



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS
MAYORES DIABÉTICOS. PUESTO DE
SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE, 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

CAROLINE JOHANA ZA VALETA DE LA CRUZ

ASESORA:

DRA. ENF. MARÍA ADRIANA VÍLCHEZ REYES

CHIMBOTE-PERU

2017

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgr. Julia Cantalicia Avelino Quiroz

PRESIDENTA

Mgr. Leda María Guillen Salazar

SECRETARÍA

Dra. Enf. Sonia Avelina Girón Luciano

MIEMBRO

DEDICATORIA

A Dios, por darme vida todos los días, aquel que es un consejero espiritual y está siempre pendiente de mí fortaleciendo mi corazón e iluminando mi mente para seguir adelante.

A mis Padres:

Porque son mi inspiración para seguir día a día en mi caminar profesional, por su apoyo incondicional en todo momento de mi vida.

A la ULADECH Católica, por brindarnos una excelente educación, y a la plana de docentes, quienes fueron una guía indiscutible en este camino de aprendizaje.

AGRADECIMIENTO

A Dios:

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

A mis docentes de la Escuela de
Enfermería de la Universidad Católica
Los Ángeles de Chimbote. Mi sincero
agradecimiento y respeto, por
compartir sus conocimientos y
experiencias y por brindarme su
amistad y confianza.

A las personas adultos mayores
del Puesto de Salud Miraflores
Alto - Chimbote, por su
comprensión y colaboración
para el desarrollo de la
investigación.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo y descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo: Describir los determinantes de la salud en adultos mayores diabéticos. Puesto de salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014. La muestra estuvo constituida por 120 adultos mayores diabéticos a quienes se le aplicó un instrumento: Cuestionario sobre los determinantes de la salud, utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en el software PASW Statistics versión 18.0. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos, obteniéndose los siguientes resultados: En los determinantes del entorno biosocioeconómico más de la mitad de los adultos mayores diabéticos son de sexo femenino, tienen grado de instrucción, secundaria completa e incompleta, un ingreso económico de S/ 751.00 a S/ 1000.00, menos de la mitad cuya ocupación es estable, tienen vivienda propia, multifamiliar, y están hechas de material noble, cuentan con servicios básicos. En determinantes de los estilos de vida la mayoría no fuma ni ha fumado antes, no consumen alcohol, duermen de 6 a 8 horas, no realizan actividad física, consumen verduras y hortalizas diario, legumbres de 3 o más veces a la semana, pescado de 1 a 2 veces por semana, embutidos 1 vez a la semana, refrescos casi nunca En los determinantes de las redes sociales y comunitarias la mayoría cuentan con SIS-MINSA, se atendieron en un Puesto de Salud, manifestaron que no hay presencia de pandillaje, no reciben apoyo social.

Palabras clave: Adulto, Determinantes, Salud.

ABSTRACT

The present research work of quantitative and descriptive type with a single box design. The purpose of this study was to: Describe the determinants of health in diabetic older adults at the Miraflores Alto_Chimbote health post, 2014. The sample consisted of 120 elderly diabetic patients who were given an instrument: Questionnaire on health determinants, Using the technique of interview and observation. The data were processed in PASW Statistics software version 18.0. For the analysis of the data, absolute and relative frequency distribution tables were constructed. As well as their respective statistical graphs, the following results are obtained: In the determinants of the biosocioeconomic environment, more than half of the elderly diabetics are female, have a complete and incomplete secondary education, an economic income of S / 751.00 a S / 1000.00, whose occupation is stable, have their own housing, multifamily, and are made of noble material, have basic services. In terms of lifestyle determinants, most people do not smoke or smoke before, do not consume alcohol, sleep 6 to 8 hours, do not engage in physical activity, consume vegetables and vegetables daily, vegetables 3 or more times a week, 1 to 2 times a week, sausages 1 time a week, refreshments almost never In the determinants of social and community networks, most of them have SIS-MINSA, attended a health post, stated that there is no presence of gangs, Do not receive social support..

Keywords: Adult, Determinants, Health.

ÍNDICE DE CONTENIDO	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCION	10
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	21
2.2 Bases Teóricas y conceptuales de la investigación.....	25
III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y diseño de la Investigación.....	35
3.2 Población y muestra.....	35
3.3 Definición y Operacionalización de las variables.....	36
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	47
3.5 Plan de análisis.....	49
3.6 Principios éticos.....	50
IV. RESULTADOS	
4.1 Resultados.....	52
4.2 Análisis de resultados.....	63
V. CONCLUSIONES	
5.1 Conclusiones.....	90
5.2 Recomendaciones.....	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXOS	104

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

TABLA 1.....	32
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS MAYORES DIABETICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE, 2014	
TABLA 2.....	33
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES DIABETICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE, 2014.	
TABLA 3.....	35
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DIABETICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE, 2014.	
TABLA 4, 5, 6.....	37
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADULTOS MAYORES DIABETICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE, 2014.	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

GRÁFICO DE TABLA 1.....	62
--------------------------------	-----------

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS MAYORES DIABETICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE, 2014.

GRÁFICO

2.....	63
---------------	-----------

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES DIABETICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE, 2014.

GRÁFICO 3.....	68
-----------------------	-----------

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DIABETICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE, 2014.

GRÁFICO 4, 5, 6.....	71
-----------------------------	-----------

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADULTOS MAYORES DIABETICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE, 2014.

1. INTRODUCCIÓN

En la presente investigación tuvo como propósito identificar determinantes de la salud en adultos mayores diabéticos. Puesto de salud Miraflores Alto_Chimbote, y con ello contribuir brindando apoyo a la población mejorando sus estilos calidad de vida.

La salud en el Siglo XXI es considerada como un bien no sólo a preservar o recuperar, sino también un bien susceptible de ser disfrutado y aumentado. Esta concepción de la salud es dinámica, cambiante de acuerdo con las condiciones de vida y las ideas de cada sociedad y cultura, y supone, más que un estado o situación, una forma de vida, una forma de estar en la vida. (1)

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

Es importante remarcar que la salud es un proceso de continuo cambio y no un estado. La salud no es algo que se alcanza hoy y para siempre sino que está en continuo cambio, pues como decíamos antes está influenciada por determinantes sociales, biológicos, ambientales y culturales, por lo tanto, requiere una constante adaptación y transformación del individuo a su medio. La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y que permita crear

las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad. (2)

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

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. (4)

Los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, la cual depende a su vez de las políticas adoptadas; esta distribución desigual se traduce en grandes diferencias en materia de salud entre países desarrollados y los que están en vías de desarrollo. A la par, al interior de las naciones puede haber marcadas desigualdades entre estados, regiones y localidades con diferentes ingresos

económicos que limitan el desarrollo humano de las personas y por lo tanto sus determinantes sociales de la salud. (5)

Por lo tanto al conceptualizar los determinantes de la salud, se puede decir que son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades. En 1991, se 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”. (5)

La actuación en el ámbito de los determinantes de la salud tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. Esta participación debe alentar y apoyar el desarrollo de acciones y redes para recoger, transmitir e intercambiar información para evaluar y desarrollar las políticas, estrategias y medidas adecuadas, con el objetivo de establecer intervenciones efectivas destinadas a abordar los diferentes factores determinantes de la salud. (5)

En los últimos años, La promoción de la salud se constituye como un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud. Por tanto, las estrategias de promoción de la salud o salud poblacional, están diseñadas para llegar a toda la

población y para influir sobre un rango amplio de los determinantes de la salud (6).

La salud tiene que ver con el ser humano en su totalidad, es decir, con el ser humano entendido y contemplado en todas sus perspectivas y categorizaciones tanto plano corporal, psíquico, social. En este sentido se puede decir que la salud es uno de los anhelos más esenciales del ser humano, y constituye la cualidad previa para poder satisfacer cualquier otra necesidad o aspiración de bienestar y felicidad, aunque la salud no puede ser identificada taxativamente como felicidad o bienestar sin más. Asimismo, la salud es el medio que permite a los seres humanos y a los grupos sociales desarrollar al máximo sus potencialidades, esto es, sería como la condición de posibilidad que permite la realización del potencial humano de cualquier persona. (7)

Equidad en salud denota la no existencia de diferencias en donde las necesidades son iguales o que existan servicios de salud mejorados donde estén presentes mayores necesidades, en relación con el sistema de salud se puede referir indistintamente a diferencias en el estado, utilización o acceso a la salud entre los diferentes grupos socioeconómicos, demográficos, étnicos, y/o de género. (8)

Inequidad se refiere a las diferencias que son innecesarias y evitables, pero, que además, también se consideran injustas. Por lo tanto, con el fin de describir una determinada situación como injusta, la causa tiene que ser examinada y juzgada como injusta en el contexto de lo que está pasando en el resto de la sociedad. (8)

En definitiva, los determinantes de la salud surgió a partir de la segunda mitad del siglo XX teniendo como máximo exponente el modelo de Lalonde, a partir del cual se fue desarrollando e incluyendo conjuntos de factores o categorías que han hicieron 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 fue paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud. (9)

Los determinantes de la salud de la OMS (2008) lo describe el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. (10)

El enfoque de los determinantes sociales de la salud, en este sentido, los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto, constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país, y que son posibles de intervenir a través de políticas sociales y de salud. Por esta razón, el fortalecimiento de la equidad en materia de salud, significa ir más allá de la

concentración contemporánea sobre las causas inmediatas de las enfermedades y analizar las “causas de las causas” (11).

En nuestro país existieron situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres, no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad, en cambio, lleva implícita la idea de desigualdad injusta, o sea, de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles. Se puede definir como, la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente (11).

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

La Diabetes Mellitus es hoy día un problema creciente de salud tanto para el mundo desarrollado como subdesarrollado. Según la publicación “Situación de las enfermedades no transmisibles en el Perú”, realizada por la Organización Panamericana de la Salud y la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, la prevalencia de diabetes en el Perú varía desde 0.5 a 7.6% de la población general, encontrándose a Piura y Lima como los más afectados.

Una mejoría en el cuidado de la diabetes aumentaría la esperanza de vida de estas personas, pero esto a su vez llevaría una mayor incidencia de complicaciones micro-vasculares (nefropatía y retinopatía) y macro-vasculares (enfermedades coronarias, cerebro-vasculares y vasculares periféricas) ya que la edad y la duración de la Diabetes son los principales factores de riesgo no controlables, por lo que será necesario aplicar los conocimientos existentes o desarrollar tecnologías capaces de prevenir la aparición de la enfermedad y de sus complicaciones. (12)

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 hicieron de vital importancia la participación de otros sectores. (13)

A esta realidad problemática no escaparon los adultos mayores diabéticos que acudían al Puesto de Salud y que pertenece a la jurisdicción de la Red Pacífico Norte. Se encuentra en el distrito de Chimbote, Provincia del Santa, departamento de Ancash, en la costa norte del país. Este sector limita por el norte con el PP.JJ Miramar Alto, por el sur con el PP.JJ San Juan, por el este con el AA.HH Ramal Playa y por el oeste con el AA.HH La Libertad y la Florida. (14)

El A.H Miraflores Alto cuenta con una población total de 36,090 habitantes, de los cuales 5941 son niños, 6504 adolescentes, 19838 adultos, 3817 adulto

mayor, donde durante a inicios del año 2013 hasta el mes de abril del 2014 están trabajando con una población de 120 adultos mayores diabéticos que acuden al Puesto de Salud Miraflores Alto, 11344 son MEF y 772 son gestantes, que viven en un área Urbano Marginal, según la Oficina General de Estadística e Informática. Sus pobladores están en estado civil casados, convivientes, separados y divorciados, cuentan con un grado de instrucción en inicial, primaria y secundaria, la procedencia de los moradores es de Chimbote. Los servicios que brinda el P.S Miraflores Alto son los siguientes: Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, Curaciones, Estimulación Temprana, Consultorio de TBC, Planificación Familiar, Admisión y Triage. (14)

Así mismo el P.S. Miraflores alto cuenta con un personal conformado por: 6 médicos, 5 obstetras, 2 odontólogos, 2 psicólogos, 6 enfermeras y 6 técnicos enfermería. El Puesto de Salud Miraflores Alto contó con el apoyo económico del Ministerio de Salud (MINSA), con el equipamiento y los recursos para la atención y el bienestar de los usuarios. Esta situación dependió de los ingresos que se tiene por los servicios y la manera que se gastan los recursos para la contribución de la mejora para los recursos. (14)

La población del P.S. Miraflores cuenta con bajos recursos económicos ya que el salario equivale a 973,20 soles mensuales es por ello que ambos padres deben trabajar para solventar los gastos en casa, muchos de ellos cuentan con el dinero suficiente para satisfacer sus necesidades. El Puesto de Salud “Miraflores Alto”, tuvo afiliados al SIS 6496 personas, no afiliados al SIS 15158 y asignada a otros prestadores 14436 personas. El Puesto de Salud

Miraflores Alto realiza actividades preventivas promocionales hacia esta población. (14)

En cuanto a la morbilidad de los adultos mayores, se observó que las 10 primeras causas son: Enfermedades Respiratorias Agudas, enfermedades infecciones intestinales, enfermedades sistema urinario, enfermedades del esófago y estómago, enfermedades crónicas (Diabetes), traumatismos no específicos, enfermedades cavidad bucal, signos y síntomas generales. (14)

Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación es el siguiente:

¿Cuáles son los determinantes de la salud en adultos mayores diabéticos. Puesto de salud Miraflores Alto _Chimbote, 2014?

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

Describir los determinantes de la salud en adultos mayores diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014.

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

Identificar los determinantes del entorno socioeconómico en Adultos mayores diabéticos. Puesto de salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014. (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 en Adultos mayores diabéticos. Puesto de salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014.: Alimentos que

consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: en adultos mayores diabéticos. Puesto de salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014. Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

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

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

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

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

1. REVISIÓN DE LITERATURA:

2.1. Antecedentes de la investigación:

1.1.1 Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

Herrera A, (15). En su investigación en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y su capacidad de Agencia de Autocuidado, Cartagena, inscritos en los programas de control de diabetes en 19 UPAS de Cartagena. Metodología: diseño descriptivo con abordaje cuantitativo, en una muestra de 225 adultos de ambos sexos, seleccionados en forma aleatoria. Para presentar los datos se utilizó la estadística descriptiva, los resultados se presentan en tablas y gráficas. Resultados: Predominó el sexo femenino 68,4 %. Al valorar la capacidad de agencia de autocuidado, el 73,8 % de los pacientes obtuvo una calificación de muy buena. Conclusiones: El apoyo social recibido por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y las prácticas de higiene personal y del entorno, el conocimiento y la adherencia a la dieta, permiten a los pacientes una buena capacidad de agencia de autocuidado.

Méndez C, (16). En su trabajo de investigación acerca de Prácticas de Autocuidado y su Relación con el Nivel de Información sobre Diabetes Mellitus y el Apoyo Familiar percibido por Adultos Diabéticos. Hospital Belén de Trujillo (2012), encontraron que un porcentaje de (54.9 %) de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentó un nivel de autocuidado bueno, un porcentaje (38.5%) presentó un nivel de autocuidado regular y porcentaje de (6.6%) nivel de autocuidado malo.

Hoyos T, (17). El estudio comprendió los factores para no adherencia al tratamiento de personas con diabetes mellitus tipo 2, desde la visión del cuidador familiar (2011). Fue un estudio etnográfico enfocado. En 2008 se realizaron 18 entrevistas a cuidadores de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, pertenecientes a programas de control de diabetes de instituciones de salud de Medellín (Colombia), y también se efectuaron seis observaciones de momentos significativos del cuidado. La adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 está mediada por múltiples factores que la dificultan como: concepciones culturales de la enfermedad, desencuentro entre los discursos del equipo profesional de salud y el saber popular, cansancio de tomar tantos medicamentos, miedo a la múltiples punciones por la aplicación de la insulina, insatisfacción con la calidad brindada de los servicios de salud y el costo económico de la enfermedad a largo plazo.

A nivel Nacional:

Corbacho A, (18). En su estudio “Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus”, cuyo objetivo fue 24 determinar el conocimiento y la práctica de estilos saludables en pacientes con diabetes mellitus del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. La población total fue de 540 pacientes con diabetes, que acudieron al programa de control de diabetes del servicio de endocrinología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Los resultados obtenidos por los autores encontraron un promedio de edad de 46 años, donde el 56.2% (303) son hombres, estos resultados son significativos ($p=0.042$). Respecto al nivel de escolaridad gran parte de la población 35.1% (190) realizó estudios secundarios. Siendo este resultado significativo

($p=0.012$). El 52.8%(285) presentan sobrepeso; siendo estos resultados significativos ($p=0.002$). Los pacientes con conocimiento malo, que presentaron estilos de vida negativos, 54,4%; (293) y el 45.6%; (247), pacientes con un nivel de conocimiento bueno.

Pilco V, (19). En su estudio “Factores socio demográficos relacionados al autocuidado del adulto mayor con diabetes en centros de atención primaria Essalud, Iquitos – 2011”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre las variables en estudio. Estudio descriptivo, correlacional, transversal; la muestra estuvo constituida por 149 (100%) adultos mayores con diabetes, aplicaron un cuestionario de factores sociodemográficos y la escala de valoración del autocuidado físico del adulto mayor con diabetes. Como resultado obtuvieron que de 149 adultos mayores con diabetes, 140 (94,0%); fue entre 60 a 74 años de edad, estos resultados fueron significativos $p=0,023$ entre mujeres y hombres y una desviación estándar (DS) 6,7; el sexo que más predominó fue el femenino con el 61,7%; el 39,6% de adultos mayores con diabetes tuvieron grado de instrucción secundario este resultado significativo ($p=0.043$); en cuanto al estado civil el 61,1% son casados y el 67,8% tiene negocio propio.

A nivel local:

Oyola K, (20). En su investigación titulada sobre los Estilos de vida y Nivel de Autocuidado en el Adulto Maduro del A.H. 1 de febrero – Nuevo .Chimbote, 2012. Los datos fueron procesados en el software especializado de estadística, SPSS Versión 18.00 y presentados en tablas simples y de doble entrada. Resultados: Se observa la variable estilo de vida, en la que se muestra que del 100% de personas adultas maduras que participaron en el Estudio, el 97,1%

tienen un estilo de vida no saludable y un 2,9% tienen un estilo de vida saludable. En cuanto al autocuidado prevaleciendo el nivel de autocuidado medio con un 94,2%, seguido por el 2,9% con nivel de autocuidado alto y en un mismo porcentaje 2,9% con un nivel bajo. Conclusión: Casi todos los adultos maduros tienen un estilo de vida no saludable y presentan un nivel de autocuidado medio. Existe relación significativa entre el estilo de vida y el nivel de autocuidado.

Goicochea R, (21). En su investigación titulada: El Apoyo social y Autocuidado en el paciente adulto mayor Diabético – 2011. Realizado en el Hospital III ESSALUD Chimbote. Se estableció la relación entre el grado de apoyo social y el nivel de autocuidado en personas adultas mayores diabéticas, la recolección de datos se utilizaron 2 instrumentos: Test de apoyo social y el Test de autocuidado. Los resultados fue un mayor porcentaje de buen nivel de autocuidado con un 48,33%, un regular nivel de autocuidado con un 41,67% y un 10% presentan nivel de autocuidado deficiente. En cuanto al apoyo social se observa que el 66,67% tienen un nivel de apoyo social bueno, el 25,0% un nivel de apoyo social regular y en menor porcentaje 8,33% con un apoyo social deficiente. Se llegó a la conclusión que: El autocuidado depende del apoyo social que el adulto mayor diabético reciba, ya sea por parte de la familia, amigos o la sociedad en sí, ya que mediante el apoyo social el adulto mayor si tiene alguna enfermedad podrá conllevar mejor el tratamiento y mejorar su calidad de vida.

2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación

La presente investigación se fundamentó en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentaron a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactaron sobre la salud, y así identificaron los puntos de entrada de las intervenciones. (22)

En 1974, Mack Lalonde proponía un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoció el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (23).



Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedaron diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explico cómo las inequidades en salud

son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano. (23)

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

Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra

en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida. (23)

De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocuparon las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores. (23)



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

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros fueron los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pudieron promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pudieron no brindar apoyo o tener efecto negativo

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

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

a) Determinantes estructurales

Según el modelo, los determinantes estructurales estuvieron conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, se entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubicaron también las relaciones de género y de etnia. Estos determinantes sociales a su vez estuvieron influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios. (24)

b) Determinantes intermediarios

Incluyeron un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud fue a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser

distintos según la posición socioeconómica, generaron un impacto en la equidad en salud y en el bienestar. (24)

c) Determinantes proximales

Es la conducta personal y las formas de vida que pudieron promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud fue una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones. (24)

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no fue reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debió estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud. (24)

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentaron una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integraron todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales

de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, fueron los siguientes.

(24)

Mi salud: es la correcta aptitud para dar armónicas respuestas a los estímulos del ambiente y del propio cuerpo, que asegura una vida activa y creadora y una descendencia apta. (25)

Comunidad: Es un sistema o grupo social de raíz local, diferenciable en el seno de la sociedad de que es parte en base a características e intereses compartidos por sus miembros y subsistemas que incluyen: localidad geográfica, interdependencia e interacción psicosocial estable y sentido de pertenencia a la comunidad e identificación con sus símbolos e instituciones.

(26)

Servicios de salud: Es la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que los clientes reciben un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud. (27)

Educación: Es una parte de la estrategia de promoción de salud basada en el fomento de estilos de vida saludables, que se representan en la conducta de los individuos en la utilización de conceptos y procedimientos saludables y hábitos, valores y normas de vida que generen actitudes favorables para la salud. (28)

Trabajo: Es uno de esos modos de actividad que se caracteriza por ser un esfuerzo realizado por el hombre para producir algo que es exterior a sí mismo, hecho en dirección de otros y con una finalidad utilitaria. (29)

Territorio (ciudad): Es una red, un tejido que articula componentes físicos, procesos ecológicos y procesos sociales históricos que delimitan su configuración en tanto forma sistémica peculiar asociada a la disposición pero también a relaciones de dependencia, proximidad, propiedad, inherencia, información. (30)

Este ámbito señala el rol del estado un estado de salud, entendido como estado de bienestar, tiene un carácter multidimensional y por tanto más complejo, que resulta muchas veces difícil de desagregar y, por ello, para efectos de estudio y operacionalización, se estudian las dimensiones que tiene la salud, pero que necesariamente requieren para la acción y gestión un enfoque pluridisciplinario. Evidentemente la intervención del Estado, en su objetivo de lograr mayores niveles de bienestar en la población, debe tener una perspectiva para con la salud de las personas, cual es la protección a grupos poblacionales en riesgo y su interacción con otros de menor riesgo, de modo que el proceso productivo no se atenúe y por tanto se logren mejores resultados en la salud y en la producción de otros bienes y servicios. (30).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados. Estas diferencias cronológicas obedecen a las características socio-

económicas que tienen unos y otros países. El envejecer es comúnmente experimentado fisiológicamente como un progresivo decline en las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Evidentemente, las personas de la 3° edad requieren de mayor atención médica que personas de corta edad porque son más vulnerables a enfermedades. Al adulto mayor se le asocia generalmente con una etapa productiva terminada, con historias de vida para ser contadas como anécdotas, leyendas o conocimientos. (31)

El adulto mayor requiere de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación, sino también la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. (32)

Existen varias definiciones sobre el término adulto mayor. Se dice que son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo, lo que se conoce como jubilación. (33)

Así mismo el adulto mayor es un ser delicado y débil con capacidad limitada para realizar contribuciones que la sociedad ve como beneficiosas. Existe también la tendencia de relacionar a esta persona con la muerte, enfermedades, dependencia, soledad y pérdida de status. (34)

El MINSA define como la población comprendida entre los 60 a más años de edad. Lo clasifica en tres grandes grupos: Persona adulta mayor autovalente: Persona adulta mayor capaz de satisfacer sus necesidades básicas (comer, vestirse, bañarse, entre otros) y realizar actividades instrumentales (cocinar,

limpiar, realizar tareas o trabajo fuera de casa). Se considera al 65% del total de adultos mayores. (35)

Persona adulta mayor frágil: Aquella persona que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológica y que es más susceptible a discapacitarse y presentar mayor morbilidad y mortalidad. Se considera que el 30% de adultos mayores tienen esta condición. (35)

El adulto mayor dependiente o postrado: Persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Entre el 3 – 5% de personas adultas mayores que viven en la comunidad se encuentran en esta condición (35).

Aunque los factores genéticos de riesgo de diabetes aumentan la susceptibilidad a la enfermedad y no son modificables, los factores ambientales juegan un papel importante en el surgimiento y desarrollo de la enfermedad y son susceptibles de prevención y control, fundamentalmente con cambios en los estilos de vida. Medidas como modificaciones en el consumo de alimentos, aumento de la actividad física y reducción del peso corporal, son acciones de salud costo efectivas de elevado impacto por sus beneficios, que pueden implementarse en la atención de salud.

Los factores de riesgo asociados a DM comprenden, entre otros, antecedentes familiares de diabetes, hipertensión arterial (HTA), dislipidemias y obesidad, cuya identificación en los pacientes afectados permitiría la prevención o reducción de sus complicaciones a corto y largo

plazo, con el diseño e implementación de estrategias de intervención y campañas educativas que modifiquen esos factores (36).

Enfermería es “la ciencia del cuidado profesional”, lo que significa que la enfermera guía el cuidado planificado de los seres humanos a través de un proceso intencional que abarca aspectos de la promoción y prevención de las enfermedades, proceso de salud-enfermedad y la muerte. El “cuidar” la salud de las personas implica tener un amplio conocimiento y sustento teóricos de los fenómenos relativos a la salud y la enfermedad, que es generado desde la propia disciplina de enfermería, a través de sus modelos y teorías (37).

El personal de enfermería con la población de pacientes con diabetes, tiene énfasis en el autocuidado enfocando a la prevención de complicaciones y manejo de la enfermedad, y en donde el reto del autocuidado es tomar decisiones y seleccionar opciones con relación a temas como, dieta, descanso, actividad física, síntomas, la medicación, monitoreo, decisiones sobre dónde y cómo buscar ayuda entre otras. Esto se hace indispensable e importante porque el paciente adquiere la habilidad de cómo cuidarse y de cómo hacerlo, contribuyendo a mejorar el estado de salud de sí mismo a través de identificar la necesidades que requieren buscar atención médica periódicamente favoreciendo a disminuir los ingresos hospitalarios a causa de las complicaciones de la enfermedad el cual altera los siguientes factores: laboral, social, familiar y económico, así mismo al incremento de la mortalidad (37).

3. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Cuantitativo, descriptivo (38,39). Diseño de una sola casilla (40,41).

Una investigación cuantitativa es el de adquirir conocimientos fundamentales y la elección del modelo más adecuado que nos permita conocer la realidad de una manera imparcial, ya que se recogen y analizan los datos a través de los conceptos y variables (42).

Una investigación descriptiva describe de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés (43).

Diseño de una sola casilla se utiliza un solo grupo con el objeto de obtener un informe aislado de lo que existe en el momento del estudio. Se da para una investigación previa, sobre todo para resolver problemas de identificación (44).

3.2. Población y Muestra

El universo estuvo constituido por 120 adultos mayores diabéticos del Puesto de Salud Miraflores Alto.

3.2.1. Unidad de análisis

Adultos mayores diabéticos. Puesto de salud Miraflores Alto, que formaron parte de la muestra y responde a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adultos mayores diabéticos del Puesto de salud Miraflores Alto que vive más de 3 a años en la zona.
- Adultos mayores diabéticos del Puesto de salud Miraflores Alto que aceptaron participar en el estudio.

- Adultos mayores diabéticos del Puesto de salud Miraflores Alto que fue la disponibilidad de participar en la encuesta como Informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Adultos mayores diabéticos del Puesto de salud Miraflores Alto que presentaron algún trastorno mental.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONOMICO

Sexo

Definición Conceptual.

Es el conjunto de características genotípicas y fenotípicas presentes en los sistemas, funciones y procesos de los cuerpos humanos (45).

Definición Operacional

Escala nominal

- Femenino
- Masculino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (46).

Definición Operacional

Escala Ordinal

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

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Se define como la suma de los ingresos de todos sus miembros y los que se captan de manera conjunta, tanto en efectivo como en especie (47).

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

Es un fenómeno complejo, altamente individualizado y que ocurre en un ambiente en el flujo de tiempo (48).

Definición Operacional

Escala Nominal

- Trabajador estable
- Eventual

- Sin ocupación
- Jubilado
- Estudiante

Vivienda

Definición conceptual

Es una edificación o unidad de edificación, construida, adaptada o convertida para ser habitada por una o más personas en forma permanente o temporal (49).

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

Son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social (50).

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
- veces a la semana
- No se baña

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

Caminar () Deporte () Gimnasia () Otros ()

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 () otros ()

Alimentación

Definición Conceptual

El conjunto de acciones que permiten introducir en el organismo humano los alimentos, o fuentes de las materias primas que precisa obtener, para llevar a cabo sus funciones vitales (51).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

III. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad (52).

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala ordinal

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

Apoyo social organizado

Escala ordinal

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

Apoyo de organizaciones del estado

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

Acceso a los servicios de salud

Definición Conceptual

Se define como el sistema que garantiza la protección de contingencias que puedan afectar la salud de la población, a través de la provisión de un conjunto de beneficios, bajo condiciones de equidad en el acceso a servicios de salud, financiamiento (evitar el gasto de bolsillo de las familias pobres) y calidad (53).

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

Escala nominal

Institución de salud atendida:

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

Lugar de atención que fue atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA

- SANIDAD
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

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

La calidad de atención recibida:

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

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

Si () No ()

3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

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

Instrumento

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

Instrumento No 01

El instrumento se elaboró en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en las personas del Perú. Elaborado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 29 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (ANEXO 01)

- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes del entorno Biosocioeconómico (Edad, 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 las Regiones del Perú** desarrollada por Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta del Perú. (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. (54,55). (ANEXO 3)

3.5. Plan de análisis

3.5.1 Procedimientos de recolección de datos:

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

- Se informó y se pidió consentimiento a los adultos mayores diabéticos del Puesto de Salud Miraflores Alto, haciendo hincapié que los datos

recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.

- Se coordinó con los adultos mayores diabéticos que acuden al Puesto de Salud Miraflores Alto su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada uno de los adultos mayores diabético del Puesto de Salud Miraflores Alto.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos en los adultos mayores diabético del Puesto de Salud Miraflores Alto.
- El instrumento fueron aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas serán marcadas de manera personal y directa a los adultos mayores diabético del Puesto de Salud Miraflores Alto.

3.5.2. Análisis y Procesamiento de los datos:

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

3.6 Principios éticos

En toda investigación que se lleva a cabo, el investigador previamente debe valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener

son éticamente posibles, respetando la doctrina social de la iglesia como es la dignidad de la persona (56).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos mayores diabéticos del Puesto de Salud Miraflores Alto que la investigación será anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación.

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de los adultos mayores diabéticos del Puesto de Salud Miraflores Alto, siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó a los adultos mayores diabéticos del Puesto de Salud Miraflores Alto los fines de la investigación, cuyos resultados se encontraran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con los adultos mayores diabéticos del Puesto de Salud Miraflores Alto que acepten voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 04).

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 1.

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS MAYORES DIABÉTICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE, 2014

Sexo	n	%
Masculino	51	42,5
Femenino	69	57,5
Total	120	100,0
Grado de instrucción del adulto	n	%
Sin nivel instrucción	0	0,0
Inicial/Primaria	47	39,2
Secundaria: Incompleta/ Completa	64	53,3
Superior: Completa	6	5,0
Superior no universitario	3	2,5
Total	120	100,0
Ingreso económico familiar	n	%
Menor de S/. 750.00	54	45,0
De S/. 751.00 a S/. 1000.00	60	50,0
De S/. 1001.00 a S/. 1400.00	6	5,0
De S/. 1401.00 a S/. 1800.00	0	0,0
De S/. 1801.00 a más	0	0,0
Total	120	100,0
Ocupación del jefe de familia	n	%
Trabajador estable	54	45,0
Eventual	42	35,0
Sin ocupación	10	8,3
Jubilado	14	11,7
Estudiante	0	0,0
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

4.1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 2
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES DIABETICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE, 2014

Tipo	n	%
Vivienda unifamiliar	45	37,5
Vivienda multifamiliar	75	62,5
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	120	100,0

Tenencia	n	%
Alquiler	0	0,0
Cuidador/alojado	0	0,0
Plan social (dan casa para vivir)	0	0,0
Alquiler venta	0	0,0
Propia	120	100,0
Total	120	100,0

Material del piso	n	%
Tierra	30	25,0
Entablado	0	0,0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	88	73,3
Láminas asfálticas	2	1,7
Parquet	0	0,0
Total	120	100,0

Material del techo	n	%
Madera, esfera	2	1,7
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	0	0,0
Material noble, ladrillo y cemento	80	66,7
Eternit	38	31,7
Total	120	100,0

Material de las paredes	n	%
Madera, estera	2	1,7
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	0	0,0
Material noble ladrillo y cemento	118	98,3
Total	120	100,0

Continúa...

TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES DIABETICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO _CHIMBOTE, 2014

N° de personas que duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	0	0,0
2 a 3 miembros	6	5,0
Independiente	114	95,0
Total	120	100,0
Abastecimiento de agua	n	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	0	0,0
Pozo	0	0,0
Red pública	0	0,0
Conexión domiciliaria	120	100,0
Total	120	100,0
Eliminación de excretas	n	%
Aire libre	0	0,0
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	0	0,0
Baño público	0	0,0
Baño propio	120	100,0
Otros	0	0,0
Total	120	100,0
Combustible para cocinar	n	%
Gas, Electricidad	120	100,0
Leña, carbón	0	0,0
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	120	100,0
Energía eléctrica	n	%
Sin energía	0	0,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	0	0,0
Energía eléctrica permanente	120	100,0
Vela	0	0,0
Total	120	100,0
Disposición de basura	n	%
A campo abierto	0	0,0
Al río	0	0,0
En un pozo	0	0,0
Se entierra, quema, carro recolector	120	100,0
Total	120	100,0

Continúa...

TABLA 02***DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES DIABETICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE, 2014***

Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	n	%
Diariamente	7	5,8
Todas las semana pero no diariamente	34	28,3
Al menos 2 veces por semana	73	60,8
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	6	5,0
Total	120	100,0

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	n	%
Carro recolector	120	100,0
Montículo o campo limpio	0	0,0
Contenedor especifico de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DIABETICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE, 2014

Fuma actualmente:	n	%
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	0	0,0
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	47	39,2
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	73	60,8
Total	120	100,0
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n	%
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	0	0,0
Una vez a la semana	0	0,0
Una vez al mes	0	0,0
Ocasionalmente	17	14,2
No consumo	103	85,8
Total	120	100,0
N° de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	114	95,0
[08 a 10)	6	5,0
[10 a 12)	0	0,0
Total	120	100,0
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	90	75,0
4 veces a la semana	30	25,0
No se baña	0	0,0
Total	120	100,0
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	n	%
Si	64	53,3
No	56	46,7
Total	120	100,0

Continúa...

TABLA 03***DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DIABETICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE, 2014***

Actividad física que realiza en su tiempo libre	n	%
Caminar	16	13,3
Deporte	0	0,0
Gimnasia	0	0,0
No realizo	104	86,7
Total	120	100,0

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	n	%
Caminar	41	34,2
Gimnasia suave	0	0,0
Juegos con poco esfuerzo	0	0,0
Correr	0	0,0
Deporte	0	0,0
Ninguna	79	65,8
Total	120	100,0

Continúa...

TABLA 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DIABÉTICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE, 2014

Alimentos que consume	Conclusión									
	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	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frutas	82	68,3	29	24,2	8	6,7	1	0,8	0	0,0
Carne	56	46,7	38	31,7	18	15,0	7	5,8	1	0,8
Huevos	25	20,8	27	22,5	34	28,3	28	23,3	6	5,0
Pescado	28	23,3	40	33,3	38	31,7	14	11,7	0	0,0
Fideos	89	74,2	25	20,8	4	3,3	2	1,7	0	0,0
Pan, cereales	81	67,5	30	25,0	5	4,2	2	1,7	0	0,0
Verduras, hortalizas	97	80,8	22	18,3	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Legumbres	41	34,2	64	53,3	14	11,7	1	0,8	0	0,0
Embutidos	42	35,0	17	14,2	12	10,0	31	25,8	18	15,0
Lácteos	56	46,7	50	41,7	9	7,5	5	4,2	0	0,0
Dulces, gaseosas	13	10,8	28	23,3	15	12,5	29	24,2	35	29,2
Refrescos	0	0,0	15	12,5	25	20,8	29	24,2	51	42,5
Frituras	18	15,0	30	25,0	11	9,2	25	20,8	36	30,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes.

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 04

DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS MAYORES DIABETICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE, 2014

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	23	19,2
Centro de salud	0	0,0
Puesto de salud	96	80,0
Clínicas particulares	1	0,8
Otras	0	0,0
Total	120	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n	%
Muy cerca de su casa	36	30,0
Regular	61	50,8
Lejos	22	18,3
Muy lejos de su casa	1	0,8
No sabe	0	0,0
Total	120	100,0
Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	17	14,2
SIS – MINSA	103	85,8
SANIDAD	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	120	100,0
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	7	5,8
Largo	37	30,8
Regular	61	50,8
Corto	15	12,5
Muy corto	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	120	100,0

Continúa...

TABLA 04***DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO EN ADULTOS MAYORES DIABETICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE, 2014***

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	n	%
Muy buena	22	18,3
Buena	80	66,7
Regular	16	13,3
Mala	1	0,8
Muy mala	1	0,8
No sabe	0	0,0
Total	120	100,0
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	n	%
Si	38	31,7
No	82	68,3
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

TABLA 05

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN ADULTOS MAYORES DIABÉTICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE, 2014

Recibe algún apoyo social natural:	n	%
Familiares	9	7,5
Amigos	0	0,0
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	0	0,0
Compañeros de trabajo	0	0,0
No recibo	111	92,5
Total	120	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	0	0,0
No recibo	120	100,0
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

TABLA 06

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN ADULTOS MAYORES DIABÉTICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE, 2014

Apoyo social de las organizaciones	Si		No	
	n	%	N	%
Pensión 65	2	1,7	118	98,3
Comedor popular	0	0,0	120	100,0
Vaso de leche	0	0,0	120	100,0
Otros	0	0,0	120	100,0
Total	2		118	100

Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

4.2 Análisis de resultado:

TABLA 1: Del 100% (120) de los adultos mayores diabéticos del Puesto de Salud Miraflores Alto, el 57,5% (69) son de sexo femenino; en el grado de instrucción el 53,3% (64) tiene secundaria incompleta/completa; en el ingreso familiar el 50,0% (60) tiene un ingreso de S/. 751.00 a S/. 1000.00 soles; en la ocupación del jefe de familia el 45,0% (54) tienen trabajo estable.

Se encontraron investigaciones similares tales como: Varela L (57), en su estudio titulado: Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional quien encontró que hay relación entre la condición de analfabeto y el deterioro cognitivo, sugiere así que la población con bajo nivel de instrucción y pobre estimulación intelectual posee una reserva neurológica. Y los que han tenido mayor grado de instrucción tienen la oportunidad de desarrollar un sistema de protección.

Los adultos mayores diabéticos presentan un déficit de conocimientos para que se puedan cuidar, y ello los predispone a muchas enfermedades, como la diabetes, las cuales pueden prevenirse teniendo estilos de vida saludables y estando informados. El grado de instrucción asegura el desarrollo integral y capacita al individuo para el trabajo, lo cual incentiva su participación activa en el proceso. La existencia de un bajo nivel de instrucción en las personas entrevistadas las condiciona a que padezcan de aquellas enfermedades por desconocimiento, por no saber cómo obtener ayuda y a que su estilo de vida no sea la adecuada (58).

En la presente investigación realizada a los adultos mayores diabéticos, se tiene como resultado que tienen un grado de instrucción entre secundaria completa e incompleta, lo cual implica que estos adultos mayores presentan un déficit de conocimientos para que se puedan cuidar y ello les predispone a muchas enfermedades, como son la diabetes, pues estas son enfermedades que pueden irse previniendo teniendo estilos de vida saludables y estando informados (59).

El grado de instrucción asegura el desarrollo integral y capacita al individuo para el trabajo incentivando su participación activa en el proceso, así como responsabiliza en el cuidado de su salud, familia y comunidad podemos atribuir por, lo tanto, que la existencia de un bajo nivel de instrucción en las personas entrevistadas condiciona a que ellos padezcan de dichas enfermedades por desconocimiento de las mismas y por no saber cómo obtener ayuda por sus desconocimiento hacen que ellos no sepan buscar ayuda, y su condición de vida no sea la adecuada para que ellos vivan de buena manera (60).

Se encontró que la muestra de estudio comparte características similares a las presentadas por diversos informes de mayor magnitud poblacional. Así, existe correspondencia entre la proporción de adultos mayores incluidos en esta investigación con la descripción que hace la INEI, mencionando que los adultos mayores no han alcanzado ningún nivel de educación o solo estudiaron el nivel inicial y el 14,6% ha accedido a algún año de educación superior se muestra que el, 76,3% de los adultos de 60 y más años de edad son alfabetos, es decir, saben leer y escribir; y el 23,7% de adultos mayores son analfabetos.

El 45,0% de los adultos mayores han estudiado algún año de educación primaria, el 20,8% han logrado estudiar algún año de educación (61).

Con respecto al ingreso económico se encontraron estudios similares como: Meneses R. (62), en su estudio titulado Factores que influyen en el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo II en los usuarios del centro de salud de Tlacoachistlahuaca, encontraron que en las personas adultas mayores que padecen de enfermedades crónicas degenerativas tienen que consumir medicamentos y su riesgo de sufrir complicaciones aumenta por el deficiente ingreso económico que tiene para subsistir.

Se asimila también el estudio de Olaiz F, (63), en su estudio titulado Diabetes mellitus en adultos Mexicanos: resultado de la encuesta nacional de salud 2000, Encontraron la frecuencia de diabetes fue mayor en la población con menor índice de escolaridad (9,9% contra 4.4% respecto del grupo de mayor escolaridad) y en la de menor ingreso (8,1% contra 6,9 a 7,1% en grupos con ingresos mayores de dos o más salarios mínimos).

El salario mínimo en el Perú se denomina remuneración mínima vital (RMV) de acuerdo a la organización internacional del trabajo (OIT), es una ascendente igual a 550 % nuevos soles, lo cual no cubre los gastos de la canasta básica familiar, el ingreso económico de un individuo depende del grado de instrucción que hay recibido por lo que se considera vital tratar de que la población reciba los conocimientos y competencias suficientes para acceder a mejores remuneraciones y por lo tanto a acceso de recursos y servicios dentro de los cuales se incluye la salud (64).

En la presente investigación la mayoría de los adultos mayores diabéticos tienen un ingreso económico de S/ 751,00 a S/ 1000,00 soles, lo que es un factor que los hace vulnerables y tengan necesidades en su vida diaria como son los de la alimentación, pues una persona diabética requiere de una dieta adecuada a su organismo, La falta de recursos materiales es causa directa o indirecta de procesos carenciales como la desnutrición, deficiencias vitamínicas, y de la producción de muchas enfermedades y situaciones que determinan una reducción en la expectativa de vida y por ende el adulto mayor debe obtener esa orientación para vivir mejor.

Podemos decir que no sólo los adultos mayores diabéticos son los más vulnerables en razón de sus condiciones físicas, de salud y habitacionales, sino también por el hecho de que son menos instruidos y con menos recursos económicos que el resto de la población, tal como resalta en la presente investigación, la mayoría de estos adultos mayores diabéticos tienen grado de instrucción secundaria completa e incompleta se sabe que el nivel socio económico de un individuo es el factor de mayor importancia en determinar la calidad de vida en la vejez, pues cuando somos jóvenes y nos formamos educacionalmente ello va a repercutir en que podamos tener un buen futuro, no es tal el caso de aquellos adultos mayores de la investigación pues ellos cuentan con un bajo salario y algunos no tienen salarios por que no trabajan, todo ello va a generar que esta población padezca necesidades en su vida.

El ingreso económico en las personas adultas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena

calidad de vida. Para las personas en edad avanzada, contar con seguridad económica es fundamental para disfrutar un envejecimiento en condiciones de dignidad e independencia; además de satisfacer las necesidades de los adultos mayores, permite que tomen decisiones y continúen participando activa y significativamente en la vida cotidiana, cumpliendo roles importantes dentro de las familias (65).

Estos resultados difieren a los del autor Cardona D (66), en su estudio titulado Calidad de vida del adulto mayor quien encontró que el 34,1% de adultos mayores encuestados estaban jubilados o pensionados en su mayoría hombres; mientras que a las labores del hogar se dedican el 34,7% aventajando las mujeres. Se destaca que el 9,5% se encontró trabajando y el 9,1% presentó incapacidad permanente.

En la investigación realizada se obtuvo que en los adultos mayores diabéticos, más de la mitad tienen trabajos eventuales y menos de más mitad tienen trabajo estable, ellos pertenecen a hogares de nivel socioeconómico muy bajo; debido a su menor grado de escolaridad y la falta de recursos para trabajar por su cuenta, es decir tiene unos trabajos eventuales, los cuales solo realizan de vez en cuando para solventar sus gastos y vivir de acuerdo a ello, lo que repercute en la pobreza de sus hogares, y que ellos no tengan un buen cuidado de su salud, pues están predispuestos a una serie de accidentes y/o problemas físicos, siendo estas enfermedades crónicas que requieren de tratamientos medicamentosos y demás lo cual no podrá estar al alcance de aquellas personas que no cuentan con los recursos suficientes para poder obtener algún medicamento.

Si bien es cierto dentro de la investigación menos de la mitad tienen ocupación estable, es un aspecto importante que forma parte fundamental en su diario vivir, debido a que en esta etapa de la vida, las dificultades abundan más que en cualquier otro ciclo de la vida, se depende de unos ingresos que no son generados por la actividad que se está realizando sino por la retribución originada en el trabajo, en este caso de pensiones, de aportes familiares o de redes sociales (67).

Es importante saber que el retiro del trabajo produce un gran impacto psicológico; llevando muchas veces a graves y progresivos problemas de depresión, ocasionado por pérdida de su identificación dentro de la sociedad, se siente que no es nadie y pierde su sociabilidad. Las personas mayores son más vulnerables a la situación de pobreza, lo que se debe a diferentes factores observados en este análisis: la baja extensión y calidad de las prestaciones previsionales, el limitado acceso de los adultos mayores a empleos y ocupaciones, y su concentración en actividades independientes que generan bajos ingresos y se realizan en condiciones laborales precarias (68).

Los adultos mayores son uno de los grupos sociales con más bajos ingresos económicos. Desde el momento que una persona se jubila disminuyen sus ingresos a un tercio de lo que ganaba como trabajador activo y las pensiones son aún menores, ya que corresponden a una sexta parte del sueldo (69).

Según fuentes de la INEI, A nivel de nuestro país, la mayor proporción de Población Económicamente Activa ocupada de adultos mayores residentes en el área urbana se ubica en la categoría de Trabajador Independiente (53,0%) en

Empleado (17,8%) y Obrero (12,7%), es decir que nuestra población tiene mayor porcentaje de personas trabajadoras independientes siendo estos trabajos eventuales (70).

TABLA 2: Del 100% (120) de los adultos mayores diabéticos del Puesto de Salud Miraflores Alto, según el tipo de familia el 62,5% (75) son de vivienda multifamiliar; en tenencia el 100% (120) tienen vivienda propia; en el material del piso el 73,3% (88) son de loseta, vinílicos o sin vinílico; en el material del techo el 66,7% (80) es de material noble, ladrillo y cemento; en el número de personas que duermen por habitación el 95,0% (114) duermen en habitaciones independientes; en abastecimiento del agua el 100% (120) tienen conexión domiciliaria; en eliminación de excretas el 100% (120) tienen baño propio; en combustible para cocinar el 100% (120) tienen gas, electricidad; en energía eléctrica el 100% (120) tienen energía permanente; en disposición de basura el 100% (120) se entierra, quema, carro recolector; en la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa el 60,8% (73) pasa al menos 2 veces por semana; en suelen eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares el 100% (120) elimina en el carro recolector.

Estudios similares a la investigación como el de Cepada L, Garza R, Vega D (71), en su estudio titulado el fenómeno del envejecimiento de la población en el estado de Nuevo León. México. Encontraron que las viviendas de los adultos mayores son de concreto, para las paredes son de material de ladrillo, piedra o cemento, así como también el material de los pisos que predominan los de cemento y tierra. Así mismo, cuentan con agua entubada dentro de la vivienda, tienen baño propio alumbrado con electricidad, cocinan a gas.

El material de vivienda hace que estos adultos mayores no tengan ninguna angustia y a que su capacidad cognitiva no se deteriore por preocupaciones. Las condiciones de la vivienda se caracterizan por un conjunto de indicadores que influyen de alguna manera en la calidad de vida de los adultos mayores, lo que se refleja a través de sus estados de salud física y emocional no saludable. Una vivienda saludable es un indicador de las condiciones sociales y de salud del habitante, y a la vez de alguna manera está ligada directamente con su calidad de vida (72).

Así mismo se asimila el estudio de Pérez C (73), en su estudio titulado Condiciones de vida del adulto mayor que padece enfermedades crónicas y viven solos – 2003. Encontró que aquellos adultos mayores que viven en una casa sola y sin hijos tienen mayor riesgo de padecer depresión, o que alguna enfermedad que padezcan se agrave por la escasa ayuda que reciben de sus familiares.

Dentro de la investigación realizada la mayoría de los adultos mayores diabéticos tienen vivienda multifamiliar es decir viven los adultos mayores con sus hijos y otros familiares, pero cabe recalcar que la gran mayoría de adultos refirió que es como si vivieran solos ya que cada uno hace sus cosas, así podemos entender que aparte de padecer enfermedades crónicas tienen un estado de ánimo tan malo, como tristeza, soledad que ello les condiciona más preocupación por su situaciones de vida y sus enfermedades avancen y su salud empeore. Salud y soledad se relacionan íntimamente. A cualquier edad de la vida las personas más solas son las que se sienten más enfermas, aunque la soledad influye más a las personas ancianas, aumentando los porcentajes (tanto

en las personas enfermas como en las sanas) con respecto a sentirse o no solas al aumentar la edad. Por otro lado, la soledad puede tener graves consecuencias negativas sobre la salud. En el plano físico, sabemos que tiene un efecto debilitador del sistema inmunológico, lo cual aumenta el riesgo de padecer ciertas enfermedades (73).

Se asocia, además, al dolor de cabeza, a algunos problemas de corazón y digestivos, a dificultades para dormir, etc. Sabemos también que aumenta el uso de los servicios médicos en función de la soledad, especialmente en atención primaria. A nivel psicológico, la soledad influye en la baja autoestima, y puede ser la antesala de otros problemas como la depresión o el alcoholismo, como también de ideas suicidas. La pérdida de la pareja especialmente es la que más aumenta la posibilidad de desencadenar trastornos psicopatológicos como la depresión o la neurosis (73).

Dentro de la investigación se tienen resultados de que la totalidad de adultos mayores diabéticos tienen vivienda propia, y sus casas son de material noble, y cuentan con todos los servicios básicos. El material de vivienda condiciona en estos adultos mayores a que ellos no tengan preocupación alguna y su capacidad cognitiva no se deteriore en preocupaciones, Las condiciones de la vivienda, se caracterizan por un conjunto de indicadores que influyen de alguna manera en la calidad de vida de los adultos mayores, que se ve reflejada a través de sus estados de salud física y emocional no saludables, en el estudio de Aguelo (2002) considera que las condiciones de una vivienda saludable, se consideran como indicadores que reflejan las condiciones sociales y de salud

del habitante y a la vez influyen de alguna manera están ligadas directamente a la calidad de vida y a la salud (74).

No todas las viviendas son diseñadas de la misma manera, pues algunas son de material precario como las esteras, cartón, etc. también de la exposición en la vivienda a ácaros de polvo, humo ambiental de tabaco, monóxido de carbono, crecimiento de hongos, seguridad y efectos del plomo las cuales no son beneficiosas si hay ancianos en casa, pueden también causar enfermedades respiratorias, cefaleas, depresión, ansiedad lo que puede conllevar a enfermedades mayores en las personas más vulnerables. Una vivienda saludable y adecuada, es una condición que influye de manera favorable a la salud física y emocional del adulto mayor, que a su vez se contaba con los servicios básicos funcionales (como luz, agua, drenaje, gas, transporte etc.) necesarios para proteger y generar un bienestar en la salud de los adultos mayores (75).

En nuestro país, según fuentes de la INEI, indican que el 40,4% de los hogares del país tienen entre sus residentes habituales, personas de 60 y más años de edad (adulto mayor). Por grupos de edad, el 34,7% de hogares están integrados por alguna persona de 60 a 79 años de edad y el 8,6% por alguna persona de 80 y más años de edad. Sin embargo, el 59,6% de los hogares no tienen personas adultas mayores entre los miembros del hogar (76).

En el estudio de investigación realizado a los adultos mayores diabéticos del Puesto de Salud Miraflores Alto, siendo una zona urbano marginal, tienen lugares muy hacinados que puede provocar daños a la salud como

enfermedades físicas o mentales alteraciones en el desarrollo de la personalidad. El vivir en espacios pequeños incrementa el estrés y reduce las defensas naturales de la gente. Esta población de adultos mayores diabéticos tienen como trabajos la agricultura pues algunos de ellos tienen campos de cultivo, entonces tienen una alimentación en base a ello y algunos de ellos solo se dedican a la venta de sus productos y no tienen una buena alimentación por el hecho de estar trabajando en las calles y no tener un lugar fijo donde alimentarse y que sean nutritivos.

El saneamiento básico es la tecnología de más bajo costo que permite eliminar higiénicamente las excretas y aguas residuales y tener un medio ambiente limpio y sano tanto en la vivienda como en las proximidades de los usuarios. El acceso al saneamiento básico comprende seguridad y privacidad en el uso de estos servicios. La cobertura se refiere al porcentaje de personas que utilizan mejores servicios de saneamiento, a saber: conexión a alcantarillas públicas; conexión a sistemas sépticos; letrina de sifón; letrina de pozo sencilla; letrina de pozo con ventilación mejorada (77).

TABLA 3: Del 100% (120) de los adultos mayores diabéticos del Puesto de Salud Miraflores Alto, el 60,8% (73) no fumo, actualmente, pero he fumado antes; en frecuencia de consumo de bebidas el 85,8% no consume; en el número de horas que duerme el 95,0% (114) duermen de 6 a 8 horas; en frecuencia con que se baña el 75,0% (90) se baña diariamente; en si se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud el 53,3% (64) si se realiza; en actividad física que realiza en su tiempo libre el 86,7% (104) no realiza; en las dos últimas semanas que actividad física realiza durante más de 20 minutos

el 65,8% (79) ninguno; en alimentos que consume diariamente el 80,8% (97) consumen verduras, hortalizas; en 3 o más veces a la semana el 53,3% (64) consumen legumbres; en 1 o 2 veces a la semana el 31,7% (38) consumen pescado; en menos de 1 vez a la semana el 25,8% (31) consumen embutidos; en nunca o casi nunca el 42,5% (51) consumen refrescos.

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

En dicha investigación tenemos como resultados que los adultos mayores diabéticos la mayoría no consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, no es alarmante pero si llama la atención pues los adultos mayores por su condición no están aptos para consumir este tipo de bebidas, las cuales dañan su salud y las deterioran más aun a aquellos adultos mayores de la presente investigación que padecen de enfermedades crónicas y empeoran su salud. Algunas de las personas mayores pueden alcanzar un estado de euforia, sin aumentar la cantidad de alcohol que toman. Ese estado de euforia puede aumentar la probabilidad de que tengan accidentes, inclusive caídas y fracturas y accidentes de automóvil, así también el que haya consumo de alcohol en adultos mayores, les condiciona a que la enfermedad avance y la persona se vaya degenerando poco a poco y que su tiempo de vida sea menor de la esperada.

Por otro lado a los resultados obtenidos en la investigación, difiere Palomo G, Icaza N, Mujica E, Núñez F, Leiva M (79), en su estudio titulado “Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en población adulta” menciona que el grupo de 65-74 años Sólo 2,0% era gran fumador (más de 20 cigarrillos diarios) y 17,1% era ex-fumador.

De acuerdo con la investigación realizada, la mayoría no son fumadores, solo menos de la mitad no fuman pero antes si lo hicieron, y pues ello es un factor de riesgo para los adultos mayores a que contraigan enfermedades crónicas degenerativas, o tal vez que aquellas enfermedades que ya han tenido broten y su salud se deteriore más rápido. Por las características inherentes al propio envejecimiento (cambios fisiológicos, comorbilidad, fragilidad) presenta un mayor riesgo de enfermar por el tabaco. De la mortalidad atribuible al tabaco, tres cuartas partes son debidas a cuatro enfermedades: cáncer de pulmón, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, comúnmente llamada bronquitis crónica), cardiopatía isquémica y enfermedad cardiovascular. Dejar de fumar a cualquier edad produce beneficios muy significativos en la salud, pero entre los ancianos la mejora de la calidad de vida es especialmente significativa (80).

La investigación se asemeja al estudio realizado por Alarcón S (81), en su estudio titulado “Capacidad de Auto cuidado del Paciente Diabético Crónico - 2000”, encontró que solo el 18,3% de estos pacientes poseen una alta capacidad de auto cuidado, en tanto que el 81,7% no cuenta con esta capacidad.

Mendoza L; Valverde S (82), en su investigación titulado “Factores Biosocioculturales y autocuidado en el adulto mayor diabético del Hospital III – Es salud. Chimbote”, encontraron que el nivel de autocuidado de los adultos mayores diabéticos, es bueno en un 77,4%, correspondiente a 48 adultos diabéticos y regular en un 22,6%, equivalente a 14 adultos diabéticos.

Hidalgo C (83), en su estudio titulado “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo”. Encontró que la mayoría de pacientes diabéticos realiza las medidas de auto cuidado, tales como alimentación, ya que consumen diariamente verduras y frutas e inter diariamente carnes y harina. Asimismo que la mayoría realiza el cuidado de sus pies y ejercicios, siendo frecuentes las caminatas; respecto al cuidado de la vista, la mayoría visita al oftalmólogo para diagnosticar precozmente complicaciones.

Los adultos mayores diabéticos la mayoría consumen verduras y hortalizas, un poco más de la mitad consumen legumbres, menos de la mitad consumen embutidos, pescado, refrescos y frituras. La alimentación el conjunto de acciones que permiten introducir en el organismo humano los alimentos, o fuentes de las materias primas que precisa obtener, para llevar a cabo sus funciones vitales. Una alimentación inadecuada, con excesos o carencias, y el sedentarismo, se relacionan con numerosas enfermedades de elevada prevalencia y mortalidad en el mundo y están íntimamente relacionados con la longevidad, la calidad de vida y el desarrollo.

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

Así la alimentación es un elemento importante en la buena salud, influye la calidad de los alimentos, la cantidad de comida y los hábitos alimentarios para un bienestar del ser humano. Así mencionan que la modificación de los factores de riesgo y la adopción de comportamientos favorables a la salud, como el ejercicio y las dietas saludables, describen también que anteriormente existía también la idea de que las personas adquirirían algunos hábitos nocivos por el mero hecho de llegar a la vejez (84).

En cuanto a los alimentos para diabetes, los adultos mayores diabéticos deben llevar un conteo de los carbohidratos que consumen y tienen que tratar de suprimir lo más posible los azúcares que vuelven aún más compleja la enfermedad y hacen que sufran efectos desagradables. Por lo general, esto depende de la tendencia que tengan estas personas a padecer alguna enfermedad de carácter cardíaco. Por eso, se recomienda consumir alimentos ricos en Omega 3 y bajos en colesterol (85).

En nuestro país, según la INEI, revela que en el 28,4% de los hogares existe al menos una persona adulta mayor que presenta déficit calórico. A nivel de ámbito geográfico, la proporción de hogares donde existe al menos un integrante adulto mayor y que presenta déficit calórico, fue más elevado en Lima Metropolitana (30,0%), que en el área urbana (28,4%) y área rural (26,5%) (86).

Yanes M, Cruz J, Yanes AM, Calderín R, Pardías L, Vázquez G (87), en su estudio titulado Diabetes mellitus en el anciano, un problema frecuente, encontraron que la prevalencia de la diabetes mellitus aumenta ostensiblemente con la edad, por lo que es una enfermedad frecuente en los ancianos. A los 75 años, aproximadamente el 20 % de la población la padece y el 44 % de los diabéticos tiene más de 65 años, así también encuentran que aquellas actividades diarias que realizan son caminatas o algunos deportes, pues son conscientes de su importancia en su vida.

Por otro lado, la mayoría de los adultos mayores diabéticos no practican actividades físicas ya que tienen una vida sedentaria lo que condiciona a que tengan un mal estilo de vida, tenga menos físico y aumente la reducción de riesgos cardiovasculares en esta población.

El deporte constituye un campo de interés especial dentro de la ocupación del ocio de las personas mayores. A pesar de ser una medida beneficiosa para el cuidado de la salud en general, pocas personas mayores participan en las diversas ofertas que existen al respecto: sólo de un 2 por ciento a un 5 por ciento (en líneas generales), ejercita este tipo de actividad. Sin embargo, hoy sabemos

que los programas de educación física para mayores son una garantía saludable para estabilizar la tensión arterial, prevenir problemas cardiovasculares o mejorar el estado de ánimo (88).

Para el autocuidado del paciente con diabetes es necesario que se ponga en práctica un cuidado holístico basados en los 4 pilares que sustenta la Asociación Americana de Diabetes (ADA) los cuales son: Educación diabetológica, dietoterapia, terapéutica medicamentosa y ejercicio físico; así mismo es necesario educar en el cuidado exhaustivo de los pies.

Como primer pilar tenemos a la educación diabetológica que es la base fundamental del tratamiento. Debe ser una responsabilidad compartida por todo el equipo de salud. Es imprescindible, tanto para el paciente como también para su familia. Sus objetivos fundamentales son aportar información, proporcionar conocimientos prácticos y, sobretodo, modificar el comportamiento. Este último es el objetivo más importante; sin embargo, la información y los conocimientos prácticos carecen de utilidad si no se traducen en acciones y se integran a los hábitos personales (89).

Como segundo pilar la dietoterapia, la dieta es fundamental en el tratamiento de la diabetes, ya que muchos pacientes pueden controlar su enfermedad exclusivamente con dieta, sin necesidad de medicación. Los que no responden solamente a la dietoterapia, deben continuar con un plan especial de alimentación, más la medicación necesaria (como hipoglucemiantes orales o insulina). La prescripción dietética debe traducirse en la realización de un plan de alimentación que sea aceptable para el paciente, que contemple sus

necesidades y que se adecue lo mejor posible a su ocupación, actividad física, características étnicas, culturales, económicas, y sociales, donde se fundamentan sus hábitos de consumo (89).

En la prescripción dietética se debe considerar lo siguiente: Consumo de Hidratos de carbono un 50-60% del valor calórico total (30 a 45 gramos por día), Proteínas: de 0,8 a 1 gramos/kilogramo de peso. Grasas: es aconsejable no obtener de ésta más del 30% de la energía, Fibra: se recomienda que la dieta tenga unos 40 gramos de fibra por día. Este valor calórico total tiene por finalidad normalizar el peso, teniendo en cuenta la edad, situación biológica y actividad muscular (89).

El tercer pilar es la terapéutica medicamentosa, no todos los pacientes necesitan medicación para el tratamiento de la diabetes, pero si lo requieren estas pueden ser: Hipoglucemiantes orales: intentan contrarrestar las fallas producidas por el mecanismo hormonal y otro es la Insulina: su administración está indicada en aquellos pacientes con diabetes tipo 1 o en los de tipo 2, que presentan enfermedades intercurrentes con posibilidades de una descompensación o en situaciones de emergencia (89).

Como cuarto y último pilar es el Ejercicio físico, incrementa el consumo de glucosa por parte de los músculos. Aumenta la sensibilidad de la insulina, permitiendo que el organismo haga una mejor utilización de la glucosa, disminuyendo la resistencia a la insulina. Por este motivo, es un método eficaz y económico para disminuir los requerimientos terapéuticos habituales (insulina o hipoglucemiantes) además, retarda la aparición de complicaciones, especialmente las cardiovasculares. Es fundamental que toda actividad física

indicada al paciente diabético sea adecuada a la edad y al grado de control metabólico de la enfermedad (90).

Asimismo debemos tener en cuenta la higiene y cuidado de los pies, ya que es importante porque permite mantener la integridad de la piel y la prevención de todo tipo de lesiones, asimismo evita el desarrollo de infecciones, porque la diabetes genera alteraciones nerviosas, produciendo menor sensibilidad en los miembros inferiores, la circulación sanguínea también se ve comprometida, toda lesión tarda en curar por la disminución de aporte de oxígeno y nutrientes.

Otro cuidado holístico que se debe de tener en cuenta para el paciente con diabetes es la estricta higiene y los cuidados de los pies, ya que reducen el riesgo de amputaciones. Los pies deben lavarse diariamente con agua tibia y jabón, secar bien los pies en especial las zonas interdigitales, porque la humedad favorece el desarrollo de micosis (hongos). Además es importante educar al paciente en la búsqueda de zonas resacas, fisuras de la piel, callosidades o cualquier tipo de lesión, las uñas deben cortarse en forma recta, los zapatos deben ser blandos y cómodos, no deben terminar en punta; esto ayudara a reducir el riesgo de presentar el pie diabético (90).

Los datos presentados de incidencia, prevalencia y mortalidad de la diabetes, ponen en alerta al personal de salud y a las personas que la padecen. Se debe reconocer la importancia de un buen control y la promoción del cuidado; la teoría de autocuidado de Dorotea Orem, aplicada por la enfermera, es de gran ayuda para el paciente con diabetes, utilizando el sistema educativo para obtener el autocuidado, lograr fortalecer su independencia, optimizar sus

habilidades y participar en la toma de decisiones de modo continuo, controlado, eficaz y útil para el mantenimiento de la salud (91).

Los adultos que están llegando a la adultez mayor han dedicado gran parte de su tiempo libre a la inactividad y el ocio y a recuperar fuerzas para enfrentar sus arduas jornadas de trabajo, para producir ingresos que son destinados principalmente al consumo. Para consolidar el tiempo libre como actividad social relevante surge la necesidad de buscar y crear espacios para desarrollar actividades significativas que tengan que ver con lo cognitivo, físico y afectivo, permitiendo al adulto mayor adquirir nuevos roles (92).

La diabetes que se manifiesta después de los 65 años presenta características diferenciales frente al resto, ya que se desencadena de manera insidiosa, acompañada frecuentemente de obesidad, sedentarismo y sobrealimentación. Afecta mayoritariamente a mujeres y no precisa, generalmente, de la administración de insulina (93).

TABLA 4, 5 y 6: Del 100% (120) de los adultos mayores diabéticos del Puesto de Salud Miraflores Alto, en institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses el 80,0% (96) se atendió en Puesto de Salud; en considera usted que el lugar donde lo atendieron esta, el 50,8% (61) respondió que está a tiempo regular; en tipo de seguro el 85.8% (103) tienen SIS-MINSA; en el tiempo que espero para que lo atendieran el 50.8% (61) respondió que el tiempo es regular; en calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud el 66,7% (80) respondió que es buena; en pandillaje o delincuencia cerca de su casa el 68.3% (82) respondió que no.

Dados los resultados de la presente investigación se encontró estudios similares como Salinas A (94), en su estudio titulado Redes de apoyo social a la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades, encontraron que 4% de los hombres y el 3% de las mujeres no cuentan con red de apoyo y que, de éstos, un alto porcentaje (68 y 78,2 respectivamente) viven ya sea con su pareja o con otros familiares. Es decir, a pesar de no vivir solos manifiestan la carencia de una red de apoyo.

Se encontró que en el presente estudio de Lorenzo Z (95), comportamiento del sistema de redes de apoyo social en ancianos que sufren la conducta suicida. Menciona que el apoyo social tiene para la vejez beneficiosos efectos para la salud y su bienestar. Este no debe ser visto sólo como transacción de ayuda material, sino también como aceptación, afecto y afirmación. En el contexto social se tiende muchas veces a sobrevalorar la ayuda económica como apoyo real, y subvalorar los aspectos de ayuda afectiva y moral, sin tener en cuenta si las necesidades reales que tiene la persona, en el momento del apoyo, son materiales o psicosociales.

Los adultos mayores diabéticos de la presente investigación la mayoría no reciben ningún apoyo social, lo cual tienen una situación social muy preocupante, de acuerdo a los resultados ellos no reciben el apoyo de casi ningún tipo de asociación u organización, lo que les conlleva a que estén abandonados, y algunos que no trabajan y no tienen para su alimentación quedan a la intemperie y reciban solo el apoyo de sus vecinos, pero sabiendo que padecen de estas enfermedades crónicas, y consumiendo lo que puedan mas no lo que deberían.

Así existen programas de apoyo social es un concepto de sumo interés y utilidad para los dedicados a la salud mental, en tanto pone en primer plano la significación de los factores sociales y psicológicos para la salud y el bienestar. El apoyo social tiene para la vejez beneficiosos efectos para la salud y su bienestar. Este no debe ser visto sólo como transacción de ayuda material, sino también como aceptación, afecto y afirmación. En el contexto social se tiende muchas veces a sobrevalorar la ayuda económica como apoyo real, y subvalorar los aspectos de ayuda afectiva y moral, sin tener en cuenta si las necesidades reales que tiene la persona, en el momento del apoyo, son materiales o psicosociales (96).

La vulnerabilidad social es la desprotección de un grupo social cuando enfrenta daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos humanos por no contar con recursos personales, sociales y legales. En la actualidad el 70% de adultos mayores vive en municipios de bajo o muy bajo desarrollo social, con una mayor desprotección y vulnerabilidad en comparación con otros grupos poblacionales 6. Estos cambios demográficos representan importantes retos, debido a que el gobierno mexicano no ha desarrollado ni la infraestructura necesaria, ni la capacidad humana para atender las demandas y garantizar el bienestar de los adultos mayores, ni tampoco para enfrentar el incremento de pobreza en el país, debido a la reciente crisis económica (97).

El principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia. Se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado. La definición más

aceptada del concepto de familia es la de varias personas relacionadas por los lazos de parentesco, sanguíneos, de matrimonio o por adopción. Tales personas pueden compartir un mismo techo o habitar en viviendas separadas. La familia del anciano brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas (98).

En nuestro país, según la INEI Con respecto al lugar donde es llevada o acude en busca de ayuda la población de 60 y más años de edad que padeció algún problema de salud, el 30,6% concurre a establecimientos de salud del sector público, el 11,3% a servicios del sector privado y el 9,9% a Otro tipo de servicios (farmacia o botica, domicilio u otro lugar). Sin embargo, el 48,3% de este grupo poblacional no buscó atención. El 69,5% de los adultos mayores están afiliados a algún sistema de seguro de salud y el 30,5% no están afiliados. Según tipo de seguro de salud, se observa que la mayor proporción de la población de 60 y más años de edad están afiliados únicamente a EsSalud (33,4%), y al Seguro Integral de Salud (31,7%) (99).

Allu, M. (100), nos dice que la salud es lo más valioso que posee un ser humano, por ello, su cuidado y la prevención de cualquier enfermedad debe ser una prioridad, la importancia del chequeo médico es el control y prevención de nuestra salud, para llevar una vida más saludable, es una de las formas más sencillas, seguras y responsables de controlar la salud, mejorar la calidad de vida y salvar vidas. A nivel de la salud, el hacinamiento puede provocar enfermedades físicas o mentales que pueden ser muy graves como la diabetes, infecciones respiratorias, del estómago y la piel, así como alteración en la personalidad, y un elevado índice de estrés. Todo esto puede producir que los

vínculos familiares se rompan y solo por estar en conflicto constante para obtener su espacio, esto a su vez provoca que no haya una buena relación social y que la cultura o costumbres no se aprendan bien dentro de ese hogar.

El tener un limitado acceso a los servicios de salud traen como consecuencias en la salud, como puede ser que la persona sufra la cronicidad y complicaciones de una patología, abandone los tratamientos médicos, asimismo haya un incremento de la mortalidad general debido a la demora en la atención médica, conllevándolos a la automedicación, sin medir las consecuencias que esta pueda ocasionar (101).

El seguro médico brinda acceso a unos cuidados médicos accesibles cuando los necesita, también protege a la persona y a su familia de los altos costos que requiere el cuidado de la salud. A pesar que estos costos pueden aumentar diariamente y pueden ser excesivamente altos, el seguro médico se encarga de cubrir los gastos que incluyen la prevención de una enfermedad y mantenerse saludable, y estar preparado para lo peor que pueda suceder (102).

El brindar una buena calidad en la atención médica, garantiza que los enfermos reciban los tratamientos adecuados, en el momento oportuno, minimizando las posibilidades de error, en un ambiente de respeto a su dignidad y derechos, y que se garantice la justicia y la equidad, además una buena atención médica mantiene una relación personal cercana y continua entre médico y paciente (102).

Las redes de apoyo tienen un importante significado para la calidad de vida de los adultos mayores no solamente en la mejoría en el plano de apoyo

material e instrumental sino también por el impacto en lo emocional. La presencia o ausencia de esa red pronostica el nivel de autonomía y bienestar de una persona mayor (103).

Entre las redes sociales de apoyo para adultos mayores se distinguen las redes familiares de apoyo, las redes de no familiares (amigos, vecinos, compañeros de trabajo, conocidos, etc.), las redes comunitarias y aquellas vinculadas con instancias gubernamentales. La diferencia entre las redes familiares y no familiares están dadas por los niveles de proximidad, confianza e intimidad, intensidad de la relación y reciprocidad entre pares. Las redes comunitarias se establecen mediante un criterio imaginario de grupalidad. Una de sus características es la territorialidad y el sentido de pertenencia a un grupo donde se comparten características semejantes. Incide la cercanía geográfica o la vecindad (103).

Es bien conocido que ante la escasez y baja calidad de los servicios de salud, el poco acceso a los planes de pensiones y la exclusión del mercado laboral, un importante segmento de la población envejecida, que por supuesto no tiene acceso a mecanismos institucionales de apoyo para satisfacer sus necesidades, depende en lo fundamental de la red familiar a fin de poder sobrevivir en la vida cotidiana.

Los vecinos también son parte de la red primaria y constituyen un apoyo y recurso importante en la vida diaria de las personas de edad. Por lo general, los ancianos tienen una menor movilidad diaria que los jóvenes, por lo que la

presencia de los vecinos es especialmente importante en su vida cotidiana sobre todo de quienes viven solos o solas (104).

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 (104).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- En los determinantes de la salud biosocioeconómicos la totalidad de los adultos mayores diabéticos tienen vivienda propia, abastecimiento de agua con conexión domiciliaria, eliminación de excretas con baño propio, combustible para cocinar con gas y electricidad, energía eléctrica permanente, eliminan su basura en carro recolector; casi la totalidad tienen las paredes de material noble ladrillo y cemento, duermen independiente; la mayoría tienen vivienda multifamiliar, piso con loseta, vinílicos o sin vinílicos, material del techo noble, ladrillo y cemento, pasan recogiendo la basura 2 veces por semana; más de la mitad son de sexo femenino; un poco más de la mitad tienen secundaria incompleta/completa; la mitad tienen ingreso económico familiar de S/751.00 a S/1000.00; menos de la mitad tienen trabajo estable.

- En los determinantes de los estilos de vida casi la totalidad duermen de 06 a 08 horas; la mayoría nunca ha fumado, ni fuma de manera habitual, no consumen bebidas alcohólicas, se bañan diariamente, no realizan actividad física, consume verduras, frutas y hortalizas diario; un poco más de la mitad si se realizan algún examen médico periódico, si acuden establecimiento de salud, consumen legumbres de 3 o más veces a la semana, menos de la mitad consumen pescados, embutidos, refrescos 1 o más veces a la semana,

- En los determinantes de redes sociales y comunitarias la totalidad no recibe algún apoyo social organizado; la mayoría se atendió en los 12 últimos meses en un Puesto de Salud, tienen seguro SIS-MINSA, no existe pandillaje

o delincuencia cerca a su casa, no reciben algún apoyo social natural; la mitad considera que el lugar donde lo atendieron es regular, el tiempo de espera es regular.

5.2 Recomendaciones

- Sensibilizar y concientizar a las autoridades comunales por medio de los resultados mostrados para que pueda contribuir para el cambio y el bienestar de en adultos mayores diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote con la finalidad de implementar actividades de prevención y promoción de la salud y el bienestar en los adultos maduros obesos.

- Se recomienda a las autoridades del Puesto de Salud “Miraflores Alto “para que el Personal de Salud salga hacer campañas de estilos de vida saludable de promoción y prevención de la obesidad para que a si estos en adultos mayores diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote tomen conciencia de su problema de salud.

- Así mismo mediante este estudio de investigación sobre en adultos mayores diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote que sirva de base para que se continúe realizando investigaciones similares, donde se pueda tener mayor información y visualizar mejor la magnitud del problema que los aqueja, y de esta manera promover la investigación en el campo de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Domínguez M. "Concepto de salud y enfermedad", en G. Piédrola Gil y otros, Medicina preventiva y salud pública, Salvat, Barcelona 1988, 17. Disponible en: <https://pochicasta.files.wordpress.com/2009/03/concepto-de-salud.pdf>.
2. Laurell C. "La Salud: de derecho social a mercancía", en Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud, Fundación Friedich Ebert, disponible en: http://www.javeriana.edu.co/pv_obj_cache/pv_obj_id_3FCD A91D61865B61978B515FBEAEF018E1F30000/filename/laurellsaludymercancia.pdf, último acceso, abril 2010.
3. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
4. Johnson S, Abonyi S, Jeffery B, Hackett P, et al. Recomendaciones Para la acción sobre los determinantes sociales de la salud: una perspectiva canadiense. Lanceta. 2008; 372: 1690 - 3.
5. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Reporte final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Buenos Aires Argentina: Ediciones Journal S.A: 2008.
6. Aliaga Huidobro, Elizabeth, 2003. Políticas de Promoción de la Salud en el Perú: Retos y Perspectivas. Editado por ForoSalud y el Observatorio del Derecho a la Salud-CIES. Lima, Perú.
7. A. Bowling, La medida de la salud, S.G Editores / Masson, Barcelona 1994, 7. Disponible en: <https://pochicasta.files.wordpress.com/2009/03/concepto-de-salud.pdf>
8. Hernandez M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. Rev Salud Pública. 2008; 10 Sup 1:72-82.

9. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar , editorial; 2008.
10. McGibbon E, Etowa J, McPherson C. Health-care access as a social determinant of health. *Can Nurse*. 2008; 104:22-7.
11. Graham H. Determinantes sociales y su distribución desigual: Clarificación de las políticas. *El Milbank Quarterly* 2004; 82 (1): 101 124.
12. Padilla A, Díaz O, Atención al paciente diabético en áreas de salud de 3 Municipios. Ciudad de la Habana. 1991-95. *Rev.Cub.Endocr* 8(1):76-77.
13. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
14. Red de Salud Pacifico Norte. Oficina de Estadísticas, Puesto de Salud Miraflores Alto, 2014.
15. Herrera A, Andrade H, Hernández Manrique M, Faria C, Machado M. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. *Rev. av. Enferm. XXX* .2012, vol.30, n.2, pp 39-46. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a03.pdf>
16. Méndez C, Montero F. Nivel de Información y su Relación con las Prácticas de Autocuidado y Apoyo Familiar Percibido en Adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 del HBT. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo; 2011. Pp. 5-6, 8,12- ANEXO 2.]
17. Hoyos T, Arteaga M, Muñoz M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *Invest Educ Enferm*. [Revista online] 2011 [citado 9 junio 2013]; 29(2):194-203. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/6607/9348>.
18. Corbacho A. K., Palacios GN, “Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. *Rev. Enferm. Herediana*”. 2011; 2(1):26-31. <http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/ART4.PDF>. Pág. 2.

19. Pilco V. “Factores sociodemográficos relacionado al autocuidado del adulto mayor con diabetes en Centros de Atención Primaria, Essalud Iquitos – 2011”. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Enfermería. Iquitos. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2011. Pág. 12 – 51.
20. Oyola K. Estilos de vida y Nivel de Autocuidado en el Adulto Maduro del A.H 1 de Febrero – Nuevo Chimbote, 2012. Disponible en: <http://increscendo.uladech.edu.pe/es/ediciones/edicionesanuales/descargar-revista/finish/3-revista-increscendo/7-revista-increscendo-vol-1-n-2-julio-diciembre-2010>.
21. Goicochea R, Lavado K. Apoyo social y Autocuidado en el paciente adulto mayor Diabético. Chimbote. [Tesis de licenciatura]: Universidad los Ángeles de Chimbote. 2011 [Consultado el 13 de mayo del 2012]
22. 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.
23. Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud. OPS.: Washington; 2009.
24. Dalhigren, G. Nivelación un documento de debate sobre las estrategias para hacer frente a EUROSPAN Soci col desigualdades en materia de salud (Parte 2). Los estudios sobre los determinantes sociales y económicos de la salud de la población N ° 3. Oficina Regional de la OMS para Europa. Universidad de Liverpool: Dinamarca; 2006.
25. Carcavallo R, Plencovich A. Los ecólogos de la salud. Caracas: Monte Ávila Editores, 2010.
26. Díaz, D. (2004). ¿Qué decimos cuando decimos comunidad? En <http://www.comunitaria.cl/articulos/index.php?s=20041116175038&c=20041117092544>
27. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2002). La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del

desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica No. 589. Washington, D.C.: OPS.

28. Colomer Concha. Promoción de la Salud y Cambio Social. Editorial Masson, Barcelona. 2000. Disponible en: <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>
29. NAREDO, J. M. Configuración y crisis del mito del trabajo. Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, 2002, vol.VI, nº 119 (2).
30. Rovira Forns, Joan: La salud y los servicios de salud como bienes económicos, p. 43, Abril (2003). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/economia/15/pdf/rol_estado_salud.pdf
31. Rodríguez García R. Geriatria y Gerontología. Rev. Fac. Med. UNAM. 1998. 41 (5):207-208. Hospital Español de México.
32. SALVADOR GIMENEZ. Larousse de los Mayores. Madrid. Ed. Larousse. 2002. p. 16, 232 – 234.
33. (16) RODRIGUEZ GARCIA. Práctica de la Geriatria. México. 2da Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2007. p. 72
34. LEAL QUEVEDO, MENDOZA VEGA. Hacia una Medicina más humana. Colombia. Ed. Médica Internacional Panamericana. 1997. p. 204 – 205; 210 – 211.
35. MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Perú. 2005. p. 19
36. González Pedraza Avilés A, Dávila Mendoza R, Acevedo Giles O, Ramírez Martínez ME, Gilbaja Velázquez S, Valencia Gómez C, et al. Infección de las vías urinarias: prevalencia, sensibilidad antimicrobiana y factores de riesgo asociados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Cubana Endocrinol. 2014; 25(2):57-65. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532016000200002
37. Rivera, MS. Cuidar como arte de enfermería Clase magistral dictada a alumnos de postítulo en enfermería PUC. 2000.

38. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
39. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed . Mexico: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
40. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
41. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:<http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
42. Ávila Baray, H. (2006) Introducción a la metodología de la investigación. Edición electrónica. Texto completo en: www.eumed.net/libros/2006c/203/. México.
43. Tamayo, M. (2010) Serie Aprender a Investigar. Módulo 2: La investigación. Bogotá, Colombia. ICFES.
44. Zavaleta A. (2002). Metodología de la investigación científica. Lima. Perú. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/manualesMEC/fitoterapia/cap6.pdf>
45. Kate Millet. Política sexual. Cátedra, Instituto de la Mujer, Madrid, 1995. Páginas 67-82. Disponible en: http://www.europrofem.org/contri/2_05_es/cazes/02_cazes.htm
46. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Condiciones de vida: vivienda, hogares y habitat. En: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo 2001 [fecha de acceso 16 de mayo de 2009] URL disponible en: <http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/74/y020403.xls>
47. Iglesias, E. (2006). El papel del Estado y los paradigmas económicos. Revista de la Cepal, 90, 7-15.

48. Romero Ayuso D. el sentido de la ocupación. TOG (A Coruña). Revista en internet. 2010(fecha de la cita); Vol 7, Supl. 6: p 59-77. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num6/romero.pdf>
49. TRILLA, Carmen (2001): La política de vivienda en una perspectiva europea comparada. Colección Estudios Sociales. Núm. 9, Fundación “la Caixa”. Madrid.
50. Ratner R, Sanabria J, Hernández P, Romero D, Atalah E. Estilos de vida y estado nutricional de trabajadores en empresas públicas y privadas de dos regiones de Chile. Rev Méd Chile. 2008; 136: 1406-1414.
51. JIMENEZ DE LA JARA, J (2005): Alimentos Sanos y Seguros: Un desafío permanente. Revista Nutrición, Salud y Bienestar. N°3 / 2005. Nestlé Chile S.A.. Chile.
52. Martos Carrión Esther. Analisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
53. Ruelas-Barajas E. La calidad del sistema de salud en un modelo universal. Hacia un sistema de salud con calidad, rectoría, financiamiento y provisión de servicios universales de salud. Memorias, Simposio Internacional Conamed, Seminario sobre Medicina y Salud UNAM; Hacia un sistema de salud con calidad, rectoria, financiamiento y provision de servicios universales de salud. México: UNAM-OPS, 2011.
54. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>
55. 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>.

56. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm
57. Varela L. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Rev. Soc. Per. Med. Inter. [artículo en internet]; 2004 [citado el 25 de octubre del 2013]; 17(2).
58. Aranibar, P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina, serie Población y Desarrollo. CEPAL: Santiago de Chile. No 21. 2001.
59. Espino M. cuidado de la salud y el grado de instrucción del adulto mayor. Conferencia presentada en el CEP Lima. 2000.
60. González Aragón J. Teoría social del envejecimiento. Gerusía. Año 1. Vol.1 Octubre – Diciembre. 1996.
61. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación del adulto mayor. Nivel de Educación en el adulto mayor en el Perú. [Página en internet]. 2013. [Actualizado Sep 2013]; 33 – 62.
62. Meneses R. Igancio L. Mendoza G. Modezuma M. Reyes J. Factores que influyen en el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo II en los usuarios del centro de salud de Tlacoachistlahuaca, Gro. México: Instituto Nacional de salud pública de México; 2012. Pág. 1-7.
63. Olaiz F, Rojas R, Aguilar S, Rauda J, Villapando S. Diabetes mellitus en adultos mexicanos: Resultado de la Encuesta Nacional de Salud 2000. National Health Survey Salud Pública de Méx.2007; 49(3):331-337.
64. Del Valle M. Impacto del ajuste de la Remuneración Mínima Vital sobre el empleo y la informalidad. Disponible en: <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/RevistaEstudios-Economicos/16/Estudios-Economicos-16-3.pdf>.
65. Hernández R. Cuba: la situación económica de los adultos mayores. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Córdoba: ALAP; 2008.
66. Madrigal M. Define el ingreso económico como capacidad de disponer. (2003).

67. Cardona D. Calidad de vida del adulto mayor. Arch Med Adu. 2008; 4 (2):8 - 10.
68. Pérez A, Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitus. MEDISAN [Revista en la Internet] 2009 Ago. [Citado 2011 Mar 21]; 13(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400011&lng=es
69. Fernández-Ballesteros, R. (2005). La Calidad de vida: Las condiciones diferenciales, condición de trabajo del adulto mayor. La Psicología en España, 2 (1), 57-65.
70. Bertranou, F, Sánchez A. Tendencias e indicadores de empleo y protección social de adultos mayores en América Latina. Ginebra. (2005).
71. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación del adulto mayor. Ocupación económica en el adulto mayor en el Perú. [Página en internet]. 2013. [Actualizado sep 2013]; 33 – 62.
72. Cepada L., Garza R, Vega D. Fenómeno del envejecimiento de la población en el estado de Nuevo León. México; 2006. Disponible en: http://www.nl.gob.mx/pics/pages/cuadernos_cds_base/libro_programaadultomayor.pdf
73. Martínez R. Estudio sobre condiciones de vivienda y salud. Madrid: Vallecas; 2001.
74. Perez C. Condiciones de vida del adulto mayor que padece enfermedades crónicas y viven solos. Costa Rica. Noviembre; 2003.
75. Bosch, M.J. (2006). El problema de la vivienda en la vejez en Cataluña. Architecture, City an Enveronment, 1(1), 80-101.
76. Censo Nacional De Población Y Vivienda Ceba. Ministerio de Economía. Secretaría de Programación Económica "Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas. Buenos Aires. 2000.
77. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación del adulto mayor. Viviendas que ocupan los adultos mayores en el Perú. [Página en internet]. 2013. [Actualizado sep 2013]; 33 – 62.

78. Cuevas A, Vela O, Carrada B. Identificación de factores de riesgo en familiares de enfermos diabéticos tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2006; 44(4):313-320.
79. Palomo G, Icaza N, Mujica E, Núñez F, Leiva M. “Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en población adulta”. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 904-912.
80. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Diabetes y Tabaquismo. [Portal en internet]. 2011. Disponible en: <http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/enfermedades/tabaquismo-diabetes.html>
81. Alarcón S. Capacidad de Auto cuidado del Paciente Diabético Crónico. (Tesis licenciada en enfermería). Cuba: Hospital de Chillan.2000.
82. Mendoza L; Valverde S. Factores Biosocioculturales y autocuidado en el adulto mayor diabético del Hospital III – Es salud. Chimbote. (tesis licenciada en enfermería). Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2007.
83. Hidalgo C. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. (Tesis licenciada en enfermería). Lima: Universidad Mayor de San Marcos. 2005.
84. Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Ginebra: Serie de informes técnicos; 2003.Pag. 49. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf
85. Nueva edición. Alimentación en diabéticos. [Portal en internet]. 2013. Disponible en: <http://alimentacionparadiabeticos.net/> Alimentación sana. Perú. [Página en internet]. Lima: La dieta en la hipertensión. C2013. [Actualizado 29 may 2013; citado 04 jun 2013]. Disponible en:<http://www.alimentacion-sana.com.ar/informaciones/novedades/Hipertensi%F3n%20y%20Alimentaci%F3n.htm>

86. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Situación del adulto mayor. Ámbito geográfico en el adulto mayor en el Perú. [Página en internet]. 2013. [Actualizado sep 2013]; 33 – 62.
87. Yanes M, Cruz J, Yanes AM, Calderín R, Pardías L, Vázquez G. Diabetes mellitus en el anciano, un problema frecuente. Rev Cubana de Med Gen Integr [serie en Internet]. 2009 [citado 2008]; 25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200011&lng=
88. Fernández L. Tiempo libre y nuevas responsabilidades en adultos mayores. Psicología evolutiva: Adolescencia, madurez y senectud, Madrid: Ed. 3. pp. 304-308.
89. Ayay Rocío. Nivel de Información sobre Diabetes Mellitus y Calidad de Autocuidado en Pacientes Adultos del Programa de Control de Diabetes del Hospital Chepén. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo; 2008. Pp. 4-9,11.]
90. Guioteca. Actividad física. [Página de internet]. Santiago; c2011. [Actualizado 24 nov 2011; citado 27 may 2013]. Disponible en: <http://www.guioteca.com/adulto-mayor/el-tiempo-libre-en-adultos-mayores-y-que-hacer-con-el/>
91. Kozier B. Fundamentos de Enfermería. 7º ed. Editorial Mc Graw – Hill – Interamericana, México; 2004.
92. Malca G, Quilcate P. Factores Demográficos y la Práctica de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus. Hospital Tomás La Fora - Guadalupe. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo; 2012. Pp. 23-25.]
93. Alburg S. Vejez y calidad de vida. (2008) Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos87/alternativas-actividades-disminuir-consumo-bebidas/alternativas-actividades-disminuir-consumo-bebidas2.shtml#bibliograa>
94. Salinas A, Manrique B, Téllez M. Redes de apoyo social a la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa

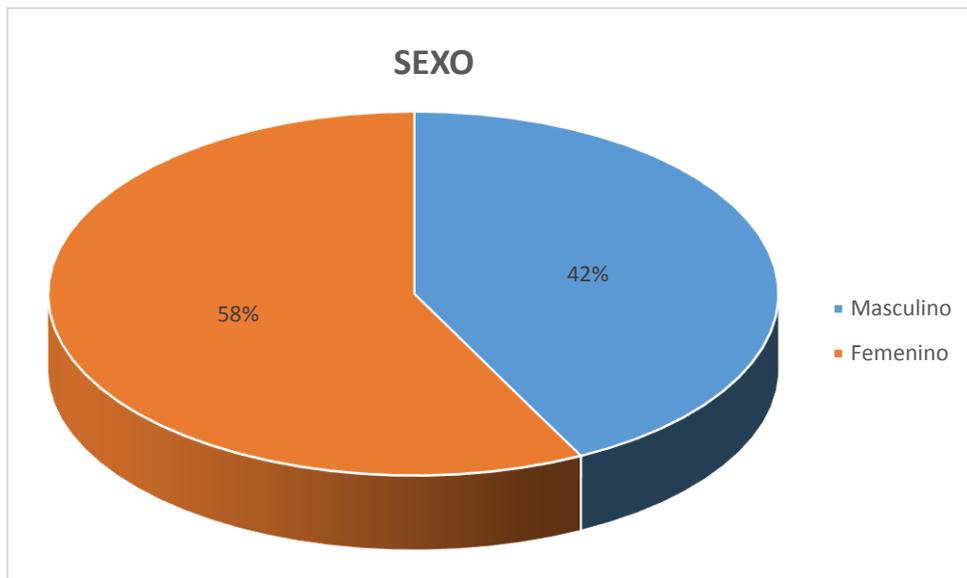
- oportunidades. Revista de la sociedad peruana de HTA volumen III. Revista de la sociedad peruana de HTA. Lima: 2004.
95. Lorenzo Z. Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en ancianos que sufren la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2004 [citado 2008]; 20: 5-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500005&lng=es
 96. Anzola Pérez, E.; Galinsky, D.; Morales, M.F.; Salas, A. y Sánchez, M. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. 2000. Publicación científica 546. Organización Panamericana de la Salud.
 97. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León EM, Marín C, Alfonso J. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2005;17(5/6):353–61.
 98. 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. Portuía vol. VIII N °1.2008, 1153, iss N 1578-O236 Universidad de Huelva 2009.
 99. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación del adulto mayor. Ayuda social al adulto mayor en el Perú. [Página en internet]. 2013. [Actualizado sep 2013]; 33 – 62.
 100. Allu, M. [página en internet]. Perú: Importancia de un chequeo médico; © 2011 [actualizado 31 Enero 2011, citado 15 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.doctorresponde.com/blog/la-importancia-de-un-chequeo-medico.html> 12.
 101. Vargas, J. Molina, G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2009; 27 (2). 14.
 102. Pelcastre V., Treviño S., González V., Márquez S. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México: Cad. Saúde Pública. 2011; (27): 03-10.

103. Arias, C. (2002). Las redes de apoyo social en las personas de edad. Mar del Plata. Universidad de Mar del Plata. En Montes de Oca, V. (2003). Redes comunitarias, género y envejecimiento. El significado de las redes comunitarias en la calidad de vida de hombres y mujeres adultos mayores en la ciudad de México. Investigación.
104. 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. 2009; 26 (2): 7- 12.

ANEXO N° 01

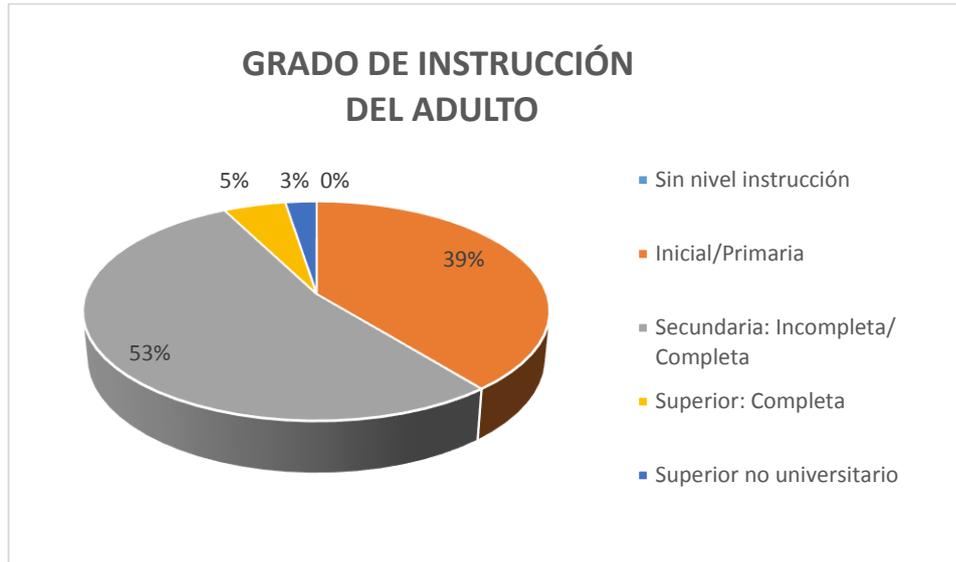
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

GRAFICO 1



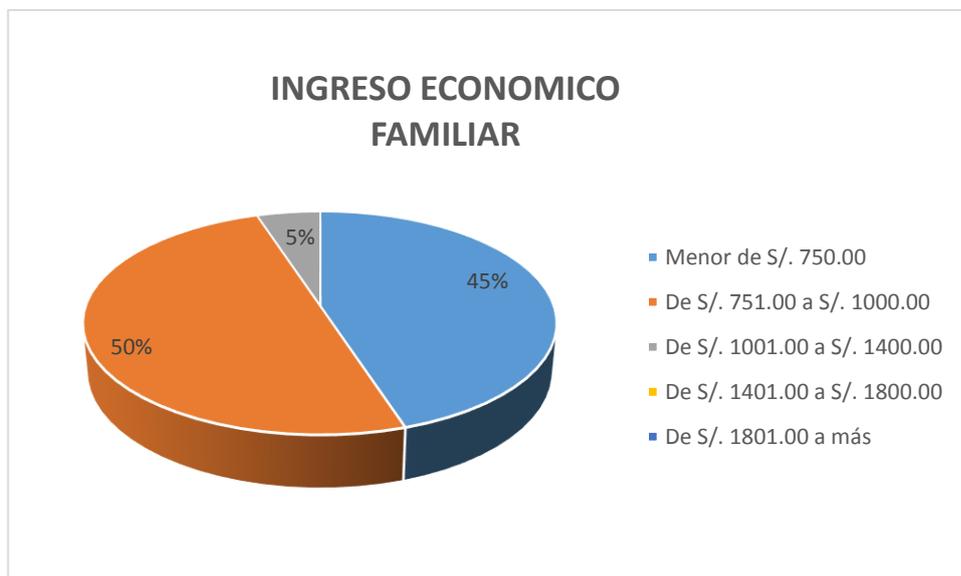
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 2:



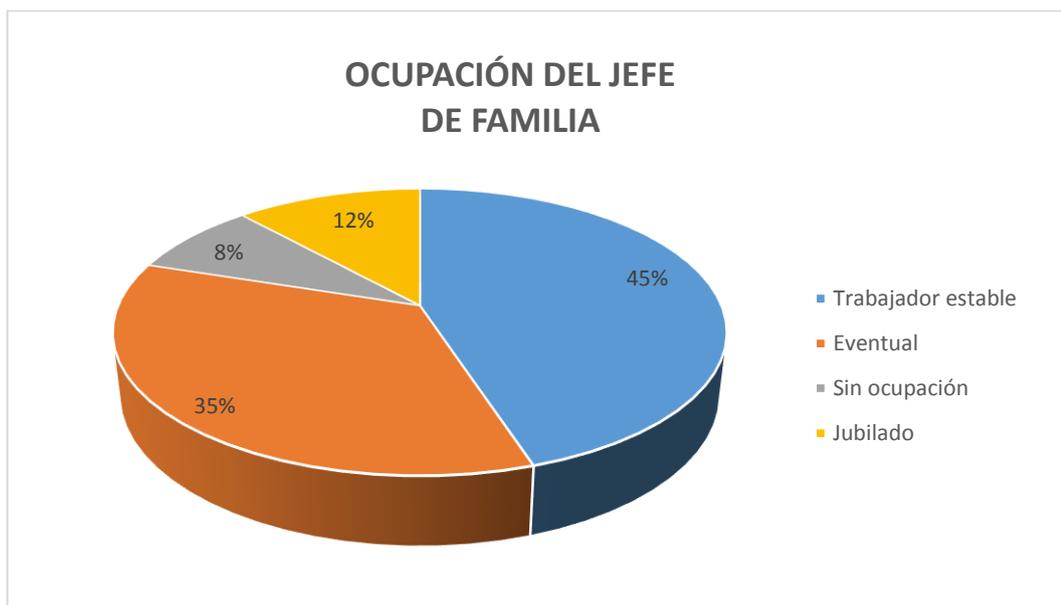
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 3:



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

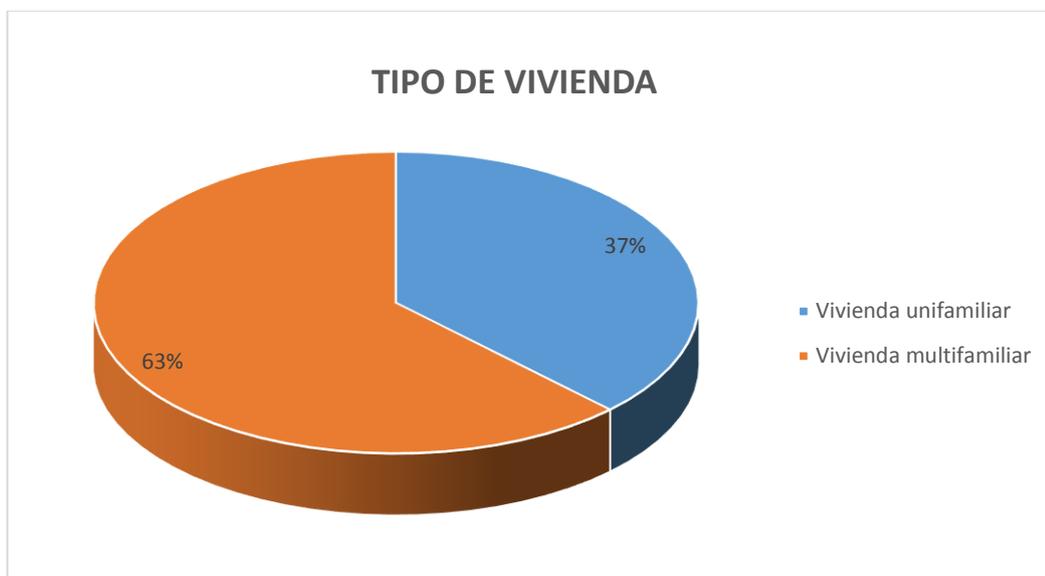
GRAFICO 4:



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes.

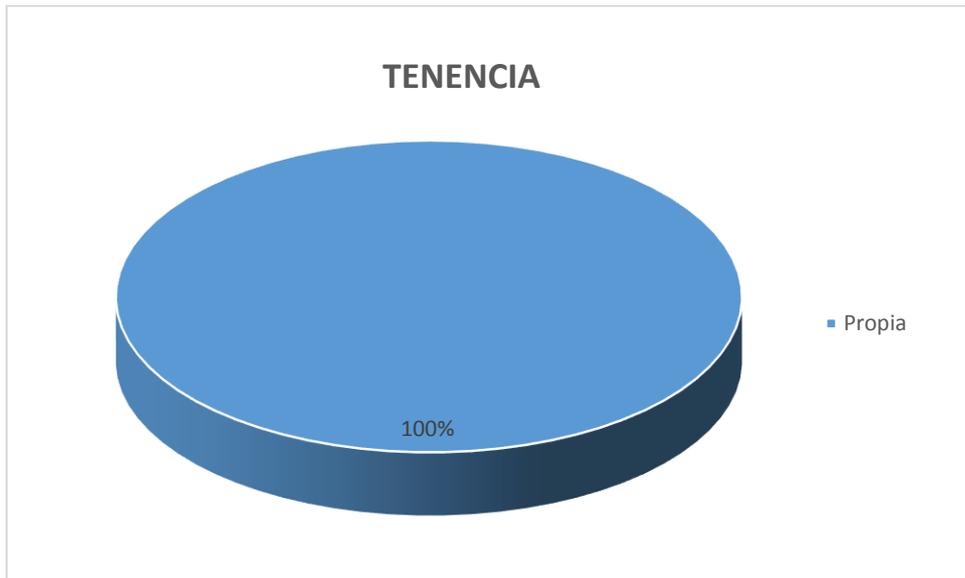
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRAFICO 5



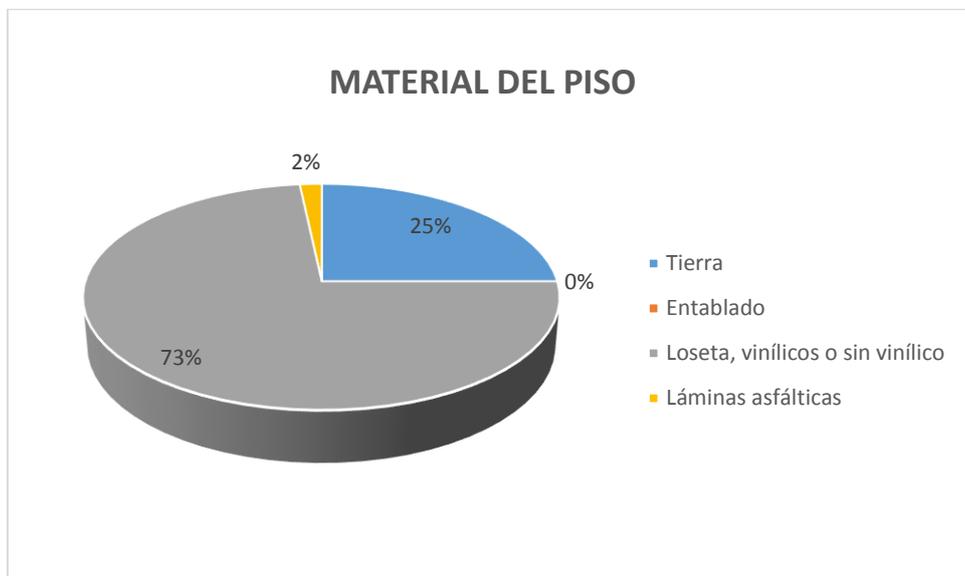
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vélchez Reyes.

GRAFICO 6



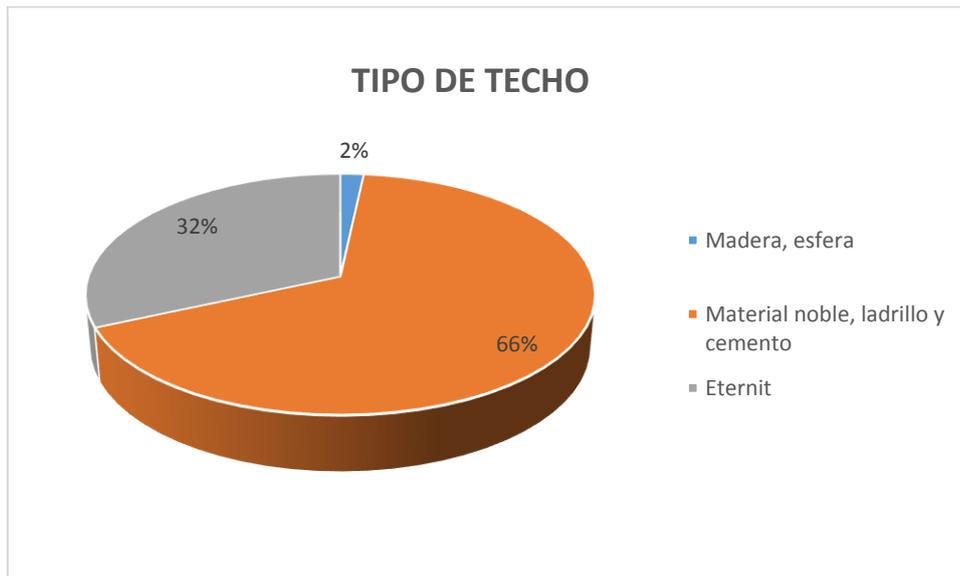
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 7



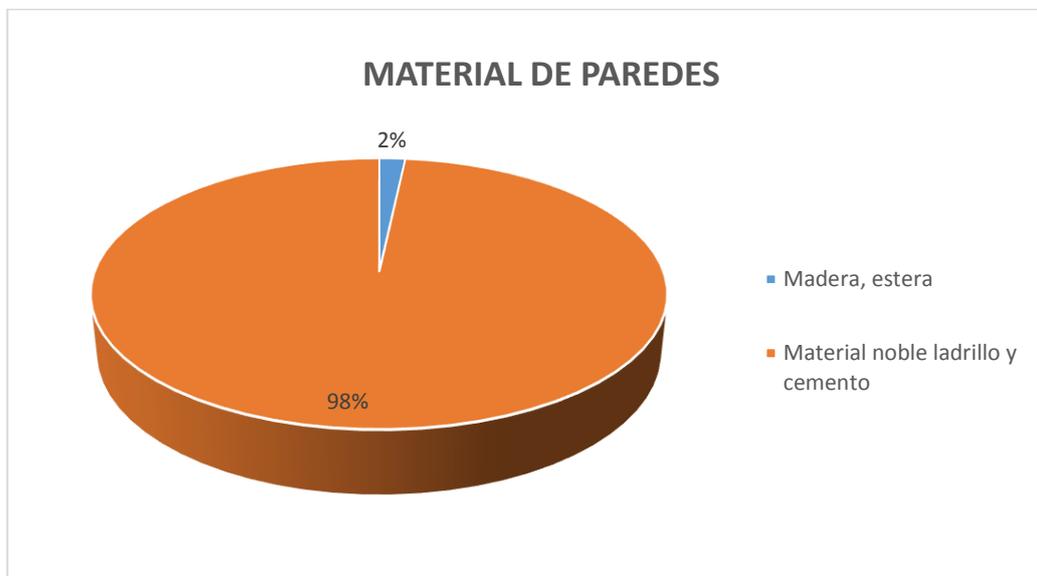
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 8



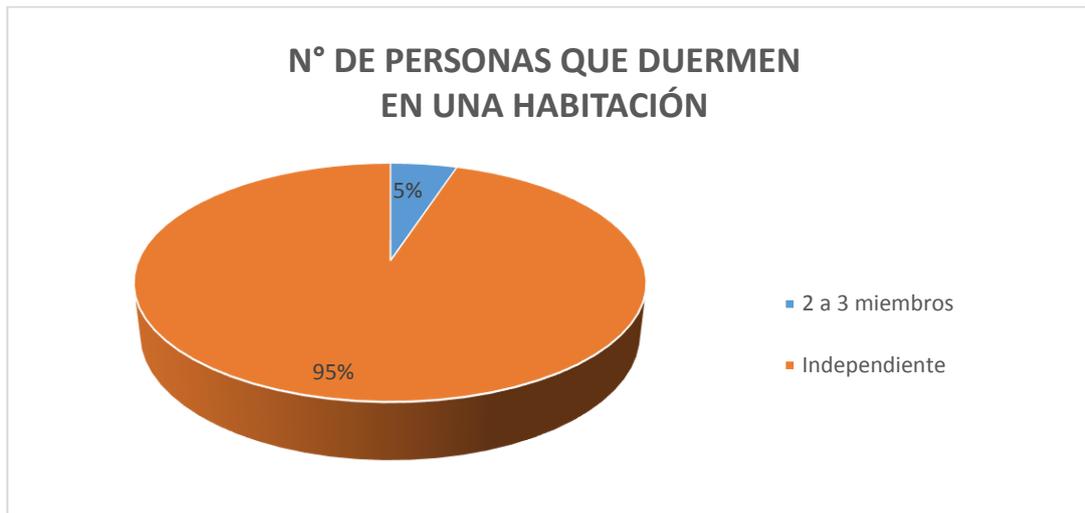
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 9



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 10



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 11



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 12



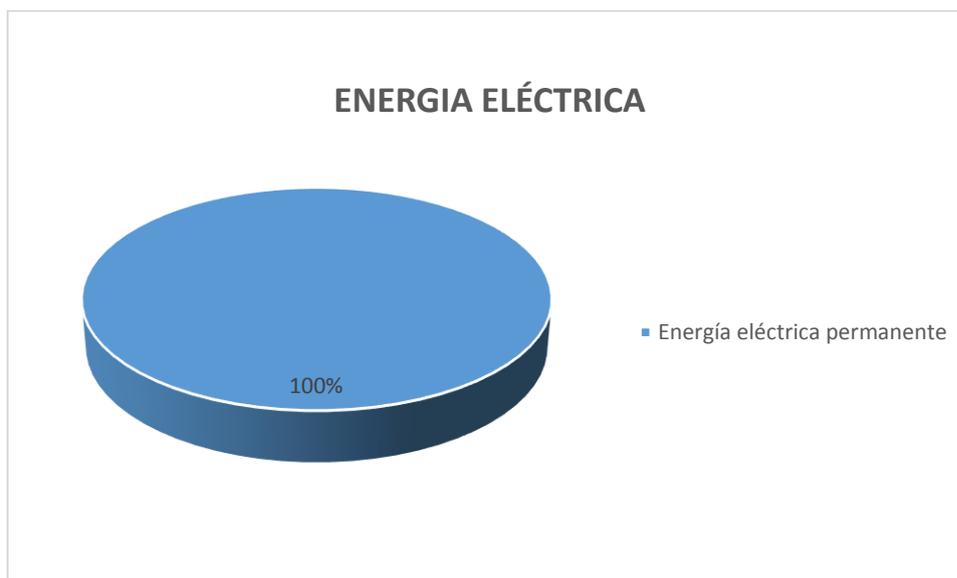
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 13



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 14



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 15



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 16



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

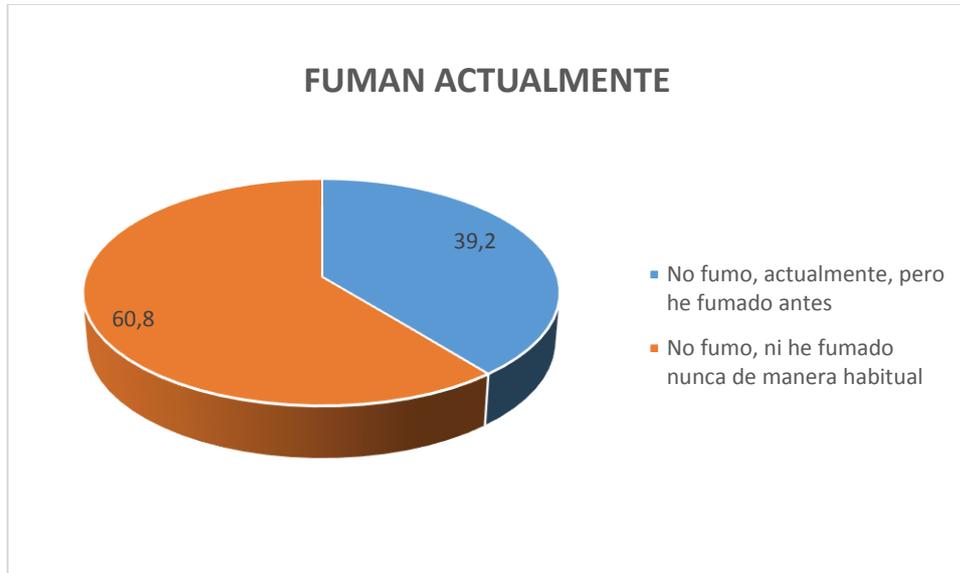
GRAFICO 17



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

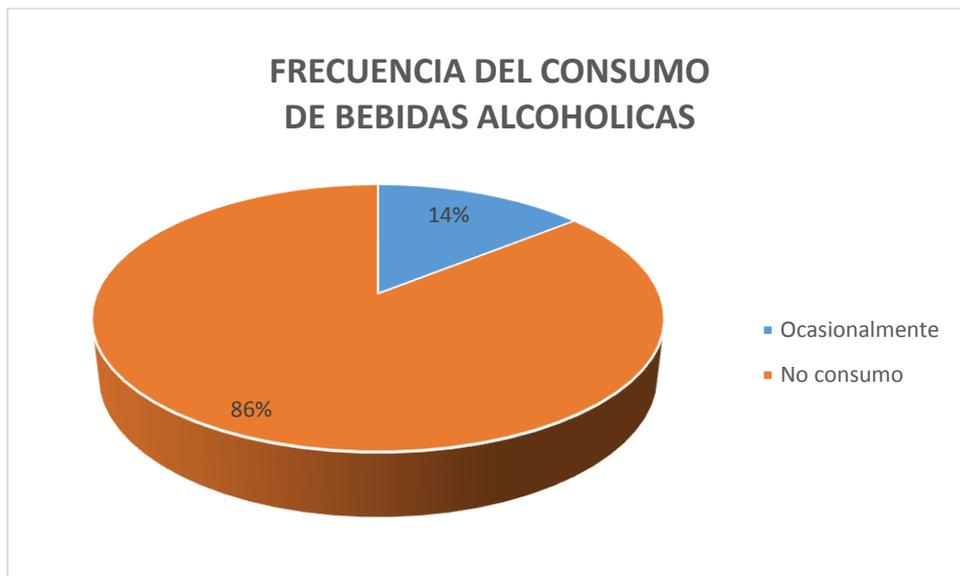
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRAFICO 18



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 19



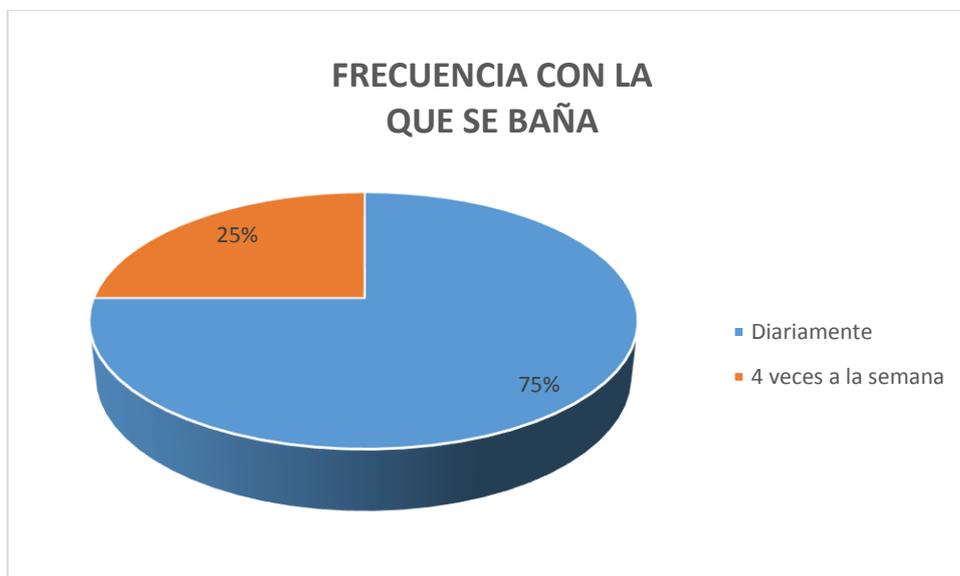
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 20



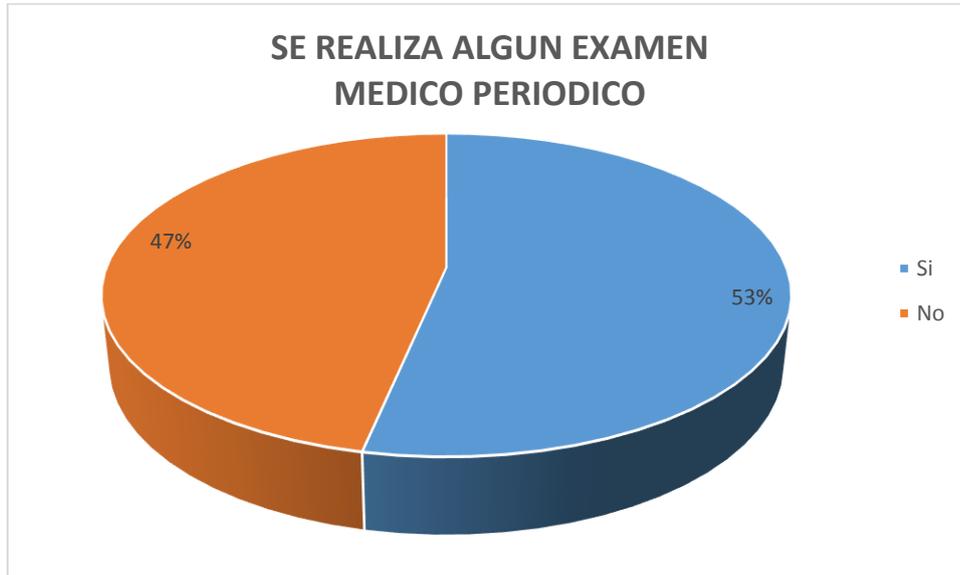
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 21



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 22



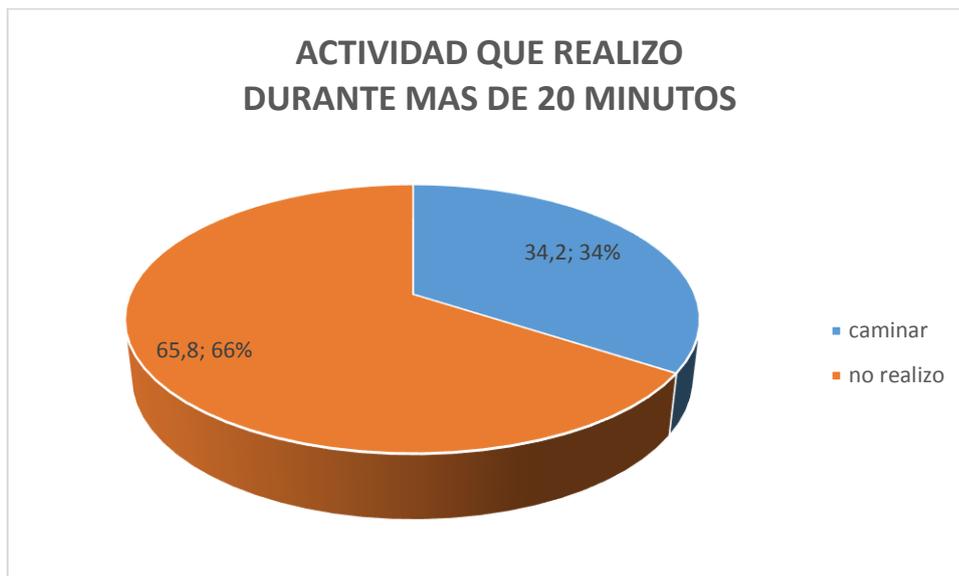
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 23



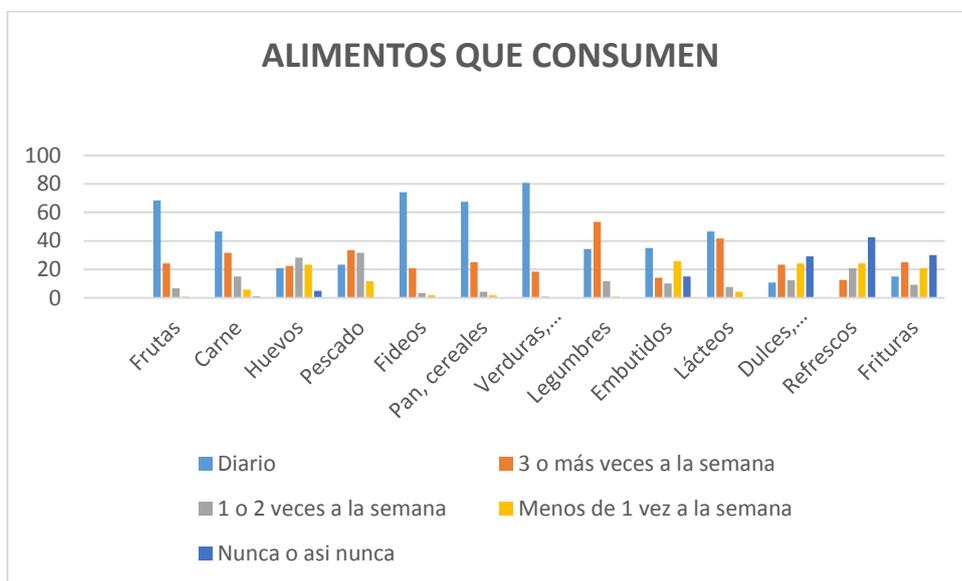
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 24



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

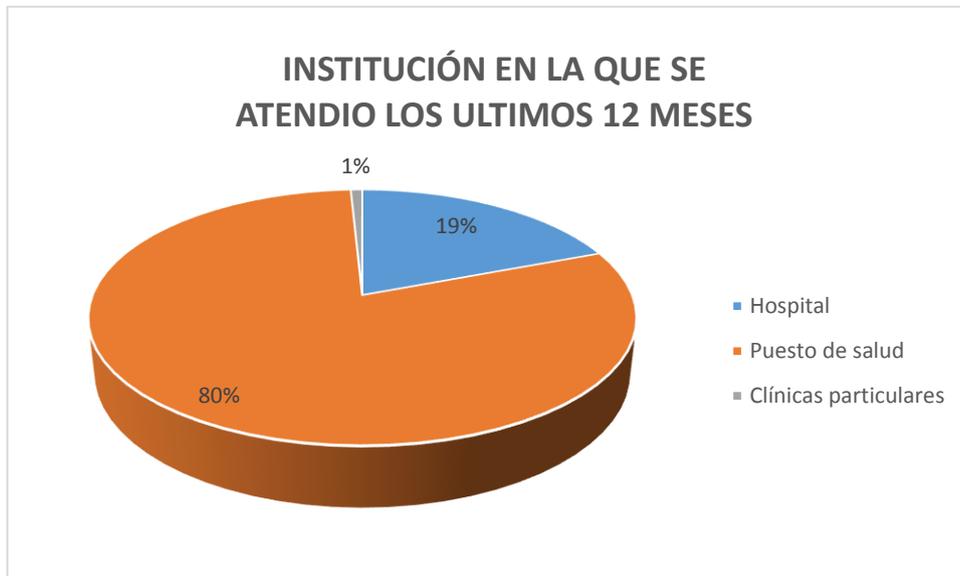
GRAFICO 25



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

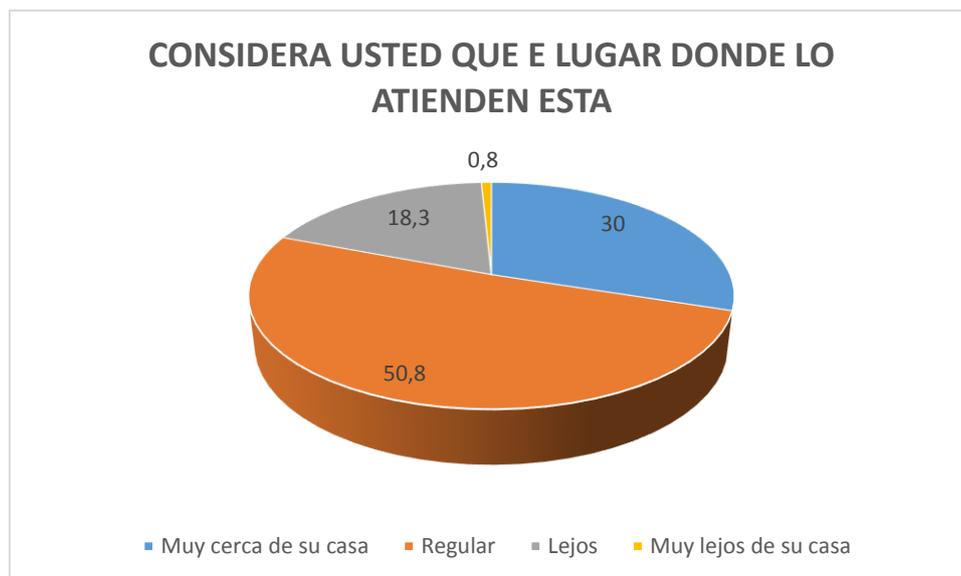
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRAFICO 26



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 27



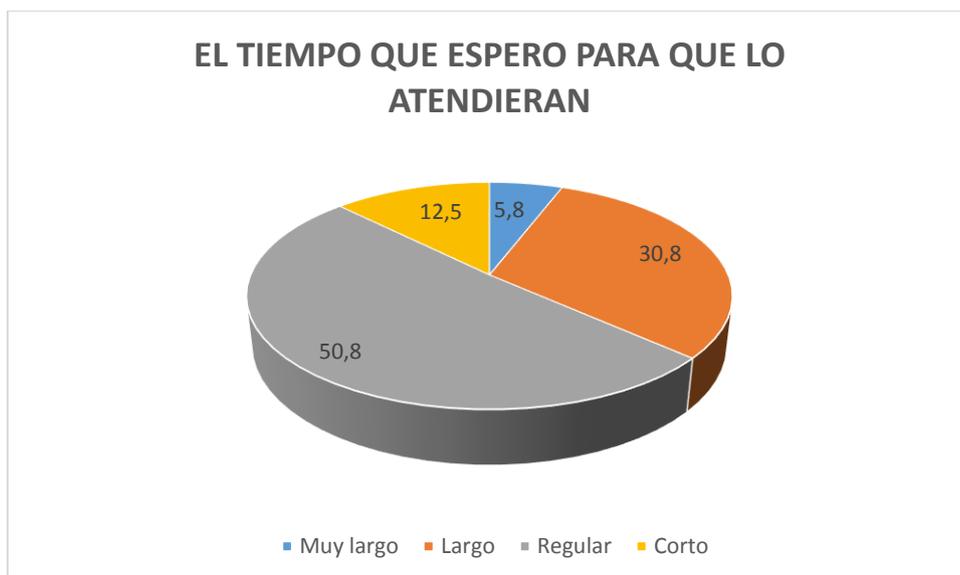
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 28



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 29



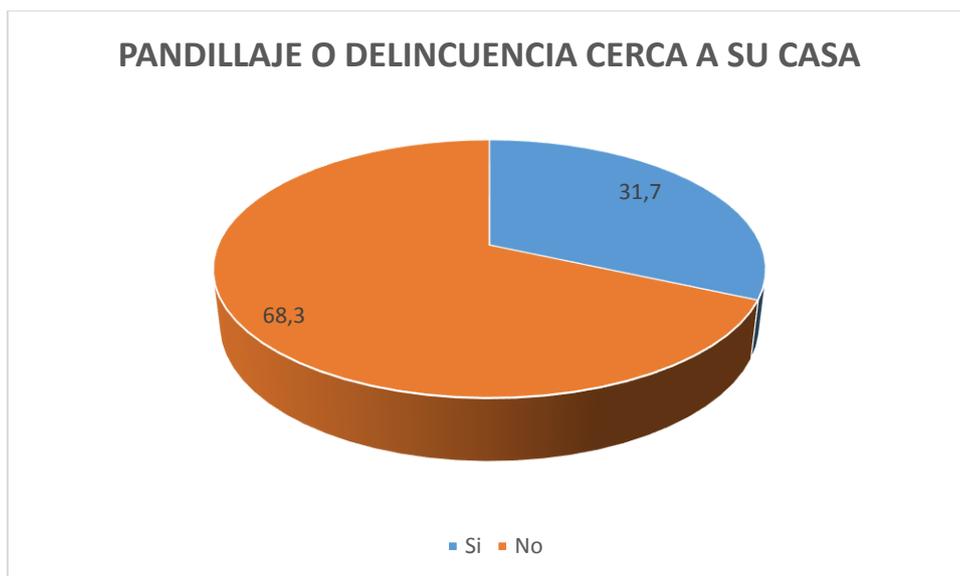
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 30



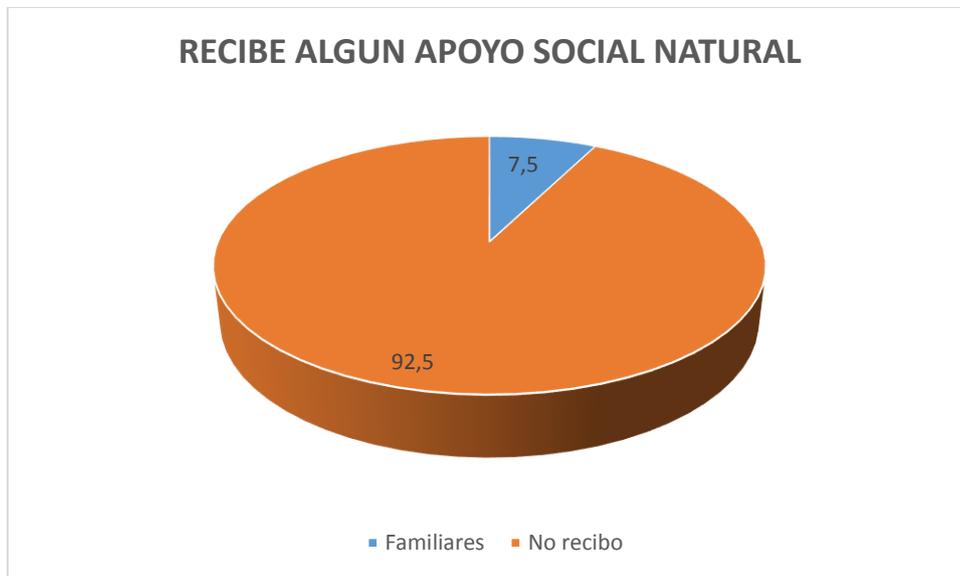
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 31



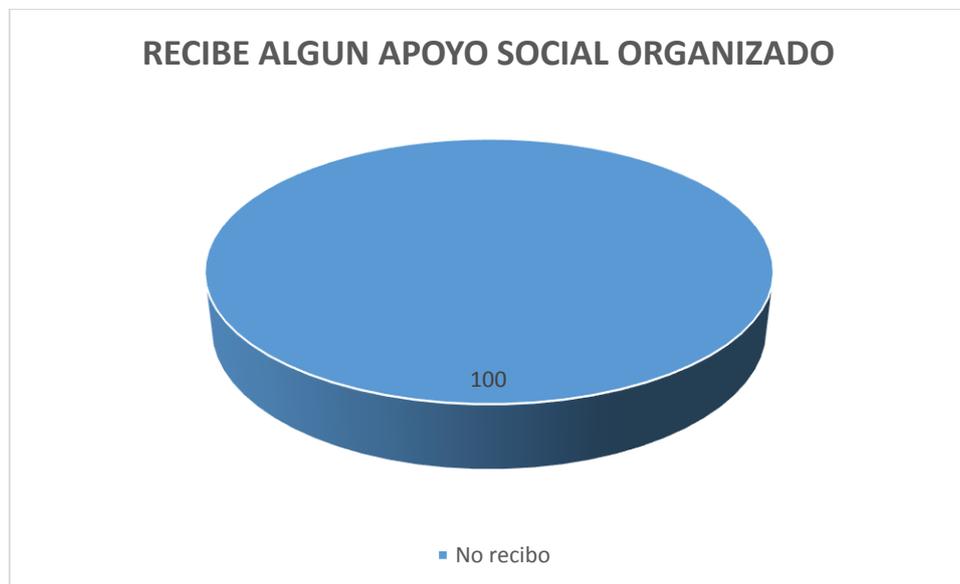
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 32



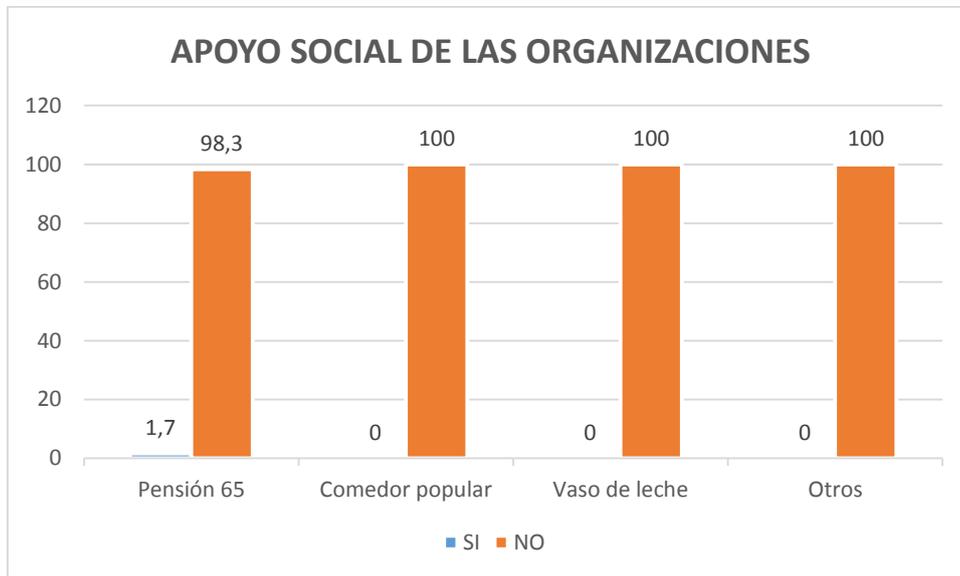
Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 33



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

GRAFICO 34



Fuente: Cuestionario de determinantes de la salud en adultos diabéticos. Puesto de Salud Miraflores Alto_Chimbote, 2014 elaborado por la Dra. María Adriana Vílchez Reyes.

5. Ocupación del jefe de familia:

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

6. Vivienda

6.1. Tipo:

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

6.2. Tenencia:

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

6.3. Material del piso:

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

6.4. Material del techo:

- Madera, estera ()
- Adobe ()

- Estera y adobe ()
- Material noble ladrillo y cemento ()
- Eternit ()

6.5. Material de las paredes:

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

6.6 Cuantos personas duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua:

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

8. Eliminación de excretas:

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

9. Combustible para cocinar:

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

10. Energía eléctrica:

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

11. Disposición de basura:

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

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

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

17. Con que frecuencia se baña?

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

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

Si () NO ()

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

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

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

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

21. DIETA:

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

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

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

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

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

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

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

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

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

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

27. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

- Otros ()

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

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

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

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

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si () No ()

ANEXO N° 02

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 9 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada una de la expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA EN LAS REGIONES DEL PERÚ”. (Ver anexo).

3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
 - esencial?
 - útil pero no esencial?
 - no necesaria?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas (Ver anexo)
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 9 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla --)

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

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

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

ANEXO N° 03

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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

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

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

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

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

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

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO: _____

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE: _____

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA			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:								
P4								
Comentario:								

P5									
Comentario:									
P6									
Comentario:									
P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
Comentario:									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									

Comentario:									
P13									
Comentario:									
5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentarios									
P18									
Comentario									
P19									
Comentario									
P20									
Comentario									
P21									
Comentario									
6 DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS									
P22									
Comentario:									
P23									

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

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

Gracias por su colaboración.

ANEXO N°04



UNIVERSIDAD 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
DIABÉTICOS. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO_CHIMBOTE,
2014**

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

.....