adquirirlo es económico, el 47,1% consume pan y cereales estos alimentos contienen grandes cantidades de carbohidratos lo que podría dañar su salud con el pasar de los años ya que el adulto mayor debería consumir los alimentos que aportan fibra para mejorar la salud del intestino son los productos integrales, verduras y frutas también cierto tipo de lácteos.

Asimismo, el adulto mayor debe consumir más pescados y grasas omega buenas para la salud cardiovascular en su forma natural, asimismo es importante que el tipo de alimentos de las personas de la tercera edad sea variado y se oriente a preservar la salud.

El consumo habitual de pescado, incorporado en una dieta de reducción de peso, puede facilitar la disminución de la presión arterial en hipertensos obesos, mejorando, además, el perfil lipídico. Por tanto, hay que recomendar una mayor ingesta de fruta, verdura y pescado, reduciendo el consumo de grasas, el consumo de las verduras y frutas poseen antioxidantes. Estas sustancias son importantes, puesto que bloquean la formación de radicales libres, los cuales producen

envejecimiento prematuro celular y la aparición de enfermedades crónicas, incluso el cáncer.

Dando la importancia necesaria recomendado que el consumo de líquidos como el agua, los jugos naturales y las gelatinas (light, en lo posible), hidrata, en lo posible, deben comer cuatro veces al día: desayuno, almuerzo, merienda y cena. Las personas mayores no suelen cenar, pero es importante mantener siempre una comida liviana para evitar un largo período de ayuno y mejorar una serie de funciones metabólicas en el organismo .

EN LA TABLA 4, 5 Y 6: Del 100% (106) de adultos mayores hipertensos del Puesto de Salud Magdalena Nueva, el 90,5% (95) fue atendido en una institución de salud en los 12 últimos meses fue en el puesto de salud; el 50,9% (54) considera que en el lugar donde se atendió es regular a su casa; el 97,0% (103) tiene seguro del SIS MINSA; el 46,2% (49) el tiempo que espero para que lo atendieran le pareció regular; el 50,0% (54) la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue buena; el 50,9% (54) si existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa; el 55,6% (59) reciben apoyo social natural de sus familiares; el 100.0% (106) no recibe apoyo social organizado; el 100,0% no recibe apoyo social organizado como pensión 65, comedor popular o vaso de leche.

Estudios similares tales así como Hipólito R, (96). En su investigación determinante de la salud en adultos mayores. Asentamiento Humano los Cedros obtuvo como resultado que el 54% se atendieron en

los 12 últimos meses en un Centro de Salud; por otro lado el 100% consideran que el lugar donde lo atendieron está a una distancia regular de su hogar; así mismo el 90% (90) tiene seguro del SIS-MINSA y el 10% no tiene ningún seguro.

Estudios que se asemejan tales así como Joel. M, (97). 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 atienden e regular.

Estudios que difieren con respecto a la investigación es una publicación del 2015, se manifiesta que pese al incremento de 6,1% de asegurados por SIS el 26% de los adultos mayores de 60 años no cuentan con ningún seguro de salud en el Perú. El Instituto Nacional de Estadística e informática reveló, que el 25,8% de la población adulta mayor en el Perú (de 60 años a más), no cuentan con ningún seguro de salud, el Ministerio de Salud dentro de la reforma tiene como principal eje la cobertura universal, todavía son 700 mil personas de 60 años a más que están totalmente desprotegidas ante el padecimiento de alguna enfermedad que se hacen más frecuente a esas etapas de la vida. En el Perú existen aproximadamente 3 millones de personas de 60 años a más, de los cuales el 74,2% cuenta con un seguro de salud (público o privado). Con los esfuerzos del Minsa, EsSalud y el sector privado (98).

El seguro integral de salud SIS es un organismo público ejecutor que tienen como misión administrar los fondos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud individual de sus asegurados de conformidad con la política del sector, garantizando la atención de las personas en situación de pobreza y pobreza extrema, para dicho fin el SIS realiza transferencias financieras a los establecimientos de salud pública adscritos al Minsa con el fin de que brinden atención gratuita a los asegurados del SIS (98).

El Minsa tiene la mayor cobertura de servicios de salud a nivel nacional y administra el 84.7% del total de establecimientos entre hospitales, Centros de Salud y Puestos de Salud ubicados en zonas urbanas, urbano marginales y rurales dispersas. Atiende a la población predominantemente pobre que no cuenta con seguro social de salud.

Asimismo en los determinantes de apoyo comunitario los adultos mayores hipertensos. Puesto de salud Magdalena Nueva según el estudio casi la totalidad se atendió en los 12 últimos meses se atendió en un puesto de salud ya que les facilita porque muchos de ellos cuentan con sus seguro integral de salud SIS, el tipo de seguro que cuentan casi la totalidad de los adultos mayores cuentan con SIS – Minsa, la mitad considera que el lugar donde se atendieron es regular, menos de la mitad, el tiempo que espero para que atendieran le pareció regular.

El Ministerio de Salud (Minsa) se encuentra en la ruta para mejorar el cuidado del adulto mayor desde el primer nivel de atención hasta los centros de salud de mayor complejidad, se debe tener en cuenta que la

atención a los adultos mayores va más allá de la sola prestación especializada, e involucra aspectos, de articulación de lo intergeneracional, e intercultural y especialmente de la comprensión. La atención que se debe brindar requiere de un acercamiento humano, de respeto y cariño (99).

Asimismo una investigación Mirando de A, Hernandez L, Rodriguez, (100). En una investigación del año 2013 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 la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción, depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores. La calidad de la atención en salud ha sido definida de diversas maneras, que en mucho dependen del contexto concreto en que el término quiera emplearse.

En una publicación del 2016 se señala que cerca de 10 millones de peruanos, la tercera parte de la población ha sido víctima de los delincuentes. En el Perú y especialmente en las grandes ciudades nadie puede vivir tranquilo, uno tiene miedo de salir, porque a la vuelta de la esquina puede aparecer un delincuente que nos despoje de todas nuestras pertenencias o nos podemos encontrar en medio de una balacera que podría acabar con nuestra vida de acuerdo a un estudio del Instituto Integración, el 80 % de peruanos asegura que el nivel de los delitos en el país aumentó en el último año, un 42 % de los hogares fue víctima de un asalto y un 59% percibe aún inseguridad en las calles. Según el INEI, el

29,7% de la población de 15 años o más dice haber sido víctima de un hecho delictivo, pero solo un 15% denunció este hecho (101).

Asimismo se logró concluir que más de la mitad la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue buena, refieren que muchas veces el personal de salud les trata bien y muchas solucionan sus problemas de salud e inquietudes, si existe pandillaje y delincuencia cerca de su casa, entonces podemos finalizar que determinantes relacionados con las redes sociales pueden influir positiva o negativamente en la salud de los adultos, ello dependerá de la accesibilidad a un establecimiento de salud y calidad de atención que reciba, con estos factores podrá poner en práctica conductas preventivas promocionales, podrá detectar oportunamente alguna enfermedad y favorecer a su recuperación y rehabilitación, así mismo contar con el SIS, favorece la salud, ya que, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema, de esta forma, resuelve la problemática del limitado acceso a los servicios de salud. Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en promover, restaurar y mantener la salud de la población. Dicho sistema comprende recursos humanos .

Estudios que difieren de Abanto, M, (102). En su investigación titulada determinantes de la salud en adultos mayores con diabetes,

hipertensos del año 2014 tuvo como resultado que 62,5% (50) reciben apoyo de familiares 30% (24) no reciben, 1,25% (1) reciben apoyo de compañeros de trabajos. El 6,25% (5) reciben ayuda de vecinos; 92,5% (74) no reciben apoyo social organizado y 7,5% (6) reciben apoyo de la empresa donde trabajan; 96,25% (77) de ellos reciben apoyo social de otros.

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 (103).

El apoyo familiar es el conjunto de acciones e intenciones que la persona ejerce a favor de su familiar donde se constituyen fuentes de apoyo importantes, estableciendo intereses comunes y actividades compartidas, la familia sigue siendo la principal fuente de sostén para los adultos de edad avanzada, y no sólo la principal fuente de apoyo, sino la preferida por estos y a la que acuden generalmente en primera instancia. La importancia del apoyo social radica y puede influir positivamente, y de forma directa, sobre la salud y el bienestar en la medida que contribuye a

satisfacer necesidades humanas como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima y afecto (104).

Se concluye que de los determinantes de las redes comunitarias y sociales de los adultos mayores hipertensos del puesto de salud Magdalena Nueva la totalidad no recibe apoyo social organizado de pensión 65, ellos refieren que no se pueden afiliar a pensión 65 ya que muchos de ellos no son considerados en extrema pobreza pero hay como quienes si se les puede considerar en extrema pobreza peor aun así no reciben este apoyo. Asimismo no reciben comedor popular porque muchos de ellos en sus comunidades no hay comedor popular o vaso de leche, si esto fuera diferente quizás contribuiría a la mejor alimentación en los adultos mayores que sufren de carencias alimenticias día a día porque no cuentan con recursos económicos suficiente entonces he allí la importancia de las redes de apoyo social se asocian a mejores estados de salud porque ayudan a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que a mantener un sentido de dominio y control sobre las circunstancias de su vida. Mientras que la mayoría no reciben apoyo social organizado ya que muchos de ellos viven de lo poco que pueden ganar diario o semanal, la importancia del apoyo social radica y puede influir positivamente, y de forma directa, sobre la salud y el bienestar en la medida que contribuye a satisfacer necesidades humanas como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima y afecto. La mitad recibe apoyo social familiar lo que se considera que si aún existe ese apoyo

familiar que necesita el adulto mayor para poder tener una mejor calidad de vida, la familia es núcleo el cual va a sostener muchas situaciones difíciles y más aún en esta población que se encuentran en riesgo,

A Nivel Nacional según el instituto nacional de estadística e informática, describe que el 34 % de los adultos mayores de 60 años sufren de hipertensión arterial, en tanto indican que las ciudades de mayor incidencia de hipertensión arterial en adultos mayores de más de 60 años se registra en San Martín (42.7%), Ica (41.4%), Tumbes (40.4%) y Lima y Callao (39.9%) (98).

La hipertensión arterial es la segunda enfermedad de mayor tasa de incidencia en los adultos mayores, para ello el control de la hipertensión arterial es el punto de partida para hacer un diagnóstico, iniciar un tratamiento y así contribuir con la disminución de la morbilidad y mortalidad por las complicaciones más frecuentes como las enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares.

V. CONCLUSIONES

5.1. Conclusiones

En los determinantes biosocioeconómico de los adultos mayores hipertensos del Puesto de Salud Magdalena Nueva, casi la totalidad de abastecimiento de agua tiene conexión domiciliaria, para la eliminación de excretas usan baño propio, el combustible para cocinar es gas, electricidad, tienen energía eléctrica es permanente, la disposición de basura se entierra, quema, carro recolector, suelen eliminar su basura en carro recolector; la mayoría tiene tipo de vivienda unifamiliar, tenencia propia, material de piso loseta, vinílicos o sin vinílicos, material de las paredes es de material noble ladrillo y cemento, el número que duermen en una habitación es de 2 a 3 miembros, la cantidad que pasan recogiendo la basura por su casa es al menos de 2 veces por semana; más de la mitad son de sexo femenino, su ocupación laboral es eventual, el número de horas que duermen es de 6 a 8 horas; menos de la mitad su grado de instrucción es secundaria completa e incompleta, su ingreso económico es menos de 750 soles, el material de techo es de eternit .

En los determinantes de estilos de vida de adultos mayores hipertensos del Puesto de Salud Magdalena Nueva, la mayoría no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, no consume

bebidas alcohólicas, la frecuencia con que se bañan es de 4 veces a la semana, no se realiza examen médico periódico en un establecimiento de salud, no realiza actividad física en su tiempo libre, en las dos últimas semanas no han realizado ninguna actividad física de 20 minutos; más de la mitad el número de horas que duermen es de 6 a 8 horas, los alimentos que consumen diariamente es fideo; menos de la mitad, el alimento que consumen de 3 o más veces a la semana son lácteos, el alimento que consumen de 1 o 2 veces a la semana son legumbres, los alimentos que consumen menos de 1 vez a la semana son embutidos, enlatados, los alimentos que consumen nunca o casi nunca son dulces, gaseosa .

En los determinantes de redes sociales y comunitarias de los adultos mayores hipertensos del Puesto de Salud Magdalena Nueva, la totalidad no recibe algún apoyo social organizado; casi la totalidad, la institución en la que se atendió en los 12 últimos meses fue en puesto de salud, el tipo de seguro que tienen es SIS – MINSA, no recibe algún apoyo social organizado; más de la mitad, considera que el lugar donde la atendieron es regular a su casa, la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue buena; si hay pandillaje o delincuencia cerca de su casa, recibe apoyo social natural de familiares; menos de la mitad, el tiempo que espero para que atendieran le pareció regular

5.2. Recomendaciones

- Dar a conocer los resultados de la investigación a las autoridades del establecimiento de salud y jurisdicción, sobre los determinantes identificados para que las autoridades elaboren o realicen estrategias y/o actividades para mejorar la calidad de vida de la población, además para su respectiva socialización, análisis crítico y sensibilización de la realidad investigada; Puesto que la salud del grupo de personas encuestadas están en riesgo a desencadenar un sin número de enfermedades en un futuro.
- Fomentar al personal de salud y autoridades que realicen actividades preventivas, promocionales, rehabilitadoras en relación a los determinantes identificados y a realizar investigaciones.
- 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 BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud 21, [internet]. 2015. [Acceso 7 de junio del 2017]. Hallado en: http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/educacion_para_la_salud/formacion-en-promocion-y-educacion-para-la-salud/tema_
2. Ministerio de salud dirección general de epidemiología. Análisis de situación de salud del Perú. 1ra edición. ASKHA E.I.R.L: lima; 2013.
3. Roco. O, Castañeda N, Perez S, Labrada N. Salud Pública en América Latina y El Caribe, [artículo de investigación]. Rev Hum Med V.2 n.2, Camaguey; 2013
4. Pérez J, Sistemas de Salud en América Latina: entre aciertos y desaciertos, [Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe], España; 2015.
5. Aguinaga, A. Situación de la salud en Perú y sus tendencias: la reforma sectorial. Lima: Ministerio de Salud; Lima. p. 23-2912.
6. Organización mundial de la salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud. 2013; 12(3): 2 - 7.
7. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. [internet]. 2013. [acceso el 25 de noviembre del 2017]. Hallado en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
8. Fernández JL, Parapar C, Ruíz M. Envejecimiento, discapacidad y enfermedad. Fundación General CSIC. Lychnos; 2012.
9. Ferrelli R. Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales, Mexico; 2015

10. Moscoso G. determinantes de la salud según modelo lalonde. [internet]. 2014. Hallado en <https://prezi.com/f9hcfwilr2wf/determinantes-de-la-salud-segun-modelo-lalonde/>
11. Frenz P. Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud, Rev. Chile; 2012.
12. Moiso A. Determinantes de la salud [internet]. 2013. [acceso del 21 de noviembre de 2017]. Hallado en http://inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos_de_la_salud_publica/cap_6.pdf
13. Módulo 1. Elementos conceptuales relacionados con los determinantes sociales de la salud. Aula virtual de Salud Pública. [Internet]. 2012. [Acceso 20 de junio 2017]. Hallado en: <http://cursos.campusvirtualesp.org/course/view.php?id=102&topic=1>
14. Mosio A. Salud pública, determinantes sociales de la salud, [Revista de internet]. 2015. [Acceso 18 de julio del 2017]. Hallado en: [http://files.saludpublicasur.webnode.com/2000000242806f28ff4/DETERMINANTES%20DE%20LA%20SALUD%202015%20\(1\).pdf](http://files.saludpublicasur.webnode.com/2000000242806f28ff4/DETERMINANTES%20DE%20LA%20SALUD%202015%20(1).pdf)
15. Ministerio de salud. Lineamientos de Política Sectorial para el periodo, Organización panamericana de salud; 2013. Hallado en: <http://www.monografias.com/trabajos94/situacion-salud-peru/situacion-salud-peru.shtml#ixzz4v6ndCvvI>
16. Tarlov A. Social determinants of Health: the sociobiological transition, BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.

17. LipLicham, C; Rocabado, F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.
18. Gonzalo Valdivia Cabrera. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile; 2012; 23:18-22
19. Alleyne GA. La equidad y la meta de salud para todos. En: Organización Panamericana de la Salud. A Quest for Equity / En busca de la equidad. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
20. Sanchez F. La inequidad en salud afecta el desarrollo en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013; 30 (4):676-82.
21. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.
22. Martinez, H, Mitchell, M, Aguirre C. Salud del adulto mayor. [Artículo de internet]. 2013. [Accesado el 25 de noviembre del 2017]. Hallado en: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf>
23. Organización Mundial de la Salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. [internet]. 2013. [acceso 18 de noviembre del 2017]. Hallado en: http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf.
24. Ferrelli R. Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales, Colección: Documento de trabajo, México; 2015.

25. Carmona Zenen, Padilla Devian. Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano, [Artículo de revisión]; 2014.
26. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
27. Gonçalves M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre. Año 8. Número 22. Artículo original; 2012.
28. Red Pacifico Norte, oficina de estadística Magdalena Nueva. Chimbote, 2016.
29. Álvarez k, Barbecho P. Frecuencia de hipertensión arterial en los adultos mayores de las parroquias urbanas. [Tesis de investigación previa a la obtención del título de médica y médico]. Cuenca, ecuador: Universidad de cuenca, Facultad de ciencias médicas; 2016.
30. Vergottini J. Epidemiología. Detección y prevención de enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial. [Tesis de pregrado], ed. mi mundo oriente, Argentina; 2013.
31. Maguiña P. Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro De Salud Max Arias Schreiber. Tesis para optar el grado de licenciado, Lima: Facultad de medicina; 2013
URI: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3536>
32. Alva I. Nivel de conocimiento de los personas adultas mayores sobre su hipertensión y su recurrencia a la unidad de emergencias del hospital de

- Yungay durante el I trimestre en el 2016. [tesis de especialidad]. Chincha Ica, Perú; 2015.
33. Chiques K, determinantes de la salud en adultos mayores con hipertensión y obesidad vinzos en el 2012, [Tesis para optar el título profesional de licenciado en enfermería]. Vinzo, Chimbote: Universidad Los Ángeles de Chimbote Uladech, Facultad ciencias de la salud; 2015.
 34. Salas M, determinantes de salud del Adulto mayor del A.H. Esperanza Baja, [profesional de enfermería]. Chimbote: Universidad Uladech, Facultad ciencias de la salud; 2013
 35. Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial
 36. Estilos de vida y Promoción de la Salud. Determinantes de salud. Modelos y teorías. [Internet]. 2013. [acceso 10 de noviembre del 2017]. Hallado en: <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema4.pdf>.
 37. Villar Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. [artículo de investigación]. Med Per 28 (4); 2014.
 38. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.
 39. Hacia una nueva Salud Pública. Determinantes de la Salud [internet]. 2012. [accesado 12 de noviembre del 2017]. Hallado en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf>.
 40. Ministerio de salud. [Internet]. Lima; 2014. [Accesado 10 de octubre del 2017] hallado en: <http://www.minsal.cl/determinantes-sociales-en-salud/>

41. Dalhigren, G. Whitehead, M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006
42. Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. [Artículo científico]. Universidad Nacional del Santa. Chimbote; 2012.
43. Agusti R. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. Acta Med Per. 23(2) 2013 69.Vol.2 Num.2
44. Guerrero N, Yopez M, Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud, [Artículo de investigación], 2015; hallado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>
45. Dalhigren, G. Whitehead, M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2012.
46. Concepto. De concepto de salud. [Internet]. 2017 [Acceso 10 de julio 2017]. Hallado en: <http://concepto.de/salud/#ixzz4mf36zBBd>
47. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Concepto de comunidad y salud comunitaria, 2ed; 2017. <http://www.medicosfamiliares.com/comunidad/concepto-de-comunidad-y-salud-comunitaria.html>
48. Porto J. Merino M. Definición de servicios de salud; 2016 (<http://definicion.de/servicios-de-salud/>)

49. Educación panorama general. Ed 3. Washington; 2017. Hallado en <https://delcuetocheverri.files.wordpress.com/2016/11/ventaja-comparativa-morelos-educaciac3b3n.pdf>
50. Perez J. Merino M, definición de concepto de empleo. [Revista de internet], [accesado el 29 de junio 2017]. 2012. Hallado en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2727/delacruz_vl.pdf?sequence=1
51. Porto J. Merino M, Definición de, definición de territorio. [Revista de internet]. 2014. [accesado el 30 de abril 2017]. Hallado en <http://definicion.de/territorio/.com>.
52. Ucha F. Adulto mayor, definición ABC [internet]. 2015. [Acceso 9 de julio de 2017]. Hallado en: <https://www.definicionabc.com/social/adulto-mayor.php>
53. Ramos E. nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial en un centro de salud, [tesis para optar el título profesional de enfermería], Lima: Universidad nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina; 2014.
54. García J, Jimenez F, Amaud M, Tapia Y, Introduccion a la metodología de la investigación en ciencias de la salud, ed. McGrawhill, Mexico.
55. Anierte N. Género y salud [Monografía de internet]. Fundación de la salud en red. [Citado 2013 Febrero 16]. Hallado en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_sociolog_salud_5.html.

56. Porto J, Merino M, definición de, definición de instrucción, [revista de internet]. 2014. [acceso 10 de julio del 2017] hallado en: <http://definicion.de/instruccion/>
57. DefiniciónABC, definición de ingreso económico, [artículo de internet]. 2017. [acceso 10 de julio del 2017], hallado en: <https://www.definicionabc.com/economia/ingresos.php>
58. Concepto de ocupación, [artículo de internet], Copyright; 2017. [acceso 10 de julio 2017], hallado en: <http://deconceptos.com/ciencias-sociales/ocupacion>
59. Porto J, Gardey A. Definicion.de: Definición de vivienda. [Artículo de internet]. 2013. [acceso 10 de julio 2017]. Hallado en <http://definicion.de/vivienda/>
60. Ramos E. Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial en un centro de salud, [tesis para optar el título profesional de enfermería], Lima: Universidad nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina; 2014.
61. Carencia por el acceso a los servicios de salud. Coneval, [artículo de internet]. México; 2014 [acceso 18 de julio 2017] hallado en: <http://blogconeval.gob.mx/wordpress/index.php/tag/acceso-a-los-servicios-de-salud/>
62. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.

63. 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
64. Castañeda N. Arango D. Cardona A. Garzón M. Factores asociados a la hipertensión arterial en adulto mayor según la subregión, Revista Colombiana de Cardiología, Copyright, Colombia; 2016
65. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed. Mexico: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2013.
66. Hipólito R, determinantes de la salud en adultos mayores. Asentamiento humano los cedros – nuevo Chimbote. Tesis para optar el título profesional de enfermería. Chimbote: universidad católica los Ángeles de Chimbote, Facultad ciencias de la salud; 2016.
67. Fernández A. Manrique G, Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores, Bogotá – Colombia; 2010.
68. Glosario de los términos básicos de las Estadísticas en Salud. [Internet]. 2014. [acceso 23 de noviembre del 2017] hallado en: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html.
69. Diccionario, definición. [Internet]. 2017[acceso el 12 junio del 2017]. Hallado en: <https://www.definicionabc.com/economia/ingresos.php>.
70. Comisión para la Cooperación Laboral, Acuerdo de Cooperación Laboral de América del Norte (ACLAN).- Los Mercados de Trabajo en América del Norte; 2014.

71. Suarez A. Edad y sexo en el ámbito saludable. [Citado el 2011 Febrero 15] [Alrededor de 2 planilla]. Disponible desde el URL: <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/med/ucm-t26264.pdf>
72. Mora L. Sexo y genero definiciones. [Internet].2013. [Acceso 23 de mayo del 2017]; hallado en: <http://www.libretequero.com/lo-mas-esencial/diferencias-entre-sexo-genero/>.
73. Hipolito R, determinantes de la salud en adultos mayores. Asentamiento humano los cedros – nuevo Chimbote. Tesis para optar el título profesional de enfermería. Chimbote: universidad católica los Ángeles de Chimbote, Facultad ciencias de la salud; 2016.
74. Uchazara M, Determinantes de la salud en la persona adulta mayor del centro poblado menor Los palos. Tacna. Tesis para optar el título profesional de enfermería. Tacna: universidad católica los Ángeles de Chimbote, Facultad ciencias de la salud; 2013.
75. Alburquerque G, Determinantes de la salud en la persona adulta mayor en el Caserío San Juan de la Virgen - Ignacio Escudero -Sullana, Tesis para optar el título profesional de enfermería. Sullana: universidad católica los Ángeles, Facultad ciencias de la salud; 2013.
76. Quispe R, el problema de la vivienda en el Perú y perspectivas de Chile: red revista INVI; 2006. P 43
77. Crisotomo Y, el problema de la vivienda en la vejez en Cataluña. Architecture, city an environment, 1 (I), p 80 - 10.
78. Instituto nacional de estadística e informática- encuesta nacional de hogares; 2013.

79. Moreno D, Derechos Humanos Vivienda Digna y No Digna 2 [Uladech Católica 2014] hallado en: <http://es.scribd.com/doc/230057729/Derechos-Humanos-Vivienda-Digna-y-No-Digna-2>.
80. Censo Nacional De Población Y Vivienda Cepa. Ministerio de Economía. Secretaría de Programación Económica "Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas. Buenos Aires. 2000.
81. Miyashiro L. Mazuelas G. Toledo E. Vega R, mercado de vivienda social en la ciudad de Chimbote, Lima – Perú; 2013.
82. Organización mundial de la salud agua saneamiento y salud. [Serie en internet]. [Citado el 2012 en Noviembre]. [Alrededor de 1 planilla]. Hallado en: http://www.who.int/water_sanitation_health/facts2004/es/.
83. La organización panamericana de salud [artículo de investigación], 2009.
84. Beatóm Y, García L, Couso C. Identificación de algunos factores de riesgo en ancianos hipertensos, vol.17 , articulo scielo, Santiago de Cuba; 2013
85. Esquivel V. Actividad física en el Adulto Mayor. [Tesis maestría]. México: San Nicolás de Los Garza, Universidad autónoma nuevo león; 2012.
86. Mordon M, Gualotuña M, Hipertensión arterial relacionada con el estilo de vida en los pacientes que acuden al centro de salud tipo a Pujilí, Ecuador - Quito, 2014.
87. Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales y Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) Primera edición : Julio 2008. Segunda edición : Agosto 2012 Se encuentra en la pg.

http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=282

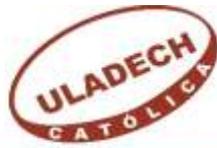
88. Ramos K, determinantes de la salud en adultos mayores. Asentamiento Humano San Miguel. Tesis para optar el título profesional de enfermería. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Facultad ciencias de la salud; 2014.
89. Mordon M, Gualotuña M, Hipertensión arterial relacionada con el estilo de vida en los pacientes que acuden al centro de salud tipo a Pujilí, Ecuador - Quito, 2014.
90. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, “JointNationalCommittee sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial” (7 ed.) Perú, editorial Ucayali; 2011.
91. Organización Mundial de la salud. “Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco”, Suiza, 2013, pág. 8.
92. SEGG. La importancia de las horas de sueño en el adulto mayor.[revista de internet]. [Acceso 9 de junio 2017]; 2013. Hallado en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centrosdesalud/horasdesueño/articulos/sueno-en-la-tercera-edad.html>.
93. Restrepo S, Morales R, Ramírez M, Lopez 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

94. Wendy T. Nutrición en el adulto mayor. (Internet) Octubre 2013
<http://lavejezlaedaddeoro.blogspot.pe/2013/10/nutricion-en-el-adulto-mayor.html>
95. Hipólito R, determinantes de la salud en adultos mayores. Asentamiento humano los cedros – nuevo Chimbote. Tesis para optar el título profesional de enfermería. Chimbote: universidad católica los Ángeles de Chimbote, Facultad ciencias de la salud; 2016.
96. Joel, M. distribución porcentual sobre los adultos del caserío de Chua bajo sector S Huaraz. [tesis para optar en título de clic de enfermería].2010 Chimbote. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote.
97. Mirando A, Hernandez L, Rodriguez A, Calidad de atención en salud del adulto mayor [artículo de revista cuba de medicina general] V 25, Habana;2013
98. Antara D, Diario medico, más de 700 mil adultos mayores no cuentan con ningún seguro de salud [periódico], Perú; 2015
99. Solís R, Sixto E, Sánchez M Carrión. Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú. Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública. 2013; 26 (2): 7-
100. Burgos M. Hipertensión arterial a nivel nacional; 2013. Hallado en:
http://www.sac.org.ar/files/files/cc_latam_hta.pdf.
101. Solís R, Sixto E, Sánchez M Carrión. Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción

de la salud en Lima, Perú. Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública. 2013; 26
(2): 7-

102. Ministerio de salud, Minsa mejorara estrategias a favor del adulto mayor desde el primer nivel de atención [artículo de revista], Perú; 2015
103. Abanto, M, determinantes de la salud en adultos mayores con diabetes, hipertensos, [tesis de pregrado para optar el título profesional de enfermería], Universidad católica los ángeles de Chimbote; 2014
104. Grupo RPP, Así está el Perú 2016: 80% cree que los delitos aumentaron en el último año [periódico en línea], Lima, copyright; 2016.
105. Apoyo social y salud. [Artículo en internet]; 2003. [Citado 2004 septiembre]. [Alrededor de 1 pantalla] disponible en: www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/apoyo1711228x.pdf.
106. Aguaded E, Rodríguez A, Dueñas B. En su estudio la importancia de las redes sociales en el desarrollo de competencias de ciudadanía intercultural de las familias de origen inmigrante y autóctonos. Portuia vol. VIII N °1.2008, 1153, iss N 1578-O236 Universidad de Huelva 2013.

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 HIPERTENSOS DEL PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA –
CHIMBOTE, 2016.**

Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

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

2. **Edad:**

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

3. **Grado de instrucción:**

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

4. Ingreso económico familiar en nuevos soles

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

5. Ocupación del jefe de familia:

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

6. Vivienda

6.1 Tenencia:

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

6.2. Material del piso:

- Tierra ()
- Entablado ()

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

6.3. Material del techo:

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

6.4. Material de las paredes:

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

6.6 Cuantos personas duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua:

- Acequia ()

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

8. Eliminación de excretas:

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

9. Combustible para cocinar:

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

10. Energía eléctrica:

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

- Vela ()

11. Disposición de basura:

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

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

- Diario ()

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

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

17. Con que frecuencia se baña?

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

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

Si () NO ()

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

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

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

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

21. DIETA:

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

Alimentos:	Diario	3 o más veces a la semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
• Fruta					
• Carne (Pollo, res, cerdo, etc.)					

• Huevos					
• Pescado					
• Fideos, arroz, papas.....					
• Pan, cereales					
• Verduras y hortalizas					
• Legumbres					
• Embutidos, enlatados					
• Lácteos					
• Dulces, gaseosas					
• Refrescos con azúcar					
• Frituras					

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

23. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

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

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

- Hospital ()

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

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

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

26. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

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

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

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

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

29. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si () No ()

Muchas gracias, por su colaboración

ANEXO 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.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 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 MÁS EN EL PERÚ”.
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)

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.

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

N°	Expertos consultados										Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9	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	3	30	3	10	3	1,000
38	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
Coefficiente de validez del instrumento																0,998

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

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTOS DE 18 A MAS 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									
Comentario									
P38									
Comentario									

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

Gracias por su colaboración



ANEXO N°04

UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES

HIPERTENSOS DEL 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.

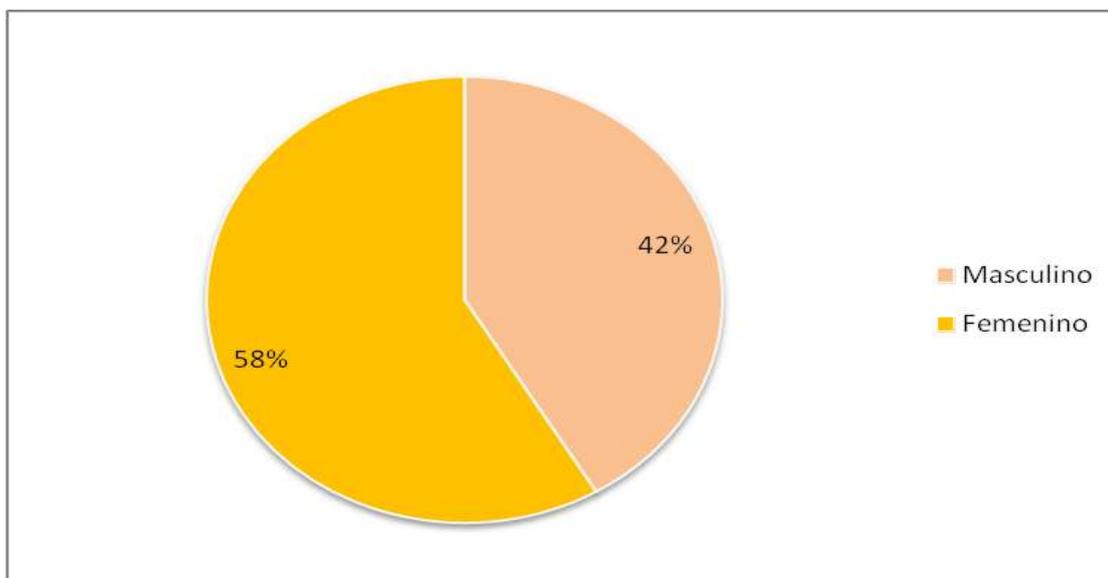
El investigador se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los
datos, los resultados se informaran de modo general, guardando en reserva la
identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi participación
firmando el presente documento.

FIRMA

.....

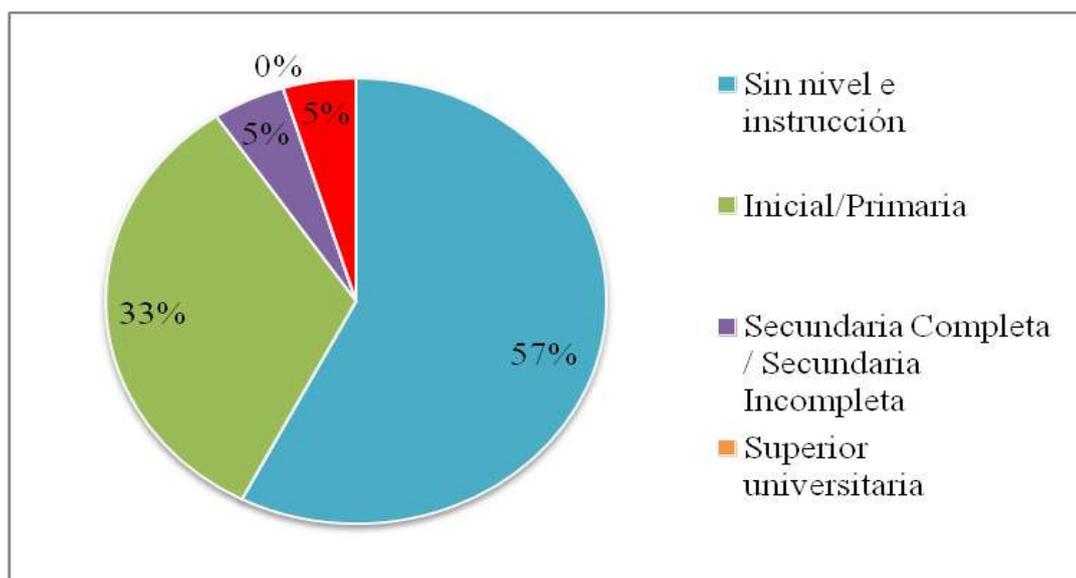
GRÁFICO DE TABLA N° 1
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

GRÁFICO N° 1: SEGÚN SEXO



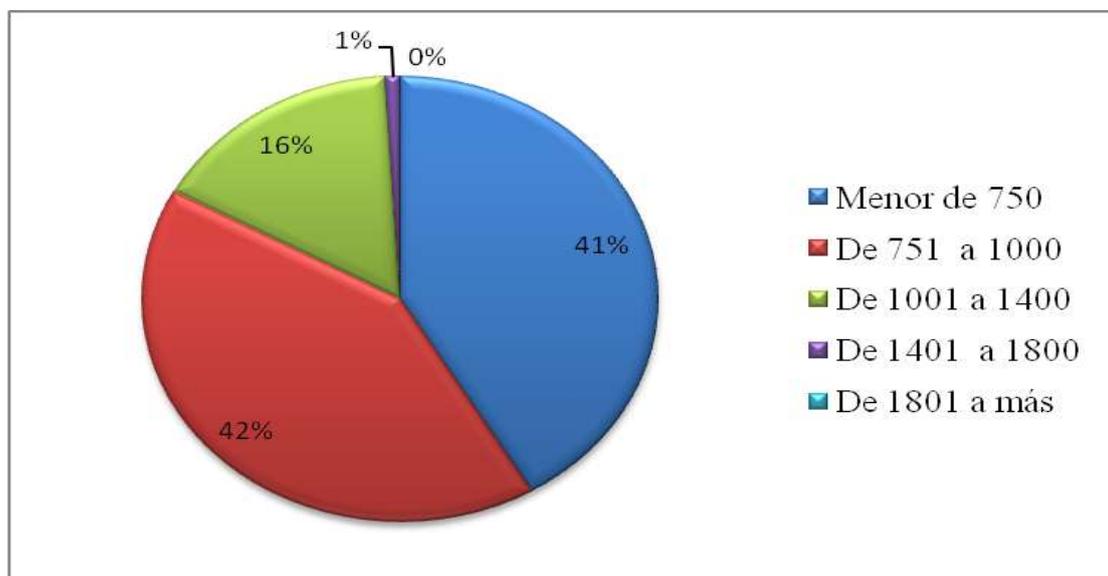
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 2: SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL ADULTO MAYOR



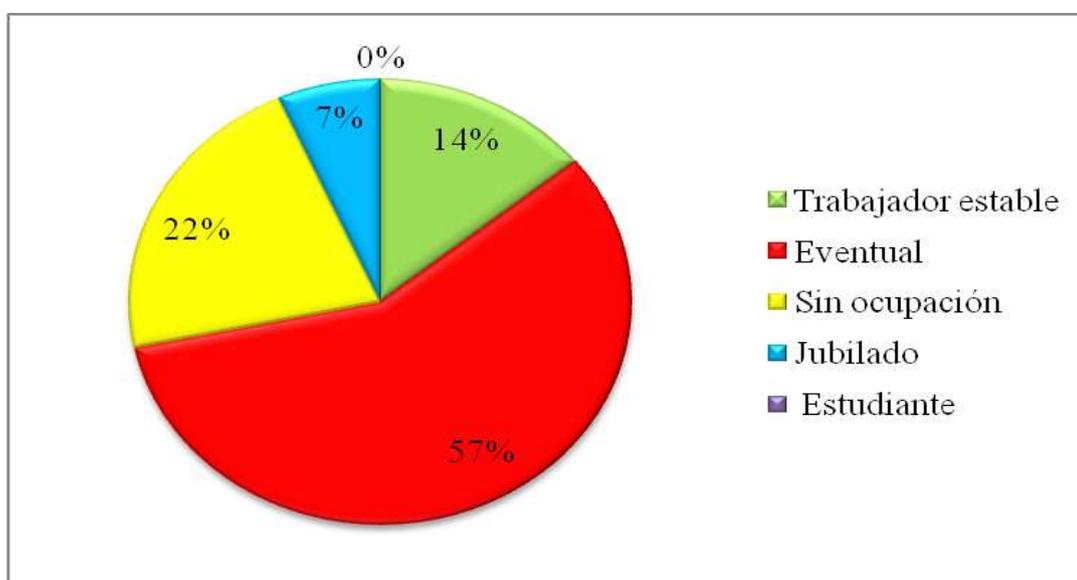
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 3: SEGÚN INGRESO ECONÓMICO



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.

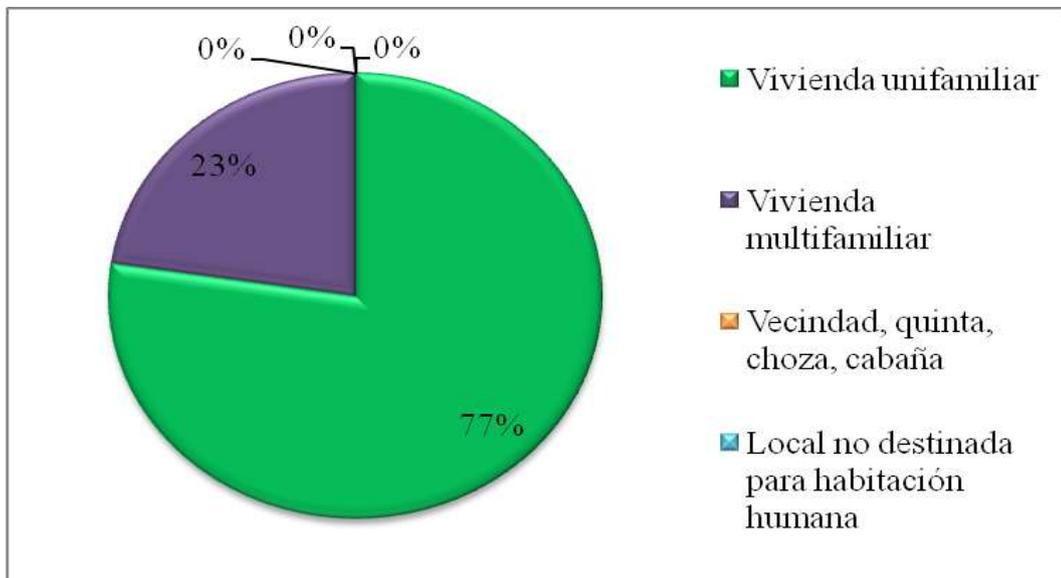
GRÁFICO N° 4: SEGÚN OCUPACIÓN



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.

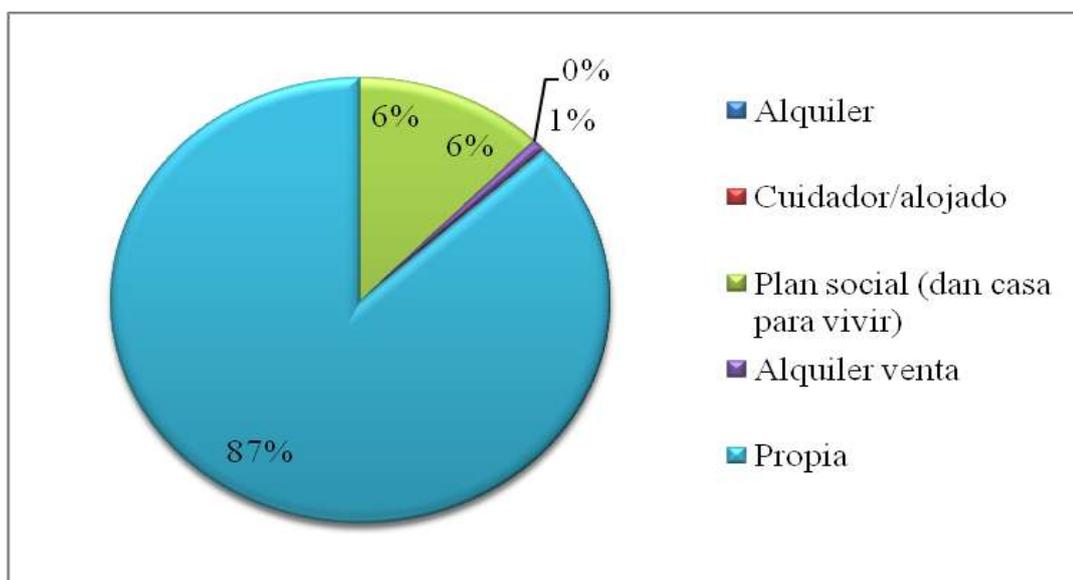
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA
GRÁFICOS DE TABLA N°2

GRÁFICO N° 5: TIPO DE VIVIENDA



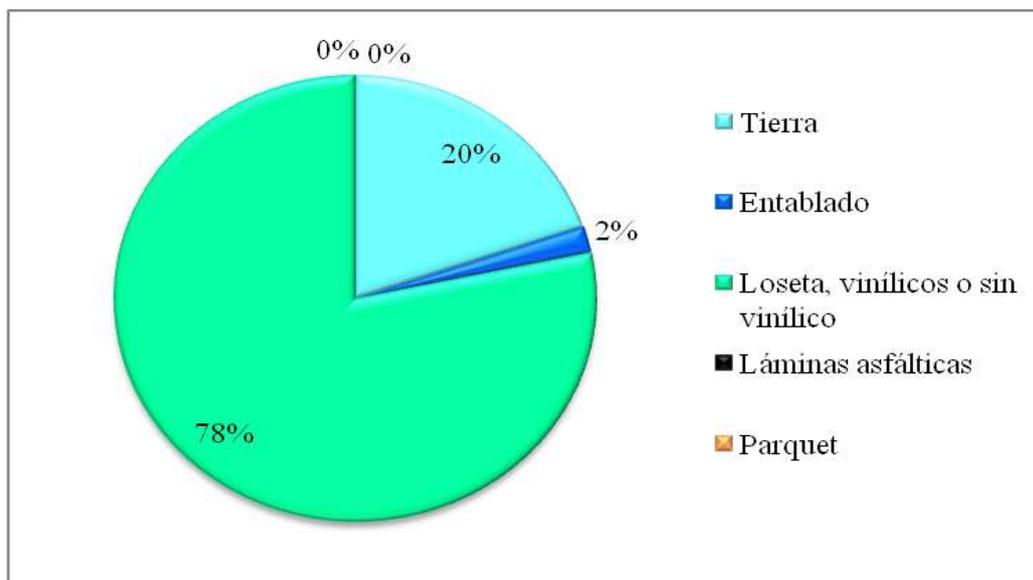
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 6: SEGÚN TENENCIA DE VIVIENDA



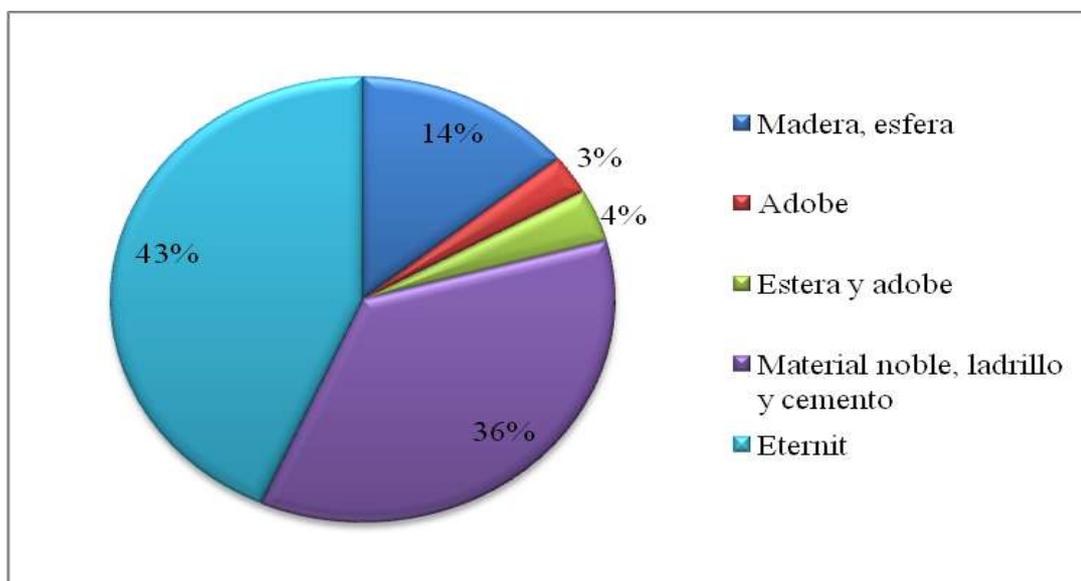
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 7: MATERIAL DE PISO



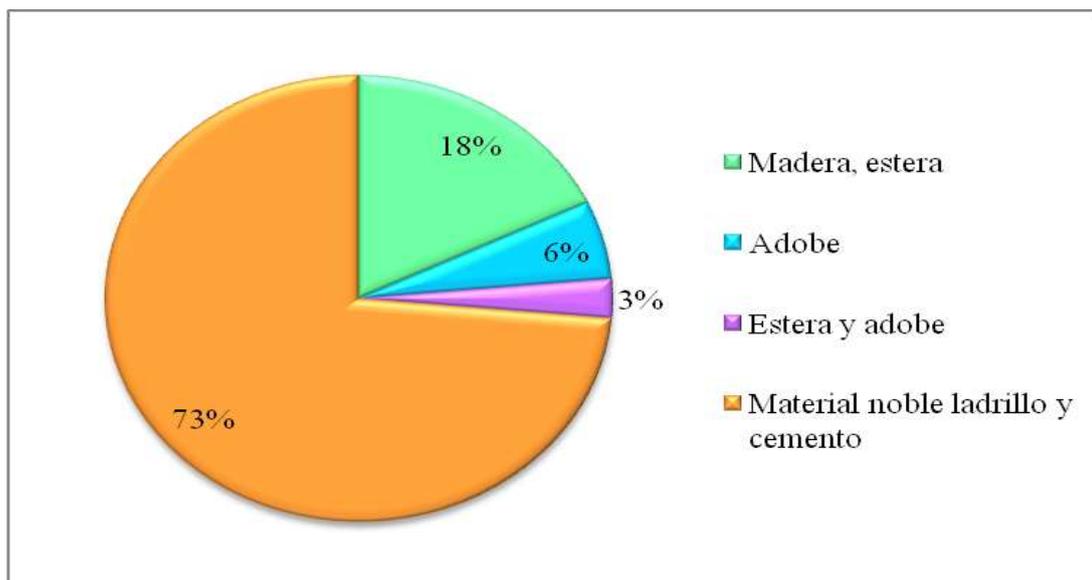
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 8: MATERIAL DE TECHO



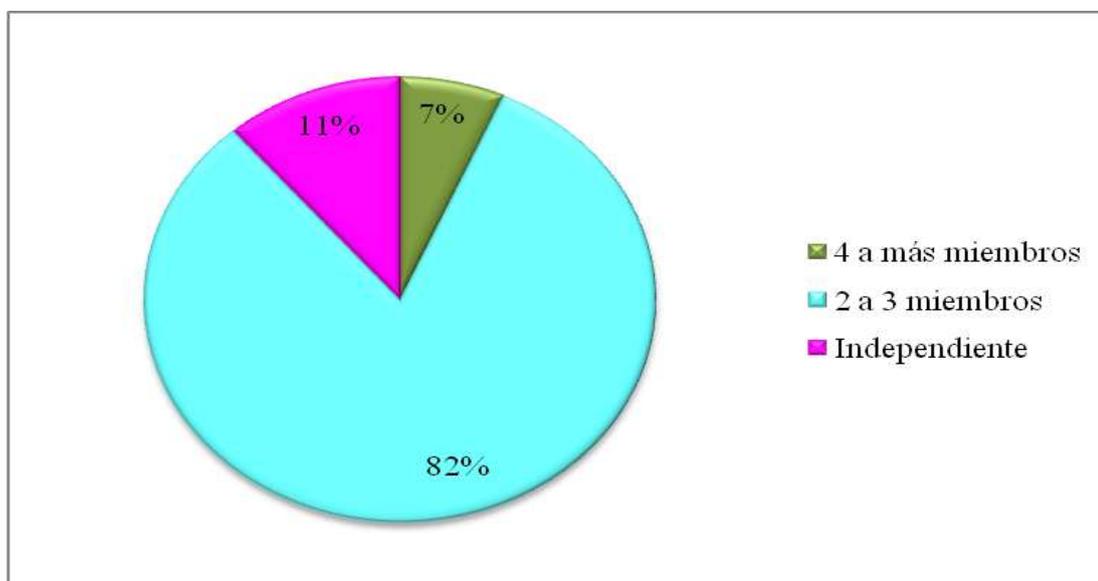
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 9: MATERIAL DE LAS PAREDES



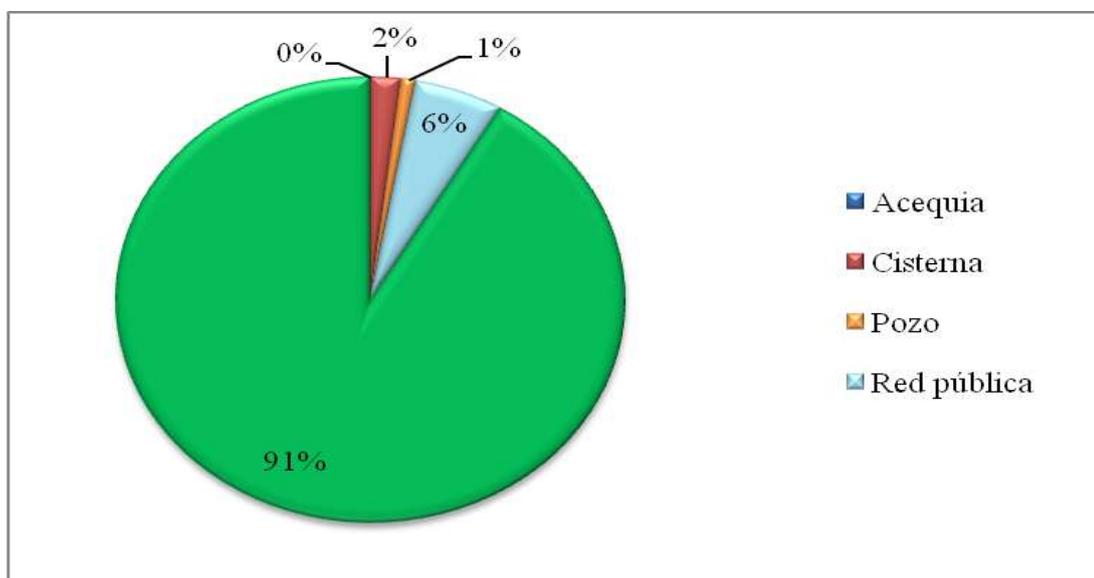
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 10: SEGÚN NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN



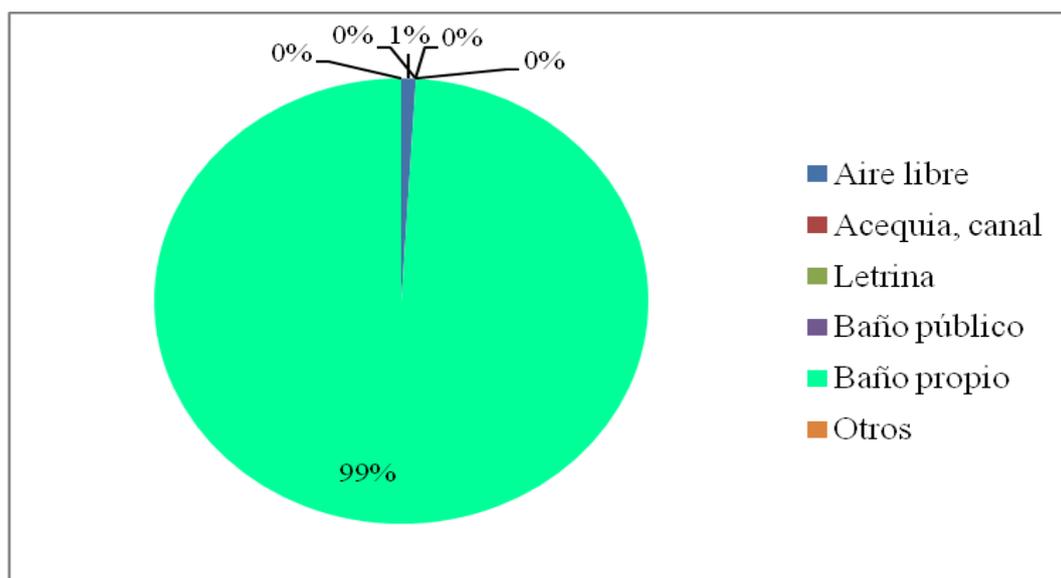
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 11: SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA



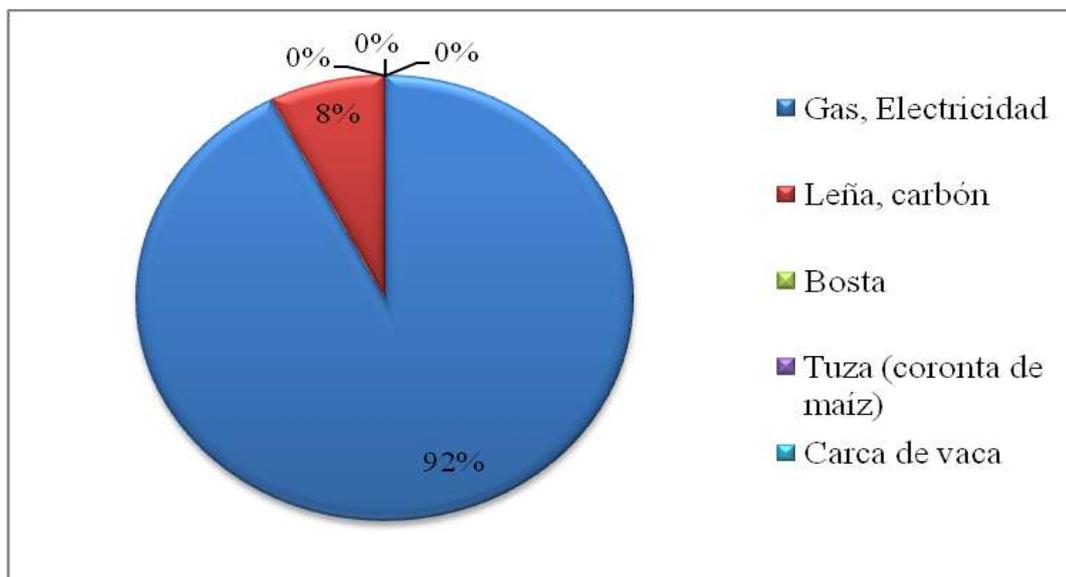
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 12: SEGÚN ELIMINACIÓN DE EXCRETAS



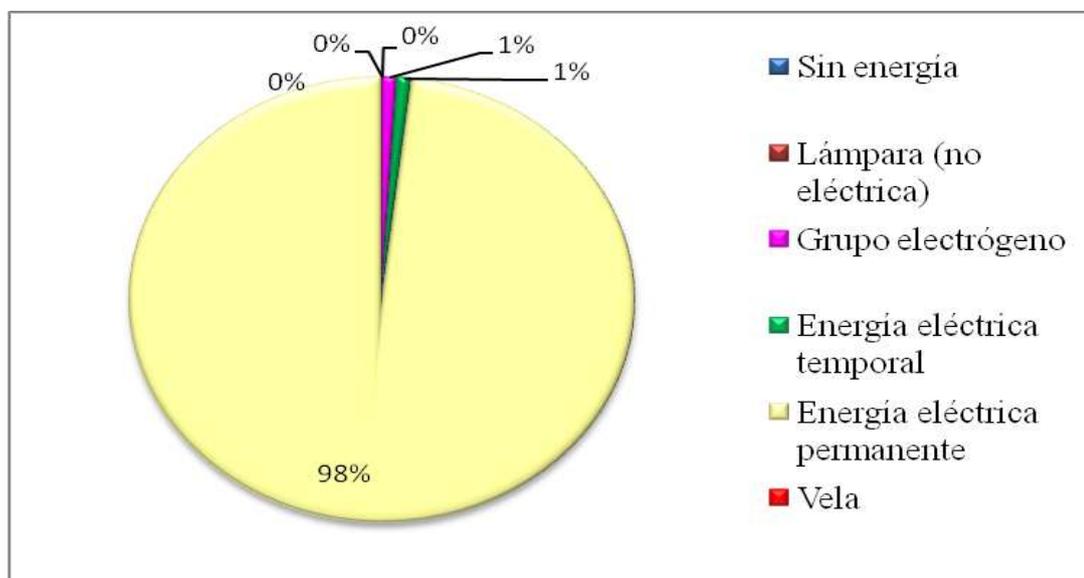
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 13: COMBUSTIBLE PARA COCINAR



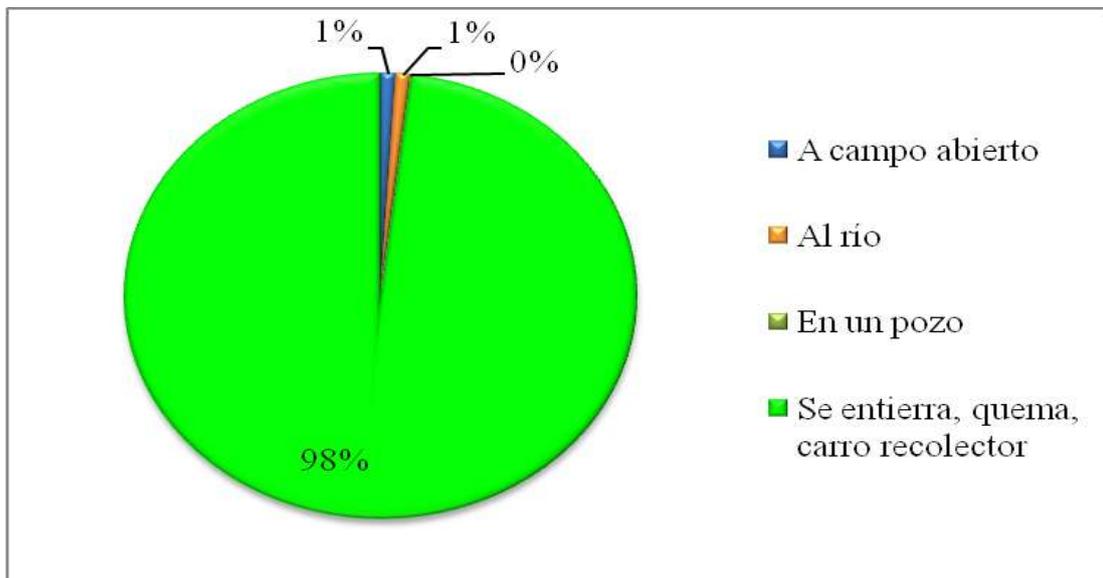
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 14: ENERGÍA ELÉCTRICA



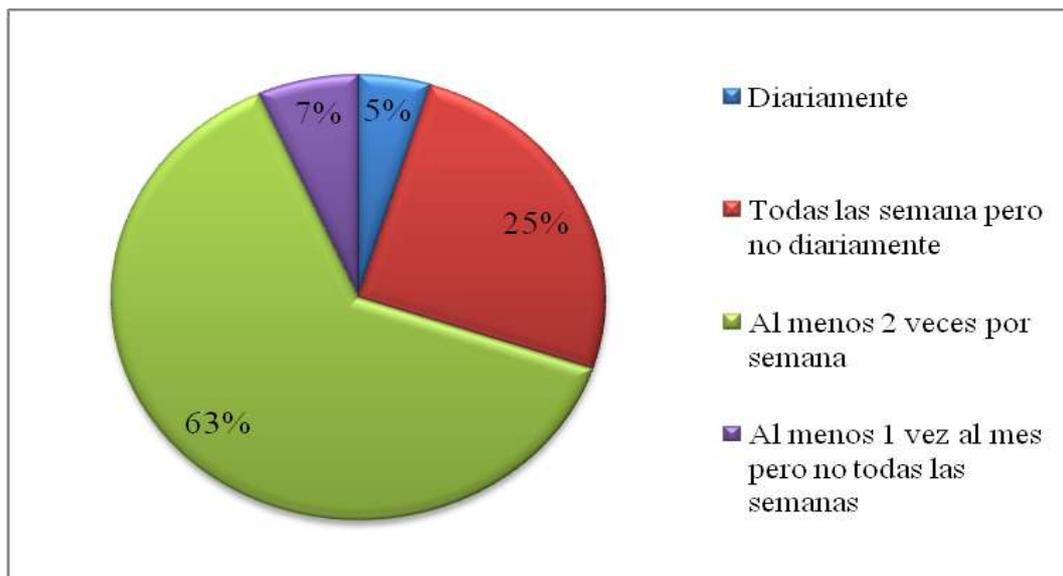
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 15: DISPOSICION DE BASURA



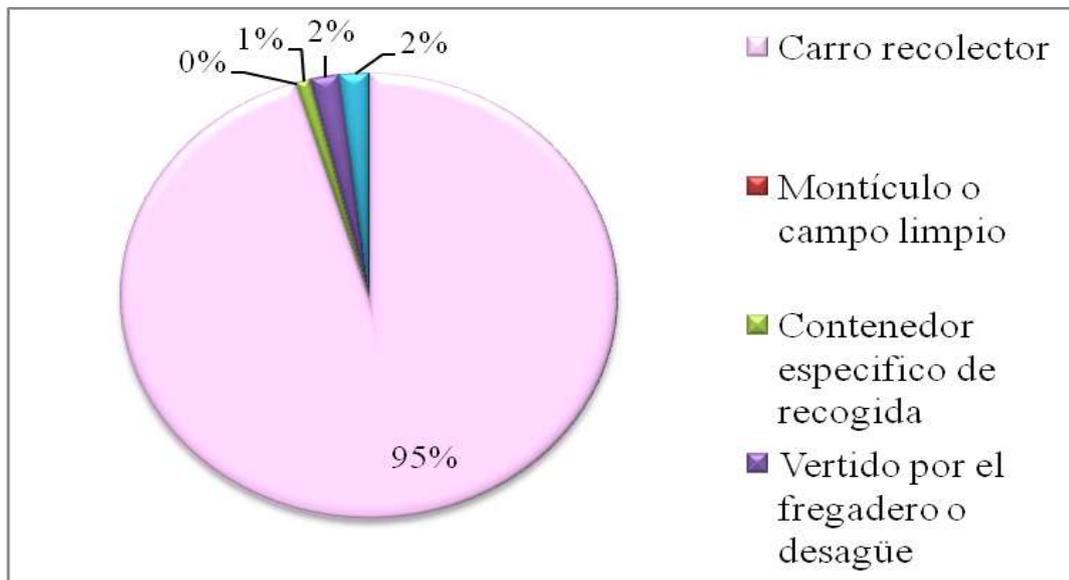
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO 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 del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRAFICO N°: 17 SUELE ELIMINAR SU BASURA

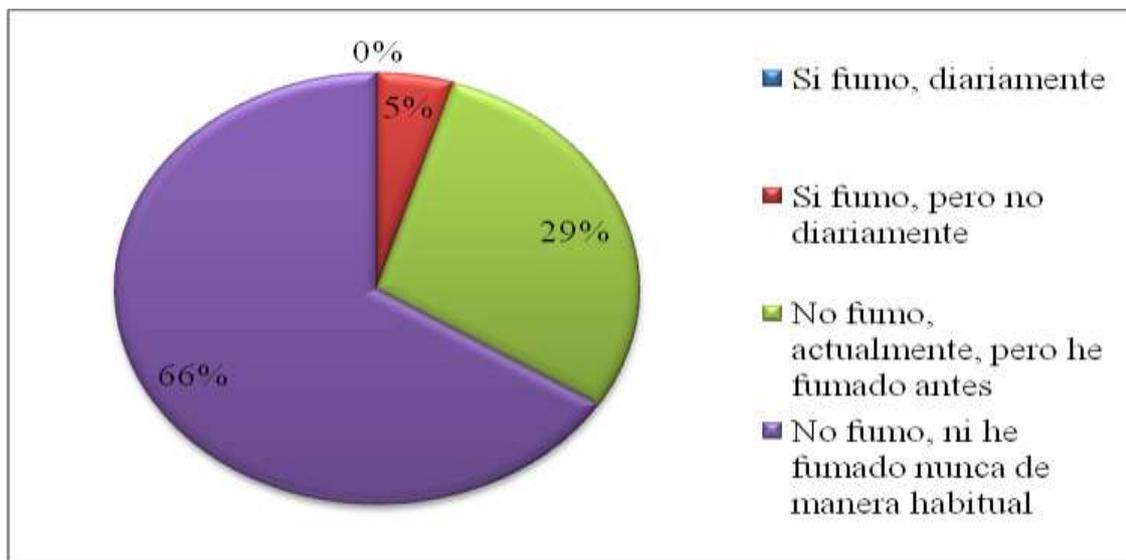


Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICOS DE TABLA N°3

GRÁFICO N° 18: FRECUENCIA CON LA QUE FUMAN

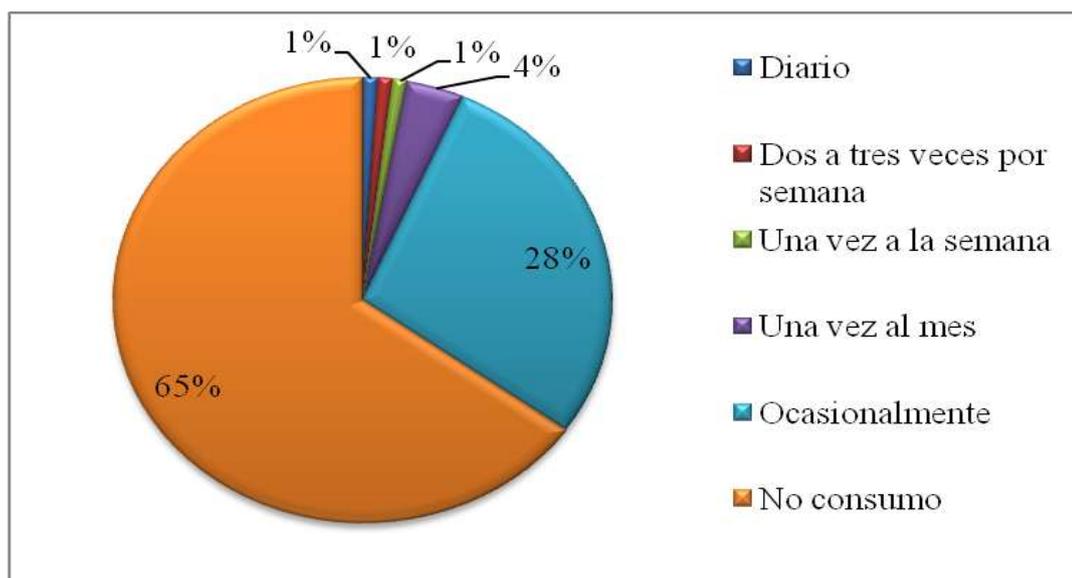
ACTUALMENTE



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.

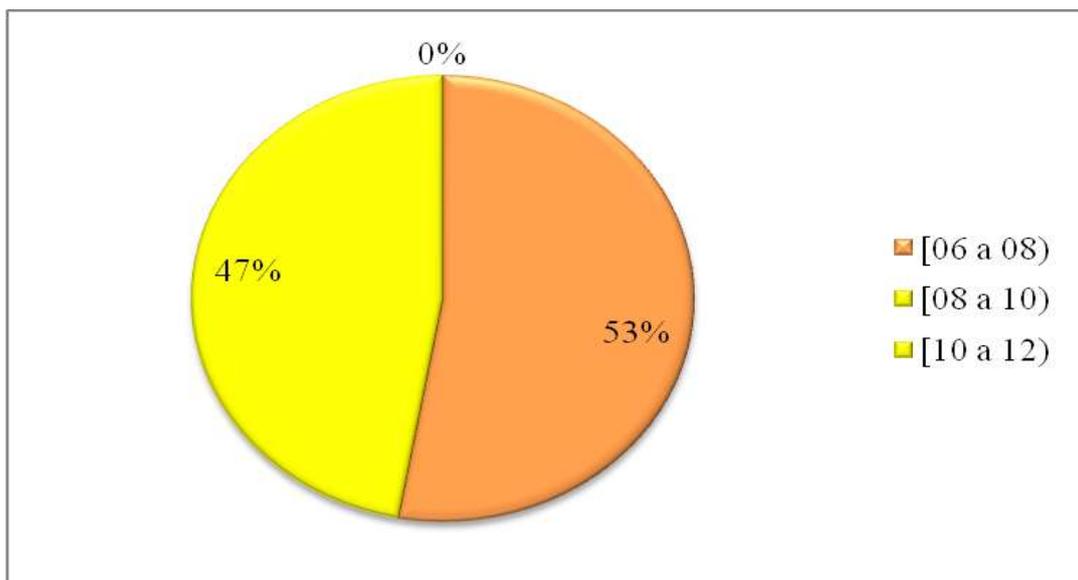
GRÁFICO N° 19: FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS

ALCOHOLICAS



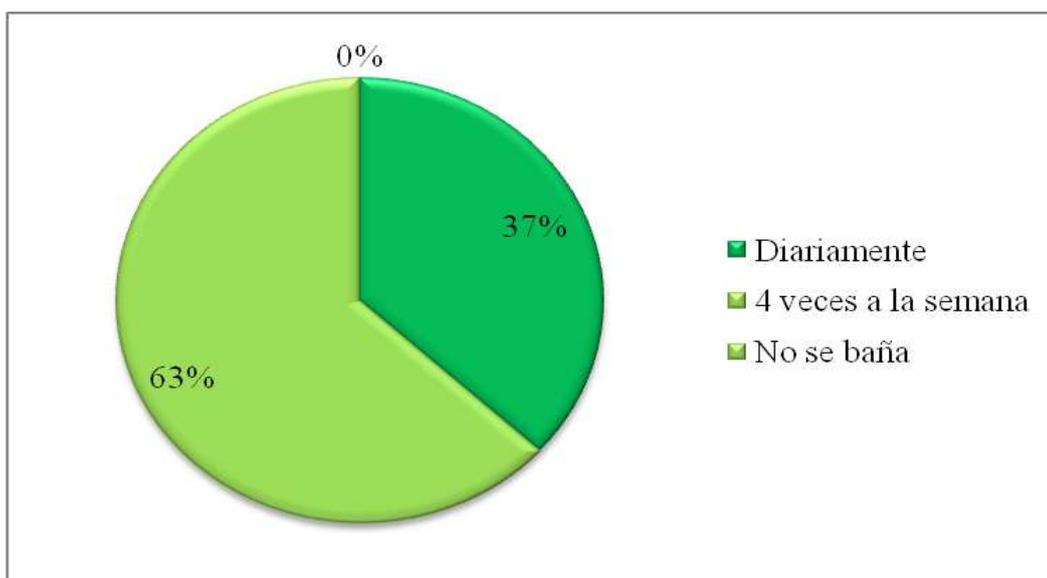
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016

GRÁFICO N° 20: NÚMERO DE HORAS QUE DUERMEN



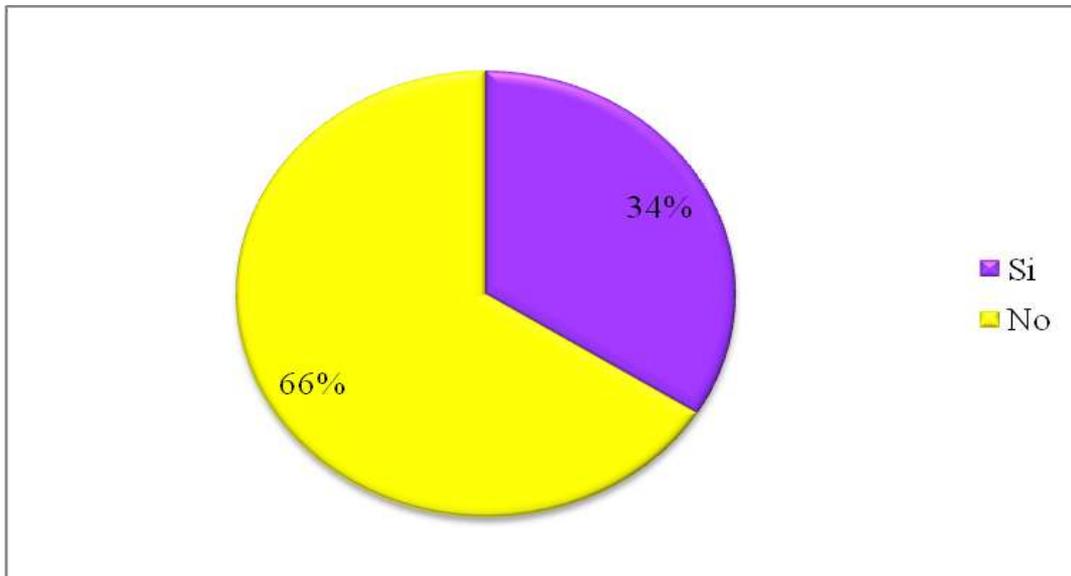
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 21: FRECUENCIA CON QUE SE BAÑAN



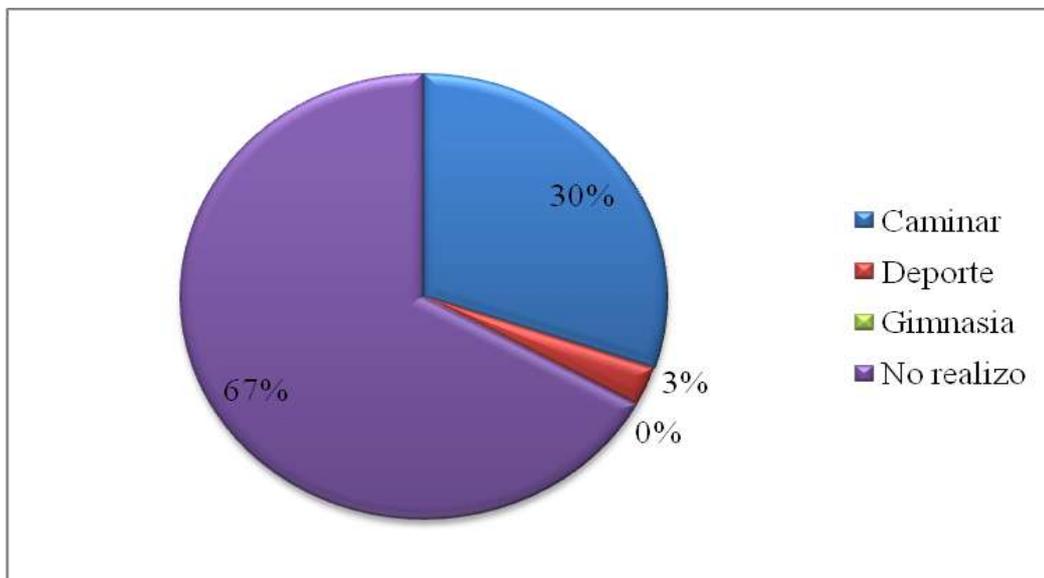
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 22: SE REALIZA ALGUN EXÁMEN MÉDICO PERIÓDICO, EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD



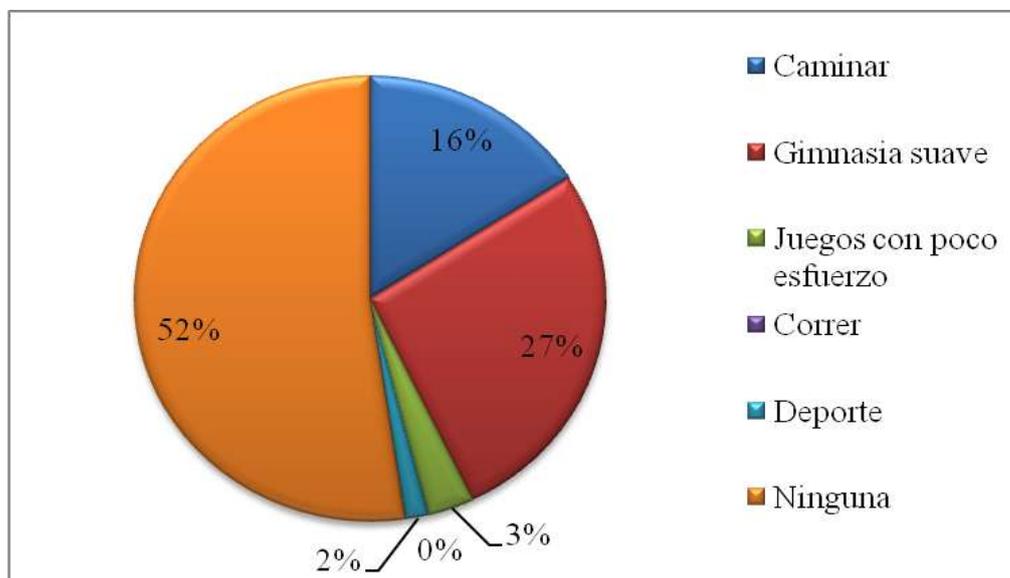
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 23: ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE



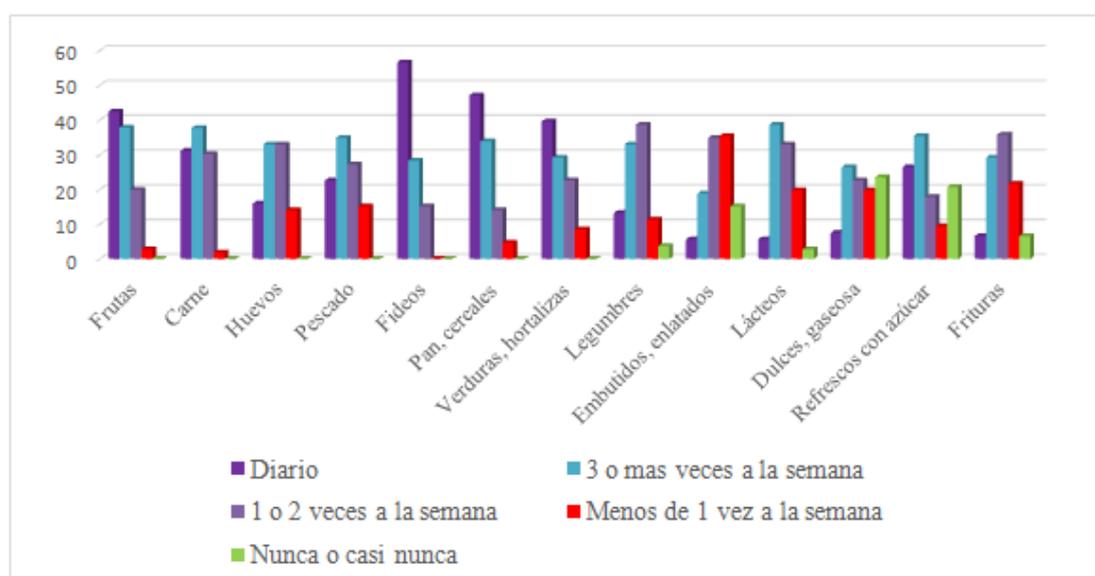
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 24: EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS QUE ACTIVIDAD FISICA REALIZÓ DURANTE MÁS DE 20 MINUTOS



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.

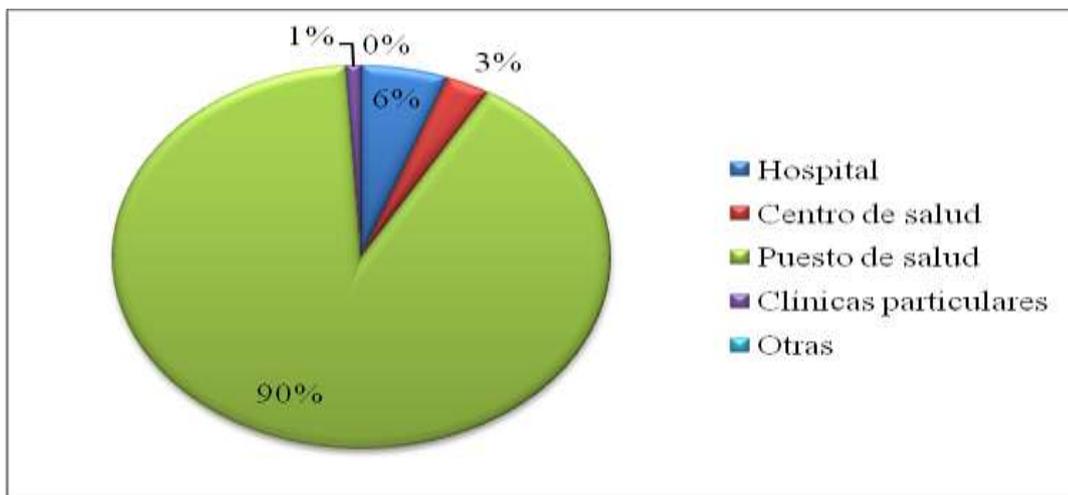
GRÁFICO N° 25: ALIMENTOS QUE CONSUMEN



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.

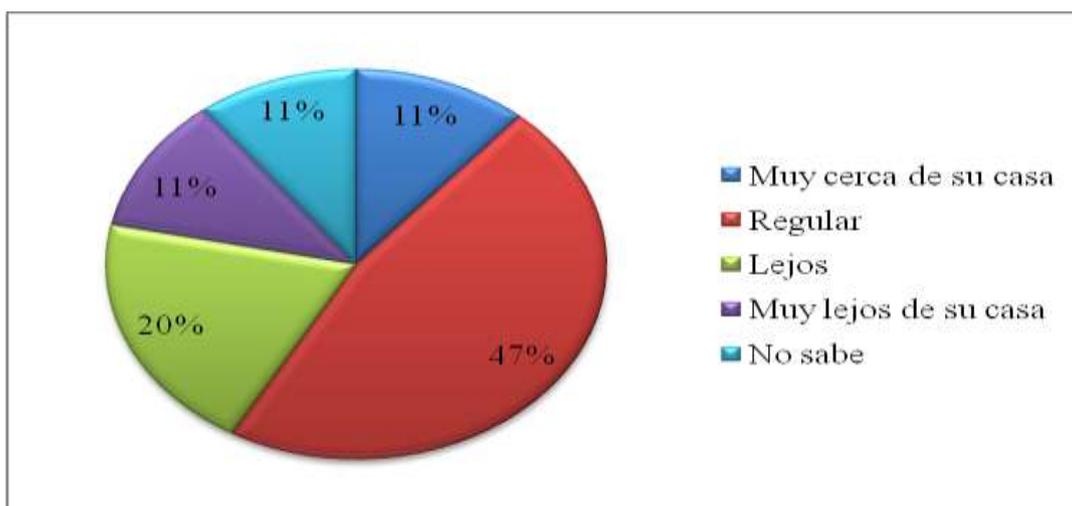
GRÁFICOS DE TABLA 4, 5,6

GRÁFICO N° 26: INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ EN ESTOS 12 ÚLTIMOS MESES



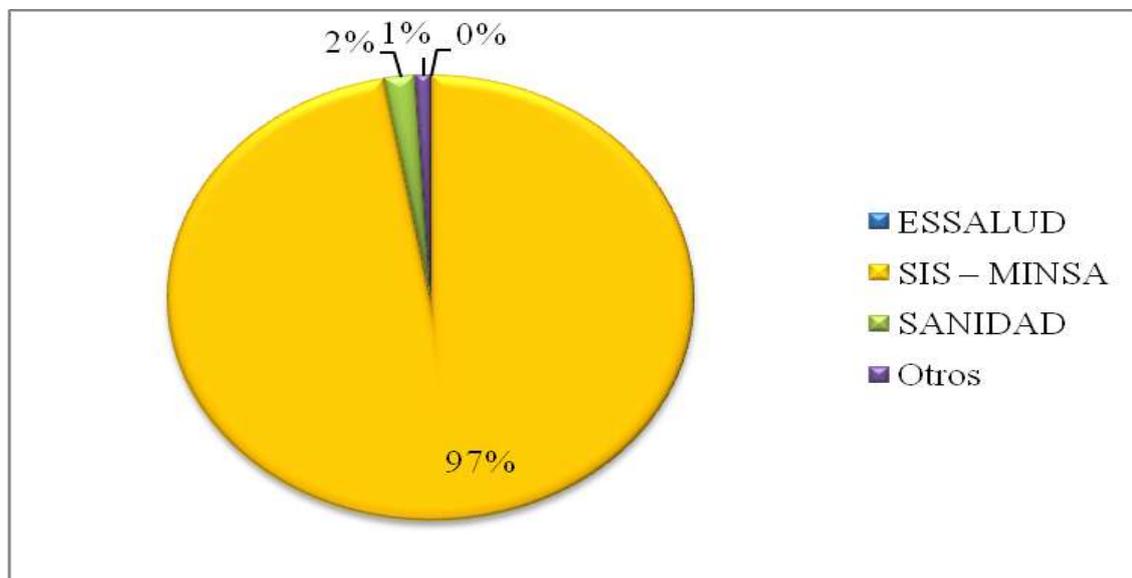
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N°27: CONSIDERA USTED QUE EL LUGAR DONDE LO (LA) ATENDIERON ESTÁ



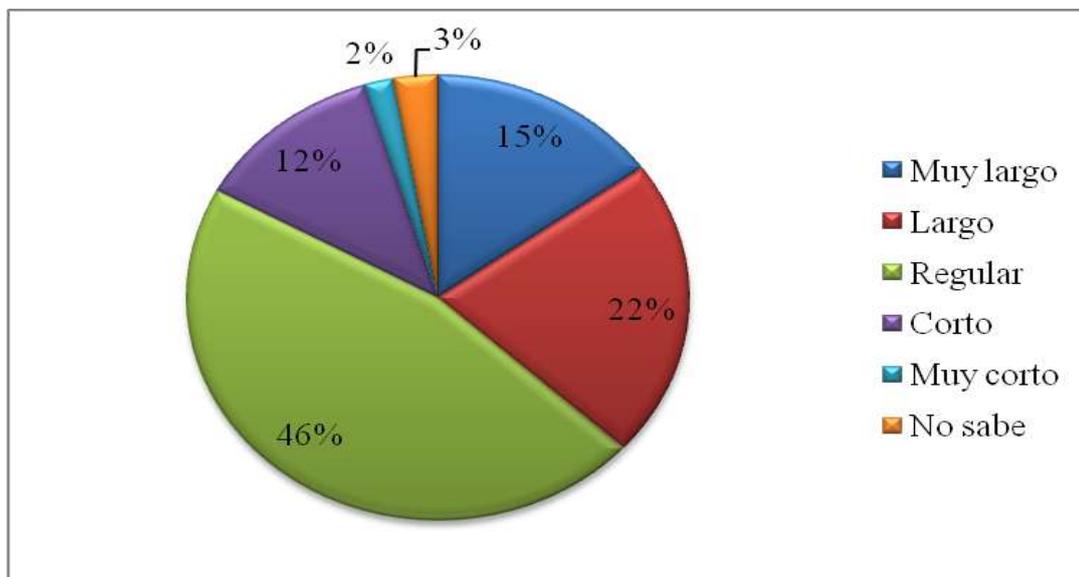
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 28: TIPO DE SEGURA



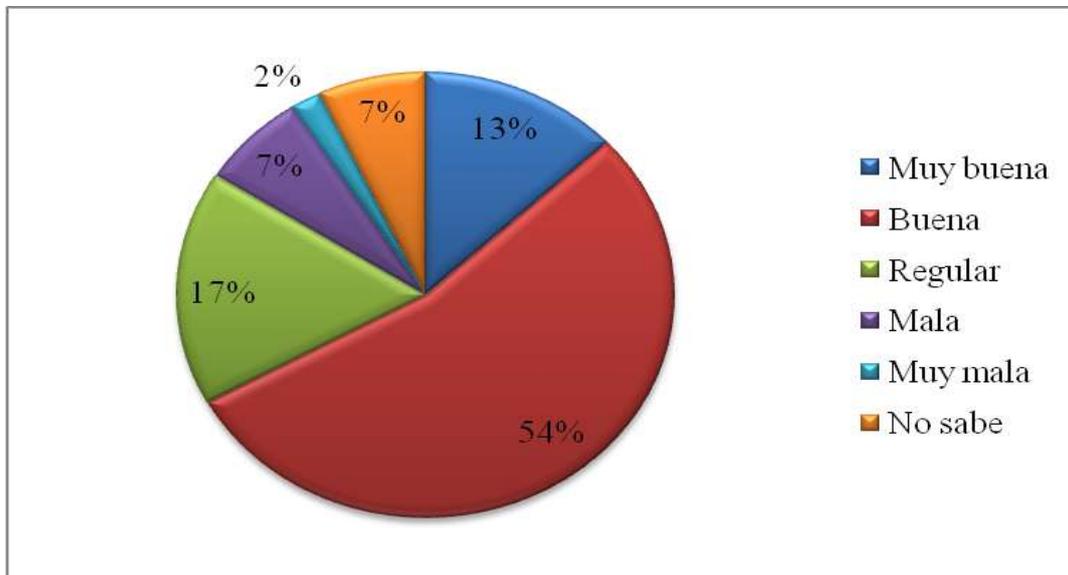
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 29: EL TIEMPO QUE ESPERÓ PARA QUE LO (LA) ATENDIERAN ¿LE PARECIÓ?



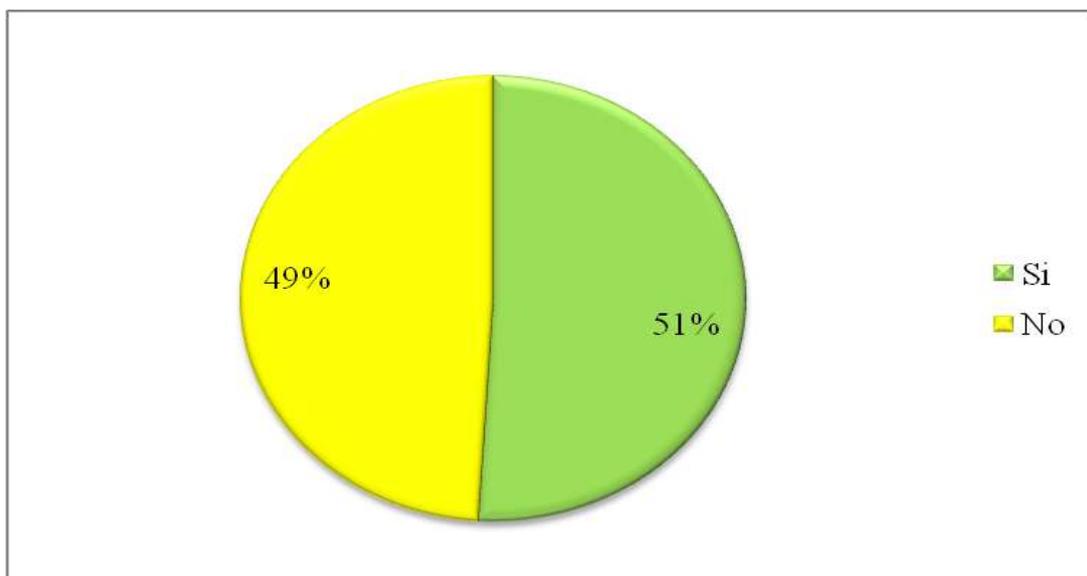
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 30: CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD FUE



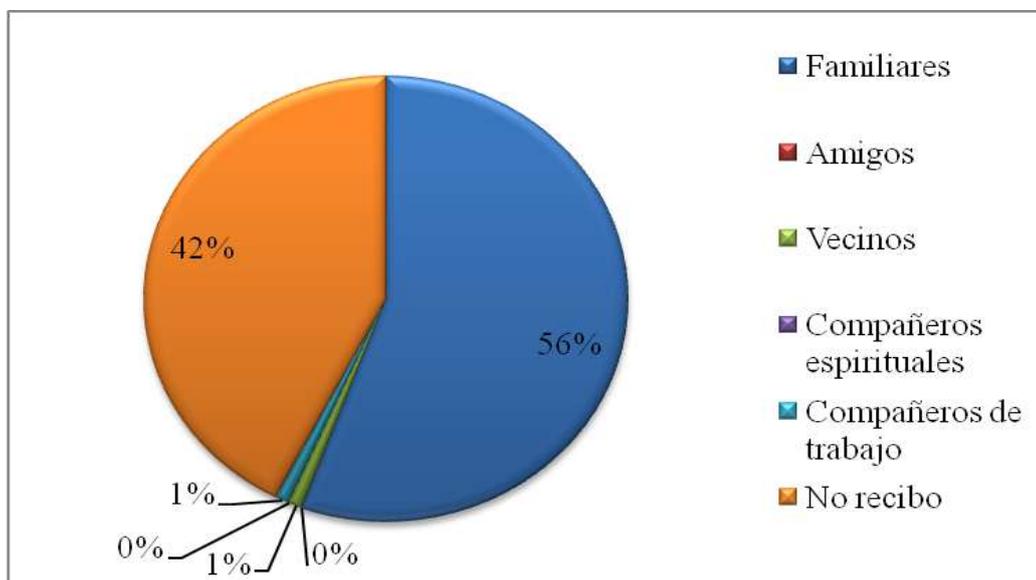
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 31: PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE SU CASA



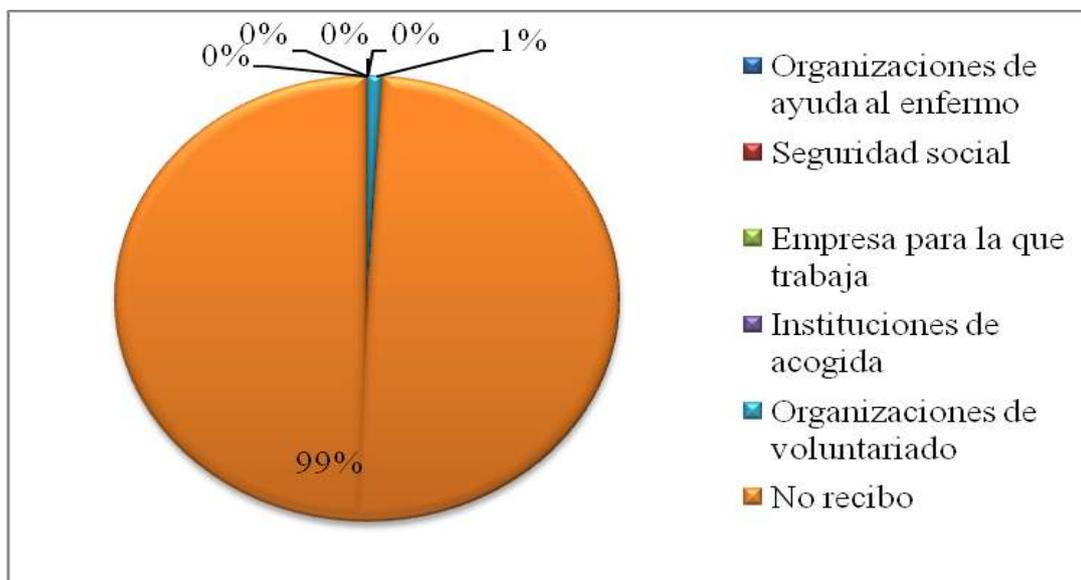
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 32: RECIBE ALGÚN APOYO SOCIAL NATURAL



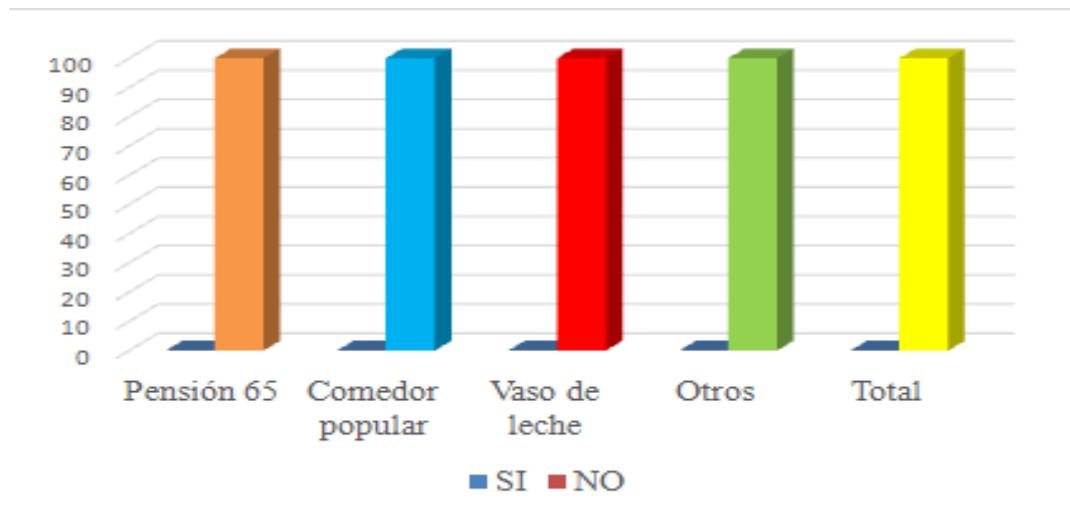
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos mayores elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes del Puesto de Salud Magdalena Nueva – Chimbote, 2016.

GRÁFICO N° 33: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO



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.

GRÁFICO N°34: RECIBE ALGUN APOYO SOCIAL ORGANIZADO



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.