



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADULTOS
MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD
NICOLÁS GARATEA-NUEVO CHIMBOTE, 2016**

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

AUTORA:

**NANCY ELIZABETH ALBARRAN ANAMPA
ORCID: /0000-0002-0635-7962**

ASESOR(A):

**DRA MARÍA ADRIANA VILCHEZ REYES.
ORCID: 0000-0001-5412-2968**

CHIMBOTE-PERÚ

2019

EQUIPO DE TRABAJO

AUTORA

Nancy Elizabeth Albarran Anampa

ORCID: 0000-0001-5412-2968

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Pregrado,
Chimbote, Perú

ASESOR

Dra. María Adriana Vílchez Reyes

ORCID: 0000-0001-5412-2968

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad Ciencias de la
Salud, Escuela Profesional de Enfermería, Chimbote, Perú

JURADO

Dra. María Elena Urquiaga Alva

ORCID: 0000-0002-4779-0113

Mgtr. Leda María Guillen Salazar

ORCID: 0000- 0003-4213-0682

Mgtr. Fanny Rocío Ñique Tapia

ORCID: 0000-0002-1205-7309

JURADO EVALUADOR Y ASESOR

DRA. MARÍA ELENA URQUIAGA ALVA
PRESIDENTA

MGTR. LEDA MARÍA GUILLÉN SALAZAR
MIEMBRO

MGTR. FANNY ROCÍO ÑIQUE TAPIA
MIEMBRO

DRA. MARÍA ADRIANA VILCHEZ REYES
ASESOR

AGRADECIMIENTO

A Dios quién en su gran amor nos considera sus hijos y me dio los consejos para saber qué camino tomar en la vida, permitiéndome levantarme y no desfallecer en el logro de mis metas, aspiraciones y cumplir como ser humano.

A mi familia quienes son, la razón de mi vida, los que me impulsan a sacar fuerzas para seguir adelante y por apoyarme en todas mis decisiones con el fin de cumplir con mis expectativas de progreso.

A la Dra. María Adriana Vílchez Reyes por su asesoramiento, dedicación y apoyo constante para poder hacer realidad este informe de tesis.

DEDICATORIA

A Dios por haber permitido la realización de mis logros, por ser la fuente de aguas cristalinas que han refrescado cada momento de mi vida, además de su infinita paciencia, bondad y amor. Así mismo por sus consejos que han influenciado en la mayor parte de mis decisiones para seguir el camino del éxito y lograr concluir con satisfacción todo lo requerido en este trabajo de investigación.

A mis padres por estar a mi lado y sentir su apoyo y aliento en cada uno de mis logros alcanzados en cada etapa de mi vida. Y por seguir aconsejándome para no perder el rumbo en valores morales y normas de responsabilidad, así como otras cualidades que me han formado a través de estos años, manteniéndome fuerte y con las energías para cumplir con mis metas, así como la presentación de esta investigación.

RESUMEN

El presente trabajo investigación de nivel descriptivo, tipo cuantitativo y diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de salud Nicolás Garatea. La muestra fue de 100 adultos mayores hipertensos. El instrumento aplicado un cuestionario sobre determinantes de la salud y la técnica de entrevista y observación. Además los datos se ingresaron en la base de datos Microsoft Excel para ser exportados al software PASW Statistics versión 18.0, para su respectivo procesamiento. Y entre los resultados y conclusiones se obtuvo que: Los determinantes biosocioeconómico casi la totalidad tienen ingreso económico menor a 750 soles, la mayoría son de sexo femenino, más de la mitad ocupación eventual y menos de la mitad instrucción inicial/primaria; también mayoría tiene tenencia de la vivienda propia, material de paredes noble y frecuencia que pasa la basura al menos 2 veces por semana. En los determinantes de estilos de vida, la mayoría no fuma, no consume bebidas alcohólicas, duerme de 06 a 08 horas, consume a diario frutas, fideos, pan, cereales, verduras; la mitad consume frituras y menos de la mitad no realiza actividad física. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias, casi la totalidad tiene seguro SIS-MINSA, no recibe apoyo organizado, pensión 65 y comedor popular; la mayoría afirmó que cerca de casa hay pandillaje o delincuencia, más de la mitad esperó por largo tiempo la atención y la calidad de atención fue regular en la posta.

Palabras clave: Adultos mayores hipertensos, determinantes de la salud.

ABSTRACT

The present research work of descriptive level, quantitative type and design of a single box. It aimed to describe the determinants of health in hypertensive older adults. Health post Nicolás Garatea. The sample was 100 hypertensive older adults. The instrument applied a questionnaire on health determinants and the interview and observation technique. In addition, the data was entered into the Microsoft Excel database to be exported to PASW Statistics software version 18.0, for its respective processing. Reaching the following conclusions and results: In the biosocioeconomic determinants almost all of them have economic income less than 750 soles, the majority are female, more than half eventual occupation and less than half initial / primary education; Most also have ownership of their own home, noble wall material and frequency that passes the garbage at least 2 times per week. In the determinants of lifestyles, the majorities do not smoke, do not consume alcoholic beverages, sleep from 06 to 08 hours, consume daily fruits, noodles, bread, cereals, vegetables; half consume fried foods and less than half do not perform physical activity. In the determinants of social and community networks, almost all of them have SIS-MINSA insurance, do not receive organized support, pension 65 and popular dining room; the majority affirmed that there is gang or crime near home, more than half of them waited for a long time for attention and the quality of care was regular at the post.

Keywords: Hypertensive older adults, health determinants..

ÍNDICE

	Pág.
1. Título de tesis.....	i
2. Equipo de trabajo.....	ii
3. Hoja de firma del jurado y asesor.....	iii
4. Hoja de agradecimiento y/o dedicatoria.....	iv
5. Resumen y Abstrac.....	vi
6. Contenido.....	viii
7. Índice de gráficos y tablas.....	ix
I. Introducción.....	1
II. Revisión literaria.....	12
2.1. Antecedentes de la investigación.....	12
2.2. Bases teóricas y conceptos de investigación.....	20
III. Metodología.....	32
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	32
3.2. Universo muestral.....	32
3.3. Definición y operacionalización de variables.....	33
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	44
3.5. Plan de análisis.....	47
3.6. Matriz de consistencia.....	48
3.7. Principios éticos.....	50
IV. Resultados.....	52
4.1. Resultados.....	52
4.2. Análisis de resultados.....	61
V. Conclusiones.....	115
Aspectos complementarios.....	117
Referencias Bibliográficas.....	119
Anexo	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1	
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD NICOLÁS GARATEA, 2017.....	52
TABLA 2	
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD NICOLÁS GARATEA, 2007.....	53
TABLA 3	
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD NICOLÁS GARATEA, 2017.....	56
TABLA 4, 5, 6	
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD NICOLÁS GARATEA, 2017.....	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO DE TABLA 1	
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD NICOLÁS GARATEA, 2017.....	167
.	
GRÁFICO DE TABLA 2	
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN LOS ADULTOS MAYORES EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD NICOLÁS GARATEA, 2017.....	169
GRÁFICO DE TABLA 3	
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD NICOLÁS GARATEA, 2017.....	175
GRÁFICO DE TABLA 4,5, 6	
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN LOS ADULTOS MAYORES EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD NICOLÁS GARATEA, 2017.....	179

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se fundamenta en los determinantes de la salud de los adultos mayores hipertensos. Y para respaldar el análisis de esta problemática es necesario partir del conjunto de factores, que han permitido condicionar los problemas de salud, y que han influido en el grupo poblacional de la presente investigación. Entre estos factores están el entorno biosocioeconómico como el ingreso económico, la ocupación, la vivienda, etc. También están los estilos de vida, relacionados a patrones de comportamiento. Así como las redes sociales y comunitarias. Todas estas condiciones a través del tiempo actúan de manera asociada para proteger o desamparar a los individuos. Y en este caso se han generado factores de riesgo para desarrollar enfermedades no transmisibles entre ellas la hipertensión arterial en un porcentaje alto de adultos mayores. Con esto se entendió que la hipertensión no es consecuencia normal del envejecimiento.

Por tal razón esta investigación abordó la problemática debido a la vulnerabilidad y al incremento de enfermedades asociadas a la hipertensión arterial como accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, cardiopatía coronaria y de otras afecciones, que son causantes de muerte en muchas personas adultas mayores en el Perú. Para esto sea realizado una indagación profundizar desde el punto de vista de la salud y con una tendencia a lo académico para lograr proponer información objetiva, precisa y actualizada. Además de brindar datos estadísticos confiables. En base a la problemática que se afronta y perjudica la salud de los adultos mayores hipertensos. A este respecto como futuro personal

de salud, es necesario conocer todos los factores tanto personales, sociales, ambientales y económicos, que intervienen para determinar el estado de salud de los adultos mayores hipertensos.

En este informe el tipo de investigación es descriptivo, cuantitativo y el diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo general: Describir los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de salud Nicolás Garatea_Nuevo Chimbote, 2016. En base a esto, se ratifican los demás aspectos, en los que se sustenta esta investigación entre ellas: la introducción, resultando ser la parte inicial en donde se especifican el desarrollo de la investigación; también la revisión de la literatura que consistió en la recopilar de información que es el soporte y permite aclarar la problemática de investigación; la metodología tiene como fin asegurar la validez y la confiabilidad del resultado; al mismo tiempo los resultados muestran la recolección de datos, que son la validez del estudio. Por último la referencia bibliográfica son las fuentes utilizadas por el estudiante en la elaboración del informe final.

El informe de investigación tuvo metodología descriptiva, nivel cuantitativo y diseño de una sola casilla, obteniéndose los siguientes resultados: el 70,0 % (70) son el sexo femenino; el 49,0% (49) el grado de instrucción es inicial / primaria; el 94.0% (94) tienen ingreso económico < 750 nuevos soles y el 55,0 % (55) la ocupación del jefe de familia es eventual. Y el 81,0% (81) duerme 6 a 8 horas; el 47,0% (47) no realiza actividad física; el 44,0% (44) no realiza actividad física en 20 minutos. Y la conclusión es que casi la totalidad tienen ingreso económico menor a 750 soles, la mayoría es de sexo femenino,

más de la mitad ocupación eventual, menos de la mitad grado de instrucción inicial/primaria, Además la mayoría duerme de 06 a 08 horas. Y menos de la mitad no realiza actividad física, ni realizó en las dos últimas semanas ninguna actividad física.

En esta misma línea los informes brindados por Organización Mundial de la Salud (OMS), refieren que la hipertensión arterial afecta aproximadamente a 1.000 millones de personas en el mundo y es la enfermedad crónica más frecuente en adultos mayores. Además un gran número de los afectados desconoce que padece esta enfermedad, pero el tratarlo a tiempo puede evitar consecuencias graves. Así mismo los especialistas confirman, que cuanto más alta sea la presión arterial, mayor será la probabilidad de sufrir un infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y enfermedad renal. También se han obtenido datos de más de 19 millones de personas que padecen de hipertensión arterial en todo el mundo. Y según dicho estudio, el número de pacientes hipertensos ha pasado de 594 millones en 1975, a 1,130 millones en el 2015. Por esta razón la OMS alertó, que para 2015 podrían morir 20 millones de personas por enfermedad cardiovascular, y principalmente por infarto (1).

De igual manera según la Liga Mundial de Hipertensión (WHL) y la Sociedad Internacional de Hipertensión (ISH), en sus estudios más reciente sobre la carga global de la enfermedad, se estimó que hubo 10,3 millones de muertes en el mundo, en el 2013 y fueron consecuencia directa de la hipertensión. Además ha estado en aumento hasta el 2018. Y se ha considerado la 1ª causa de enfermedad en los países desarrollados; 1ª causa de ataque cerebrovascular e

insuficiencia cardíaca; y la 2ª causa de síndrome coronario agudo. En la actualidad la hipertensión arterial está afectando de manera desproporcionada a países de ingresos bajos y medios. Se concluyó que cuatro de cada diez adultos en el mundo padece hipertensión arterial. Y en el grupo etáreo de 20 a 40 años se puede hallar hipertensión arterial en un 10%. También a los 60 y más años la proporción se ha incrementado en 50%. Una de cada 5 personas tiene prehipertensión (2).

En ese mismo estudio sus fuentes revelaron que un 49% de los ataques cardíacos y un 62% de los trastornos cerebrovasculares se atribuye al padecimiento de hipertensión arterial. Además en consulta externa el motivo más frecuente por la cual acude la población en general y en especial la población mayor a partir de los 45 años, de ambos sexos es por los problemas generados por la hipertensión. Y de las primeras 20 causas de egreso hospitalario, las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el tercer lugar aportando un 3,5% del total, la insuficiencia cardíaca aporta el 2,0% y la diabetes mellitus, el 1,6%. En el grupo de personas mayores de 60 a más años de edad, la enfermedad isquémica del corazón y la insuficiencia cardíaca congestiva ocupan el primer lugar de egresos hospitalarios (2).

Por otra parte los datos obtenidos de la población de América Latina y el Caribe (ALC) demostraron que las personas están envejeciendo a un ritmo acelerado y según las condiciones de salud, la principal causa de mortalidad y morbilidad entre los adultos mayores en ALC son las enfermedades cardiovasculares incluidas la isquemia cardíaca, relacionada a la hipertensión

arterial. La prevalencia de estas enfermedades aumenta notablemente con la edad, y partir de los 70 años se incrementan a más del 40% en algunos casos. La hipertensión arterial es una de las principales causas detrás de las enfermedades cardiovasculares. La OMS estimó que el 50% de los casos de estas enfermedades se podría evitar controlando la hipertensión arterial. La prevalencia de la hipertensión presenta una tendencia decreciente en la región desde 1975. Sin embargo, sus valores todavía son relativamente altos, en particular entre los hombres, llegando al 30%, según estimaciones de la OMS en el 2015 (3).

Así también en los datos presentados por Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se informó, que uno de cada tres mexicanos mayores padece hipertensión arterial, enfermedad crónica degenerativa y cardiovascular, y se registran 7 millones de casos, que provocan más de 50 mil muertes al año. Además se estimó que hasta 80% de la población vive con esta enfermedad silenciosa, que no da síntomas y está relacionada con el sobrepeso y obesidad, afirmó el jefe de la Clínica de Trasplantes y Asistencia Ventricular del Hospital de Cardiología de Siglo XXI en México, evidenciando la prevalencia más alta de hipertensión arterial en todo el mundo, según Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2014; atribuyéndose a la falta de un diagnóstico oportuno y al desconocimiento de los factores de riesgo que denoten la elevación de la presión arterial. Para combatir esta enfermedad, que cada día causa la muerte de 138 personas, se aplicó el Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas.

También Colombia en su informe titulado “La Cuenta de Alto Costo” mostro datos sobre la prevalencia de hipertensión arterial en adultos mayores, siendo uno

de los más altos en el 2016 y la mayor proporción estuvo presente en las ciudades de Risaralda, Valle del Cuenca, Antioquia, Bolívar y Caldas, las cifras oscilaron entre 10,5% y 10,8%. La cantidad total fue de 3'524,445 hipertensos, con prevalencia de 7,2%. Esto contrasta con las cifras del 2017 que mostraron 3'776,893 hipertensos y una prevalencia de 7,6%; de los cuales el 63% se encuentran afiliados a un régimen contributivo y el 36% al régimen subsidiario. Esta enfermedad es una condición frecuente en las mujeres en un 62%, y en los hombres en 38%. Además se diagnosticaron 281,050 nuevos casos de hipertensión arterial (5,7 por cada 1000 habitantes) entre julio del 2016 y junio del 2017. Para los adultos mayores de 65 años, la hipertensión y enfermedades isquémicas del corazón se encuentran entre las diez primeras causas de servicio de urgencias (5).

En el informe de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA). Reveló que casi 100 mil argentinos sufre de hipertensión, y el 53% esta diagnosticada con hipertensión, Además la mitad de esas personas desconocía esa condición médica, Y en las conclusiones de este estudio, se observó que una de cada dos personas que desconocía sus niveles de presión eran hipertensas representando el 53%, y de ellas, el 26,8% ni siquiera lo sabía. Pero el 73.2% de los que si conocían solo 1 de cada 2 tenía su presión bien controlada y formaban parte del grupo etáreo de adultos mayores. En Argentina las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte. Y según estadísticas oficiales, en el 2017 se produjeron en Argentina 90.222 muertes por enfermedades cardiovasculares, Y esto se puede evitar contralando los valores

normales de la presión. La hipertensión se cobra 92 fallecimientos por día en Argentina y muchos quedan con discapacidades importantes (6).

Por otra parte en el Perú el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2017 informó que el 39,7% de la población adulta mayor padece de alguna enfermedad relacionada a la hipertensión Arterial. Y según la Encuesta Nacional de Hogares, el 39,7% de la población adulta mayor presentó enfermedad o accidente y el 52,3 % síntomas de enfermedad o malestares. Además explicaron que elevación de la presión arterial se asocia a un aumento de la incidencia de enfermedad cardiovascular; sin embargo, se puede tratar mejorando su calidad de vida. Los resultados expuestos derivan del autoreporte del adulto mayor, quedando en evidencia el estado de hipertensión

Y en el departamento de Ancash para el año 2016, por cada hogar había promedio de 36.9%, que vivían con adultos mayores Además el 15,7% había sido informada por un médico o profesional de la salud que padece de presión alta o hipertensión arterial; y el 78,3% se encontraba con tratamiento. Así mismo esta enfermedad muestra una mayor cantidad en mujeres que hombres, con un 32,0% de mujeres de 60 y más años diagnosticadas con hipertensión arterial, siendo los hombres el 23,1%. Por tal razón la meta que se tuvo para el 2018 muestra que se ha disminuido el número de personas con tratamiento y control con hipertensión arterial, y según DIRESA la cantidad a alcanzar fue 105.190 y la cobertura de 39%, Pero a pesar de esto no se ha llegado a la cobertura esperada, debido a un inadecuado registro y control de calidad de la información (8).

Frente a esta problemática que se plantea en esta investigación no escapan los adultos mayores hipertensos del puesto de salud Nicolás Garatea, que está ubicada en la zona N° 5 del distrito de Nuevo Chimbote colindante con la Urbanización Bellamar. El 18 de mayo del año 2000, la junta vecinal gestionó un Centro de Salud en dicha población justificando que la población cuenta con 17000 habitantes, y para atenderse están muy distantes del Hospital Regional y de otros centros de atención, poniéndose a disposición un terreno de 2 840 m² (60x48m) ubicado en la manzana 90 lote 05. Para el 14 de Febrero del 2005 se hace entrega de la obra. La “Posta Médica de Salud Nicolás Garatea”, en la Resolución Directoral N° 0361-2004, resuelve que el Puesto de Salud Nicolás Garatea entre en funcionamiento para facilitar el acceso oportuno y adecuado de la población vulnerable (9).

La asociación Nicolás Garatea inicialmente abarcaba 24 manzanas, que carecían de los servicios básicos de salubridad. Pero se logró grandes cambios. Y para el 2005 se reapertura oficialmente la atención del Puesto Nicolás Garatea, con un equipo de profesionales (Médico, Obstetras, Enfermera, Asistente Social y Técnico en Enfermería). Luego la UTES incluye la distribución de la población, preparo la funcionalidad Redes y Micro Redes, y se toma la decisión de que el Puesto de Salud Nicolás Garatea, atienda una población de 48 125 habitantes con el fin de facilitar la atención a la población asegurada y de promover las estrategias sanitarias de salud, es así que 01 de mayo 2007 se suma el personal SERUMS de Enfermería y Obstetricia, contando a la actualidad con 02 médicos, 06 obstetras, 05 enfermeras, 8 técnicos enfermería, 01 odontólogo y

02 como personal informático. Pero esto demuestra deficiencia para promover las estrategias sanitarias en la atención de los adultos mayores hipertensos (9).

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

¿Cuáles son los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos.

Puesto de salud Nicolás Garatea- Nuevo Chimbote, 2016?

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

- Describir los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos.

Puesto de salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote, 2016.

Para poder conseguir el objetivo general, se han planteado los siguientes objetivos específicos:

- Identificar los determinantes del entorno Biosocioeconómico de los adultos mayores hipertensos. Puesto de salud Nicolás Garatea, (Sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).
- Identificar los determinantes de los estilos de vida de los adultos mayores hipertensos. Puesto de salud Nicolás Garatea: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física).
- Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos mayores hipertensos en el puesto de salud Nicolás Garatea: Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

Finalmente este informe de investigación se justifica en el campo de la salud ya que permite develar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de los adultos mayores y a partir de ello proponer metas que permitan difundir practicas saludables en beneficio de este grupo de estudio. En ese sentido, el informe de investigación se ha realizado en función a las normas establecidas por sistema de salud, y a través de este poder establecer una relación con la situación de Salud de la Población Adulta Mayor Hipertensa. Identificando cada uno de los factores que intervienen para mejorar la calidad de vida e integración al desarrollo social, económico y cultural, y así poder contribuir a realzar su dignidad.

Por otro lado este informe de investigación en base al análisis realizado a este grupo social, permitió proporciona información sobre las condiciones de riesgo, que han condicionada el desarrollo de enfermedades no transmisibles como la Hipertensión Arterial que han dejado la discapacidad de muchos de los que integran este grupo. Entre estas enfermedades se mencionan las cardiovasculares, que han causado la muerte de un porcentaje alto de adultos mayores. Y esto requiere no ser ajenos a esta problemática. Al contrario este tipo de investigaciones son esenciales puesto que ello contribuirá con la promoción, prevención y control de los problemas sanitarios necesarios para intentar disminuir los efectos.

El presente informe también 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 ayuda a entender

el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad en salud y mejorar la salud de la población, en general, y promocionar su salud, en particular, implica el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

Esta investigación es de gran importancia para el puesto de salud Nicolás Garatea pues los resultados y las conclusiones obtenidas 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 efectos de los determinantes sociales, problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Por lo antes mencionado se espera motivar a las autoridades regionales de la Direcciones de salud y municipios en el campo de la salud, así como a la población a nivel nacional y local; a ver que la educación para la salud es la única finalidad para la mejora cualitativa de la vida humana, el desarrollo de actitudes y comportamientos positivos y de hábitos saludables, lo que implica capacitar a la persona para la autogestión de su propia salud, Y una forma de contribuir es el conocer los determinantes que permitirá disminuir el riesgo de padecer enfermedades y favorece la salud y el bienestar de las personas mayores.

II. REVISIÓN DE LITERARIA

2.1. Antecedentes de la investigación:

2.1.1 Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional

Torres J, (10). En su investigación: “Análisis de las Determinantes de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores de la Provincia del Guayas Sector Urbano de Guayaquil. Colombia, 2015”. Su objetivo se basó en mostrar la conexión existente entre la economía, la sociología y la psicología en la calidad de vida y bienestar; además analiza al adulto mayor y el envejecimiento La metodología fue de tipo descriptiva de análisis econométrico con el modelo Logit y de corte transversal, correlacional/causal, los resultados y la conclusión fueron que la economía permite el entendimiento de la relación entre preferencias y presupuesto con la calidad de vida de las personas mayores, pero la información aun es limitante y poco confiable ya que no incluye muchos aspectos subjetivos que afectan el bienestar de las personas mayores.

Carabajo M, (11). En su investigación: “Determinantes sociales de la adherencia terapéutica de adultos mayores hipertensos atendidos en el subcentro de salud de la Parroquia “El Vecino”, Cuenca – Ecuador, 2015”. Su objetivo fue identificar la relación entre los determinantes

sociales y la adherencia terapéutica de adultos mayores hipertensos atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia. La metodología fue un estudio analítico y transversal, aplicando el test de Bonilla y el chi cuadrado. Resultando que de los 83 estudiados, el 32,5% correspondió al sexo masculino. 45,8% tuvieron una edad de 65 a 74 años. Y los determinantes sociales de adherencia fueron la higiene y el acceso a servicios de salud. Concluyendo que los determinantes sociales de salud mental y de acceso a los servicios de salud muestran adherencia.

González R, y colaboradores, (12). En su investigación: “Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores - 2017”. El objetivo fue identificar los determinantes sociales de la salud que intervienen en el bienestar de los adultos mayores. Su metodología estuvo dada por una revisión bibliográfica. Los criterios de inclusión fueron: los determinantes sociales, los determinantes estructurales, los no estructurales. El resultado mostró un aproximado de 97 artículos que fueron filtrados; se utilizaron 27 publicaciones científicas, de ellas el 79,3 % de los últimos 5 años.. La conclusión fue que los determinantes sociales son de vital importancia en la salud de la población geriátrica, su dominio en el contexto de los servicios de salud y estomatológicos, son de gran utilidad para transitar por la vejez con mejor calidad.

García N y colaboradores, (13). En su investigación: “Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor, según las

subregiones. España, 2016". Su objetivo fue realizar un estudio retrospectivo sobre los factores asociados a la hipertensión arterial. En su metodología usó la base de datos del estudio "Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor", Departamento de Antioquia, 2012".Y se analizaron 4.248 encuestas ejecutadas por los adultos mayores. Y los resultados fueron el 65,5% mujeres hipertensas, el 64,1% adultos mayor joven (60 a 74 años de edad), la conclusión fue que la pobreza esta asocia con la enfermedad, el estrato socioeconómico cero, se encontró asociación con los hábitos como: el consumo de alcohol, el tabaco y el estado nutricional. Y el 28,3% de los adultos mayores hipertensos empeoraría su calidad de vida.

González R, y colaboradores, (14). En su investigación: "Caracterización de adultos mayores hipertensos en un área de salud". El objetivo fue de describir las características clínicas-epidemiológicas de la hipertensión arterial en adultos mayores, pertenecientes al Consultorio Médico 2 del Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga" de Pinar del Río, Cuba, entre noviembre y diciembre del 2016. La metodología de: estudio fue observacional, descriptivo y transversal y la muestra quedó conformada por 80 pacientes. El resultado fue que el 58,8 % son de sexo femenino y el grupo de 65 y más años con el 68,7 %; prevaleciendo el tabaquismo como factor de riesgo en un 88,8 %. La conclusión: fue que la hipertensión arterial es un problema clínico-epidemiológico para los adultos mayores de dicha área de salud.

A nivel Nacional:

Castillo J, (15). En su investigación: “Determinantes de la Salud de los Adultos Mayores con Hipertensión Arterial, AA.HH El Progreso – Buenos Aires Norte Víctor Larco Herrera, 2014”. Tuvo como objetivo identificar los determinantes de la salud en los adultos mayores con hipertensión arterial en el AA.HH. El Progreso – Buenos Aires Norte del Distrito de Víctor Larco Herrera, 2014. La metodología de tipo descriptivo, cuantitativo con diseño de una sola casilla, La muestra de 100 adultos mayores. La conclusión fue que la mayoría de los adultos mayores con hipertensión arterial tienen un ingreso económico de 1000, tienen su casa propia construida de material noble con servicios básicos. La mayoría de adultos mayores con hipertensión arterial, consume alcohol ocasionalmente, una vez al mes. La mayoría no recibe el apoyo social natural.

Quintana A, (16). En su investigación: “Prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a la Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor del Centro de Salud Chongoyape, 2018” El objetivo fue determinar la relación entre la prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor del Centro de Salud Chongoyape, 2018. La muestra fue de 186. La metodología cuantitativa, diseño correlacional trasversal, utilizando cuestionario validado por Alpha de Crombach (0.834). El resultado fue prevalencia de hipertensión arterial de 0.63 que equivale al 63% y los factores de

riesgo asociados a la HTA son: Factores sociodemográficos; tiempo de viudez (0.005) y convivencia con hijos (0.02). Concluyendo que existe una prevalencia superior al 30% encontrándose la comorbilidad.

Portilla T, (17). En su investigación: “Estilos de vida en pacientes adultos mayores hipertensos del consultorio externo de Cardiología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza-Lima, 2018”. Tuvo como objetivo determinar los estilos de vida de los pacientes adultos mayores del consultorio externo del hospital Nacional Arzobispo Loayza-Lima, 2018. La metodología fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental y de tipo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 170 adultos mayores. En los resultados se encontró que los estilos de vida en pacientes adultos mayores hipertensos son poco saludables con un 92.4%, se encontró que en la dimensión de responsabilidad en salud los estilos de vida son poco saludables con un 58.8%. Concluyendo que los estilos de vida de los adultos mayores hipertensos son poco saludables.

Paredes C, y colaboradores, (18). En su investigación: “Nivel de Conocimiento y práctica de Autocuidado del Adulto Mayor Hipertenso del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2017”. El objetivo fue establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor hipertenso del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2017. La metodología fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental de tipo correlacional. La

muestra de 52 adultos mayores. Los resultados mostraron que el conocimiento sobre la hipertensión arterial fue de 78.8% (41) considerándose inadecuado. Y el 84.6% (44) realizan prácticas de autocuidado inadecuado. La conclusión fue que existe asociación entre el nivel de conocimiento y el autocuidado.

Alvares E, (19). En su investigación: “Nivel de Conocimientos de los Adultos Mayores sobre Prevención de Hipertensión Arterial en un Centro de Salud, Lima. Perú, 2014.” Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos en adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial del centro de salud, Lima. Su metodología es de tipo descriptivo y la muestra fue de 30 pacientes, se les aplicó un instrumento: entrevista para valorar su nivel de conocimientos. En los resultados obtenidos la mayoría fueron de sexo femenino, de raza mestiza, y con grado de instrucción primaria completa, este grupo tiene un mayor conocimiento de su peso, conociendo los valores de su presión arterial y existe un mayor nivel de conocimiento en un 80%. Y un nivel de conocimiento medio, así como menor nivel conocimiento de 6,6% considerándose bajo.

A nivel local:

Estrada E, (20). En su investigación: “Determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Pueblo joven la Esperanza-Chimbote, 2015”. Tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos del pueblo joven la Esperanza Baja 2016.

La metodología fue cuantitativa, descriptiva con diseño de una sola casilla. La muestra 96 AM. La conclusión y resultados fueron que los determinantes biosocioeconomicos: la mayoría de adultos mayores son de sexo masculino, ingreso económico de 751 a 1000, en los determinantes de la salud relacionado con la vivienda, más de la mitad tienen vivienda unifamiliar. En los determinantes de estilos de vida los alimentos consumidos a diario, el pan, cereales. Los determinantes de redes sociales y comunitarias la mayoría no reciben apoyo social natural y organizado.

Valdez N, (21). En su investigación: “Determinantes de la salud en adultos mayores con hipertensión. Anexo la capilla- Samanco. 2017”. Tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos del Anexo La capilla - Samanco 2017. La metodología fue cuantitativa, descriptiva con diseño de una sola casilla. La muestra de 80 AM. Los datos se procesados en el software PASW Statistics versión 18.0. Los resultados y conclusiones fueron que determinantes biosocioeconómico la mayoría son de sexo masculino, la totalidad tienen un ingreso económico menor a 750, En los determinantes de estilos de vida, la mayoría no realiza actividades físicas. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias menos de la mitad reciben apoyo social organizado y cuentan con SIS.

Risco M, (22). En su investigación: “Determinantes de la Salud en Adultos Mayores Hipertensos, Puesto de Salud Magdalena Nueva –

Chimbote, 2016”. Tuvo como objetivo describir los determinantes de salud en adultos mayores hipertensos que acuden al puesto de salud Magdalena nueva. Chimbote, 2016. La metodología fue de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla La muestra de 106 adultos mayores. Y los resultados y conclusiones de determinantes del entorno biosocioeconómico muestra que la totalidad tiene abastecimiento de agua, la mayoría tiene tipo de vivienda unifamiliar. En los determinantes de los estilos de vida la mayoría no se realiza examen médico periódico en un establecimiento de salud, En los determinantes de las redes sociales y comunitarias la totalidad no cuenta con el tipo de seguro del SIS.

Vásquez R, (23). En su investigación: “Teoría de Dorotea Orem en Autocuidado y Estilos de Vida del Adulto Mayor en el Centro del Adulto Mayor y Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II ESSALUD- Huaraz, 2014” El objetivo fue contrastar el autocuidado según la teoría de Dorotea Orem y el estilo de vida de adultos mayores del Centro del Adulto Mayor (CAM) y el programa de Hipertensión Arterial (HTA) del Hospital II- Essalud Huaraz, 2014. La metodología fue descriptiva, correlacional, diseño no experimental, transversal. La muestra fue 80 del CAM y 100 del Programa de HTA. La conclusión y resultados fueron que más de la mitad del Centro del Adulto Mayor y programa de HTA tienen requisitos de autocuidado. La mayoría del Centro del Adulto Mayor y HTA tiene estilos de vida saludables. No existe relación entre autocuidado y estilo de vida.

Morales R, (24). En su investigación: “Estilos de Vida y Autocuidado en Adultos Mayores con Hipertensión Arterial. Hospital II Essalud. Huaraz, 2017”. Tuvo como objetivo determinar la relación entre el Estilos de Vida y Autocuidado en adultos mayores con Hipertensión Arterial. Hospital Essalud II. Huaraz, 2017. La población de estudio fue de 70 Adultos Mayores del Hospital II Essalud Huaraz, La metodología fue Cuantitativa; Correlacional, transversal. Y la conclusión y resultados fueron que existe relación entre la variable estilo de vida y el autocuidado, si un paciente tiene un estilo de vida saludable o muy saludable, se asocia a un autocuidado adecuado, mientras mejor sea el estilo de vida de los Adultos mayores con Hipertensión Arterial des Hospital II Essalud Huaraz, éste tendrá un mejor autocuidado.

2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación

El presente informe de investigación se ha sustentado en dos grandes modelos de Marc Lalonde, Dahlgren y Whitehea; cuyas bases conceptuales son los determinantes de salud, estos se han desarrollado para mostrar los mecanismos que afectan los resultados en salud, asimismo para hacer explícitas las relaciones entre los diferentes tipos de determinantes de salud; y para localizar puntos estratégicos para la acción política (25).

Por esta razón el modelo presentado por Marc Lalonde en 1972, fundó las bases para las propuestas de grandes reformas en el sistema de seguridad social canadiense. Su trabajo estuvo dirigido a las políticas en su

país, teniendo una fuerte influencia en todo el hemisferio. Para 1974 publicó "Nuevas Perspectivas sobre la Salud de los canadienses," estos planteamientos sentaron la base en la salud y la enfermedad aclarando que no estaban relacionadas simplemente con factores biológicos o agentes infecciosos, de hecho enfatizaba que la mayoría de las enfermedades tenían una base u origen marcadamente socioeconómico. Esta propuesta llegó a ser aclamada internacionalmente por su enfoque encaminado a la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud (26).

El modelo de Marc Lalonde es de tipo horizontal, y establece los factores que determinan la salud, y tiene su origen en la importancia que juegan los estilos de vida en el determinismo de la mayoría de los procesos maleables, que producen mortalidad: Podría decirse que involucra un 43%, contra los otros factores de determinantes de la salud como la biología en el 27%, el entorno en el 19% y el sistema de asistencia sanitaria en el 11%. Estos factores son modificables, al menos teóricamente, y por ello las acciones de la salud pública deben dirigirse hacia esa modificación (26).

Por lo tanto este modelo proporciona un moderno marco conceptual para analizar los problemas y determinar las necesidades de salud, así como elegir los medios que puedan satisfacerlas. Dicho marco se basa en la división de la salud en cuatro elementos generales: factores del medio ambiente; estilos de vida, biología humana y sistemas sanitarios de atención:

- **Medio Ambiente.** Considera todos aquellos factores concernientes a la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la

persona tiene poco o ningún control. Los sujetos, por si mismo, no pueden garantizar la inercia ni la pureza de los alimentos o de los cosméticos, dispositivos y abastecimiento de agua. Por consiguiente el medio ambiente está relacionado con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, son factores que engloban los ambientes que podrían incidir en la salud y está basada en la prevención de enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud. (27).

- **Estilo de Vida.** Este elemento engloba el conjunto de decisiones que toman los sujetos con respecto a su propia salud y sobre las cuales pueden ejercer cierto grado de control. Desde la concepción de salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte; se puede concluir, que los estilos de vida de la víctima contribuyó a ello. Por ejemplo conductas insensatas: como el consumo de drogas, la falta de ejercicio, el estrés, y el consumo excesivo de grasas saturadas, así como promiscuidad sexual, incumplimiento a las terapias (27)..
- **Biología Humana.** Esta considera los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se descubren en el organismo como consecuencia de la biología fundamental en el ser humano y de la constitución orgánica de los sujetos. También está incluida la herencia genética del individuo, así como los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes mecanismos que rigen internamente

el organismo, dada la complejidad del cuerpo humano. La constitución biológica puede repercutir sobre la salud de maneras múltiples, variadas y graves. Los problemas de salud cuyas causas radican en la biología humana producen incontables desdichas y costos altísimos para controlar o tratar las enfermedades producido por el mismo organismo (27).

- **Servicio de Atención.** Esta consideran todas las prácticas desarrolladas por la medicina, la enfermería, en ambientes como los hospitales, los hogares de ancianos, así como la administración de medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de salud, También los servicios ambulancias y otros servicios sanitarios. Dentro de los Sistemas de atención para salud está considerado este factor, que como es de conocimiento público habitualmente se gastan grandes cantidades de dinero en tratar enfermedades que desde un inicio se podrían haberse prevenido (27).

Figura 1



Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, se representan diagramadas en el modelo planteado por Dahlgren y Whitehead, que permite comprender la compleja maraña de causas y efectos en los determinantes de la salud, ya que interactúan entre sí en forma compleja y los resultados en términos de salud son acciones combinadas de los mismos. Por ello, entender las relaciones entre los determinantes es un objetivo fundamental para el apoyo de estrategias de intervención adecuadas y basadas en el conocimiento disponible. En este sentido se han desarrollado varias teorizaciones y propuestas de modelos explicativos acerca de la relación entre desigualdades sociales y salud (Daponte 2009). Así como la teoría de los factores psicosociales, selección natural o social, el materialismo y la perspectiva del ciclo vital, etc. (28).

Así mismo en el entorno se representan las influencias sociales y de la comunidad. También se ha representado la interacción de los determinantes sociales centrando al individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud como de carácter no modificable. Además a su alrededor se encuentran en forma de capas los determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, que son influenciados por la comunidad y las redes sociales. Los determinantes importantes tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles (28).

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

Por lo tanto según el modelo Dahlgren y Whitehead: existen tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad (29).

Los determinantes estructurales lograrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar a través de su acción sobre los intermediarios. Es

decir, estos últimos pueden ser afectados por los estructurales y a su vez afectar a la salud y el bienestar.

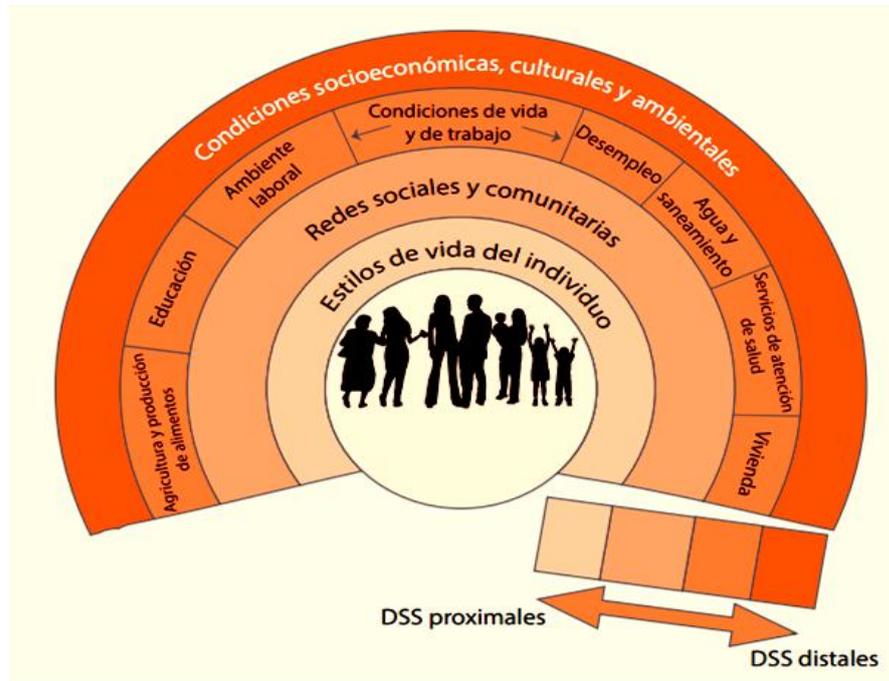


Figura 1. Adaptada del modelo de determinantes sociales de la salud de Whitehead y Dálgren. 1992

a) Determinantes estructurales

Según el modelo, también son llamados determinantes estructurales de las inequidades en salud, “comprenden las condiciones del contexto social, económico y político, así como la gobernanza, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales, las políticas públicas, la cultura y los valores sociales, y las condiciones que generan la gradiente de la posición socioeconómica, como la clase social, el sexo, la etnicidad, la educación, la ocupación, el ingreso y otras estratificaciones, los cuales determinan y condicionan la inequidad social en salud según la posición socioeconómica del individuo, su familia y su entorno social”. (29).

b) Determinantes intermediarios

En lo referente a los determinantes intermedios se distribuyen de acuerdo con la estratificación social existente y determinan para los individuos, sus familias y sus entornos, según su posición social, las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud. Cada una de esas categorías se comportan de manera diferente en el individuo y su entorno según la posición social que le ha tocado vivir” (29).

c) Determinantes proximales

Esta referida a la conducta personal y las formas de vida que pueden suscitar o dañar la salud. El marco conceptual que se propone sobre los determinantes sociales de la salud, es tan dados como una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, ayudando a identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones (29).

Según la perspectiva de la OMS, en el marco de intervención para abordar los determinantes de salud busca aclarar sus relaciones a través de una representación visual de intervenciones específicas con los que se tratan los determinantes estructurales e intermedios de la salud. Estas estrategias incluyen las políticas intersectoriales e intergubernamentales, a

través de las cuales los determinantes estructurales se pueden abordar con mayor eficacia, y tendrán que garantizar las políticas públicas generen mayor valor público (30).

Y el modelo producido por Dahlgren y Whitehead explicaba cómo las inequidades en salud son el resultado de distintos niveles causales, que corresponden al individuo, las comunidades, las condiciones socioeconómicas. En el núcleo están los factores biológicos como la edad, el sexo y los factores hereditarios que influyen en la salud. El primer nivel representa los factores de estilos de vida de las personas en situación socioeconómica más desfavorecida que presenta conductas de riesgo como hábito de fumar, consumo de alcohol, alimentación deficiente. El segundo nivel detalla cómo las redes sociales y comunitarias, influyen en los estilos de vida individuales. El tercer nivel representa los factores relacionados con las condiciones de vida, de trabajo: y vivienda inadecuada. Finalmente, el cuarto nivel describe las condiciones generales, socioeconómicas, culturales que influyen en la estratificación social (30).

Por lo antes mencionado se ve la necesidad de trabajar desde los servicios de salud en la idea de los determinantes sociales de salud teniendo como principal objetivo el de reducir las inequidades en salud que impactan fuertemente las condiciones socio sanitarias de la población en los diferentes ciclos de vida.

Mi salud: Es un medio para la realización personal y colectiva; la salud constituye un espacio para el encuentro entre la naturaleza humana y su organización social. Biología y sociedad se revelan y se reflejan en la

salud. Claramente, la salud se expresa en el cuerpo de individuos concretos., un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo (31).

Comunidad: El término comunidad “communis” de origen latino se define como interaccionando, en el sentido más amplio de unidad. Además podemos definirla más exhaustivamente como: “hombres concurriendo pautas en un espacio, o un conjunto de pobladores que habita en un territorio continuo e integrado, fruto de una experiencia histórica común y reconocida como propia.” (32).

Servicios de salud: Es todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad, dividiéndolas en tres tipos: atención médica, salud pública y asistencia social. Otras definiciones de servicios de salud incluyen, también, la minimización de la discapacidad (33).

Educación: Se puede caracterizar a la educación como una necesidad que se da en toda sociedad humana y puede caracterizarse como actividad y como proceso, pues consiste en un hacer, como efecto o resultado, como tecnología que es un conjunto de métodos y técnicas que intervienen en el proceso educativo (34).

Trabajo: Está relacionado con “hacer” algo. Es la acción que permite alguna transformación de un objeto o una situación. En ese proceso el

trabajador obtiene un beneficio y también se transforma. Desde la perspectiva de la sociología, trabajar es parte de la condición humana (35).

Territorio: la superficie de tierra considerada o determinada de algún modo, de forma natural, o de acuerdo con una ordenación política. Además es una disposición estudiada en la que se planifican y ejecutan sobre el territorio los componentes morfológicos y estructurales de una ciudad (36).

El rol del Estado es involucrarse en la reforma de la salud, proceso orientado a implantar cambios sustantivos en las distintas instancias del sector salud, sus relaciones y las funciones que llevan la justa distribución de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de las prestaciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de un sistema de proceso dinámico, complejo e intencionado, realizado durante un período determinado de tiempo a partir de coyunturas de justifican y la viabilizan (37).

La Organización Nacional de las Naciones Unidas (ONU) en Viena en 1982, considero como ancianos a la población de 60 años o de más edad. Dándose a estos individuos pertenecientes a este grupo el nombre de adultos mayores para evitar cualquier connotación peyorativa como viejo o anciano. La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, clasifico de adulto mayor (o anciano joven), a partir de 60 a 74 años; anciano, de 75 a 90 años; y anciano longevo, a partir de los 90 años. Sin embargo, a todo individuo mayor de 60 se le llama, de forma indistinta, persona de la tercera edad o adulto mayor (38)

La hipertensión arterial en el adulto mayor es en todas sus formas de presentación (sistólica, diastólica, media, sistólica aislada), un factor de riesgo para insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal y, en general, causan daño a todos los órganos diana. Se considera un adulto mayor hipertenso cuando su valor de presión arterial es mayor o igual que 140/90. Y si el paciente tiene una hipertensión sistólica exclusiva el rango de la Presión sistólica es ≥ 140 con presión diastólica normal o algo descendida. La hipertensión arterial expone a todas las complicaciones cardiovasculares y muerte al adulto en edad geriátrica. La hipertensión sistólica que tiene máxima prevalencia en el adulto mayor, aumenta marcadamente el riesgo de ACV e insuficiencia cardíaca. (39).

El rol del profesional de enfermería, en su función de cuidador proporciona cuidado directo a pacientes de edad avanzada, en diversos marcos asistenciales. Y como enfermero(a) se debe tener conocimientos sobre las enfermedades frecuentes de esta población, Además información sobre los antecedentes y los datos estadísticos, los factores de riesgo, los signos y los síntomas para el tratamiento médico normal. El enfermero(a) centran su enseñanza en la modificación de los factores de riesgo a los que se exponen los adultos mayores permitiendo modificaciones en los estilo de vida, como una dieta más saludable, dejar de fumar, mantener un peso adecuado, aumentar la actividad física y controlar el estrés, que son las causas principales de muerte en esta de población (40).

III. METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de investigación

Tipo: Cuantitativo

Es un método de recolección de datos poco estructurado, donde generalmente se trabaja con muestras pequeñas y cuyo objetivo es de recoger información de opiniones, intereses, situaciones y hechos (41).

Nivel: Descriptivo.

La investigación descriptiva es la que se utiliza para describir la realidad de situaciones, eventos, personas, grupos o comunidades, que se pretenda analizar (42).

Diseño: De una sola casilla.

Es el más simple de todos los diseños, ya que implica solo un grupo seleccionado de forma no aleatoria, un tratamiento y una medición (43).

3.2. Universo Muestral

El universo muestral estuvo constituido por 100 adultos mayores hipertensos que acuden al Puesto de salud Nicolás Garatea.

Este universo muestral representan todos los adultos mayores hipertensos que acuden al Puesto de salud Nicolás Garatea. Este registro de pacientes diagnosticados con hipertensión arterial fue obtenida de una base de datos Microsoft Excel del área de informática de la institución con fines de investigación en el campo de salud.

3.2.1. Unidad de análisis

La unidad de análisis fueron cada adultos mayores hipertensos del Puesto de salud Nicolás Garatea que respondieron a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adulto mayores hipertensos que viven más de tres años en la jurisdicción del Puesto de salud Nicolás Garatea
- Adultos mayores hipertensos del Puesto de salud Nicolás Garatea que aceptaron participar en el estudio.
- Adultos mayores hipertensos del Puesto de salud Nicolás Garatea tuvieron la disponibilidad de participar en un cuestionario como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Adultos mayores hipertensos del Puesto de salud Nicolás Garatea que presentaron algún trastorno mental.
- Adultos mayores hipertensos del Puesto de salud Nicolás Garatea que presentaron problemas de comunicación.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO

BIOSOCIOECONOMICOS

- **Sexo**

Definición Conceptual.

Se considera al fenómeno por el cual la reproducción de gran número de especies se facilita separando biológicamente a su descendencia en dos formas distintas, llamadas macho y hembra, y que en humanos son llamados varón y mujer..(44).

Definición Operacional

Escala nominal

Masculino

Femenino

• Grado de Instrucción

Definición Conceptual

Son los niveles de educación inicial, primaria, secundaria y universitaria. Y que están dirigidos a los niños, adolescentes, jóvenes y adultos que pasan, oportunamente, por el proceso educativo de acuerdo con su evolución física, afectiva y cognitiva (45).

Definición Operacional

Escala Ordinal

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

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Es el dinero que una persona recibe a consecuencia de realizar un determinado servicio, dinero que se concede de forma frecuente cada cierto período de tiempo. El ingreso de un asalariado esta generalmente relacionado con su productividad. (46).

Definición Operacional

Escala de razón

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

Ocupación

Definición Conceptual

Se define en: Áreas de desempeño y niveles de preparación. El desempeño referido al tipo de trabajo o al campo del conocimiento asociado a la ocupación, y la preparación o cualificación está ligado al grado y tipo de educación, de entrenamiento, experiencia (47).

Definición Operacional

Escala Nominal

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

Vivienda

Definición conceptual

Está relacionada al concepto de “morada” o “la casa”. Y es donde se dan posibles formas de la relación, que permitan un desarrollo pleno de la vida íntima-privada según el contexto de un acoplamiento funcional y ambiental adecuado (48).

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

Esta referida a los hábitos, actitudes, conductas, actividades y decisiones de una persona, frente a diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad o mediante su quehacer diario, siendo susceptibles de ser modificados (49).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

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

Número de horas que duermen

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

Frecuencia en que se bañan

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

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

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

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

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad:

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

Alimentación

Definición Conceptual

La alimentación es un proceso esencial para mantener la salud. Todos necesitan alimentarse para poder crecer, tener energía suficiente para realizar diferentes actividades. Una alimentación adecuada es la que cumple con las necesidades específicas de cada persona (50).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: **Frecuencia de consumo de alimentos**

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

III. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

Es considerado un proceso de construcción permanente y colectivo, de reciprocidad y abierto; donde las personas que la componen pueden ingresar y egresar cuando lo consideren necesario y cambian de roles de acuerdo a la dinámica grupal que se genere, (51).

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala nominal

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

Apoyo social organizado

Escala nominal

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

Apoyo de organizaciones del estado

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

Acceso a los servicios de salud

Definición Conceptual

Es proceso por cual una persona o un grupo de personas desarrollan capacidades para buscar y obtener atención médica. Dándose periodos claves como la necesidad, la búsqueda de servicios, y la continuidad en el sistema de prestación para resolver la necesidad (52).

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 trabajo de investigación se utilizó el **Cuestionario sobre los determinantes de la salud de la persona adulta en el Perú**. Elaborado

por Dra. Vílchez Reyes Adriana y está constituido por 30 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (ANEXO 01)

- Datos de Identificación, donde se obtuvieron las iniciales o seudónimo del adulto mayor hipertenso.
- Los determinantes del entorno Biosocioeconómico de los adultos mayores hipertensos. Puesto de salud Nicolás Garatea (sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, Vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de los estilos de vida de los adultos mayores hipertensos. Puesto de salud Nicolás Garatea: 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 en adultos mayores hipertensos. Puesto de salud Nicolás Garatea: Apoyo social natural, organizado, Acceso a los servicios de salud.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del **Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta en**

el Perú desarrollado por Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en adultos mayores de 60 a más años.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Donde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

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

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudió el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (Anexo3) (53,54).

3.5. Plan de análisis

3.5.1. Procedimientos de la recolección de datos:

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

- Se informó y obtuvo el consentimiento de los adultos mayores hipertensos del Puesto de salud Nicolás Garatea reafirmandoles, que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con los adultos mayores hipertensos del Puesto de salud Nicolás Garatea su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se aplicó el instrumento a cada adulto mayor hipertenso del Puesto de salud Nicolás Garatea.

- Se explicó el contenido o instrucciones de los instrumentos a cada adulto mayor hipertenso del Puesto de salud Nicolás Garatea.
- El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa por el adulto mayor hipertenso del Puesto de salud Nicolás Garatea.

3.5.2. Análisis y Procesamiento de los datos:

Los datos fueron ingresados a una base de datos de Microsoft Excel, luego se exportaron 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. Matriz de consistencia

TÍTULO	ENUNCIADO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	METODO -LOGÍA
Determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. puesto de salud Nicolás	¿Cuáles son los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos.	Describir los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de	– Identificar los determinantes del entorno Biosocioeconómico de los adultos mayores	Tipo: Cuantitativo, descriptivo Diseño: De una sola

<p>Garatea-Nuevo Chimbote, 2016</p>	<p>Puesto de salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote, 2016?</p>	<p>salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote.</p>	<p>hipertensos. Puesto de salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los determinantes de los estilos de vida de los adultos mayores hipertensos. <p>Puesto de salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos mayores hipertensos en el puesto de salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote. 	<p>casilla</p> <p>Técnicas: Entrevista y observación</p>
-------------------------------------	--	--	---	---

3.7. Principios éticos

En esta investigación se consideró el Código de Ética, cuyo objetivo busca la promoción del conocimiento y el bien común expresándolo en principios y valores éticos. Esto permitió al investigador valorar previamente los aspectos éticos, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como fue planteado y los resultados obtenidos fueron éticamente posibles, respetando la dignidad de la persona (55).

Anonimato

En el ámbito de la investigación es donde se tiene la posibilidad de trabajar con personas. Por esta razón se debe respetar la dignidad humana, la identidad y la diversidad. Por esta razón se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos mayores hipertensos que la investigación será anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación

Privacidad

El investigador debe desplegar un juicio razonable, plausible de tomar las previsiones necesarias para asegurarse de que sus estimaciones y limitaciones de sus capacidades, conocimiento, no permitan prácticas injustas. Por tal motivo la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto, respetando la intimidad de los adultos mayores hipertensos, siendo útil solo para fines de la investigación

Honestidad

La honradez del investigador resulta especialmente notable en función de las normas deontológicas de su profesión, permitiendo evaluar y declarar

daños, riesgos y beneficios potenciales que puedan afectar a quienes participan en una investigación. Según lo anterior se informó a los adultos mayores hipertensos los fines de la investigación, cuyos resultados se encontraran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

En toda investigación se cuenta con la declaración de manera voluntaria, informada, libre, inequívoca y específica. Y esto se aplicó con los adultos mayores hipertensos del Puesto de Salud Nicolás Garatea que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 04).

IV. RESULTADOS

4.2. Resultados

4.2.1. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 01.

*DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN
ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD NICOLÁS
GARATE-NUOVO CHIMBOTE, 2016*

Sexo	n	%
Masculino	30	30,0
Femenino	70	70,0
Total	100	100,0

Grado de instrucción	n	%
Sin nivel de instrucción	37	37,0
Inicial/Primaria	49	49,0
Secundaria Completa	11	11,0
Superior universitaria	2	2,0
Superior no universitaria	1	1,0
Total	100	100,0

Ingreso económico (Soles)	n	%
Menor de 750	94	94,0
De 751 a 1000	6	6,0
De 1001 a 1400	0	0,0
De 1401 a 1800	0	0,0
De 1801 a más	0	0,0
Total	100	100,0

Ocupación	n	%
Trabajador estable	2	2,0
Eventual	55	55,0
Sin ocupación	33	33,0
Jubilado	10	10,0
Estudiante	0	0,0
Total	100	100,0

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

4.1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 02.

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD NICOLÁS GARATEA-NUEVO CHIMBOTE, 2006

Tipo	n	%
Vivienda unifamiliar	86	86,0
Vivienda multifamiliar	14	14,0
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Total	100	100,0
Tenencia	n	%
Alquiler	2	2,0
Cuidador/alojado	17	17,0
Plan social (dan casa para vivir)	2	2,0
Alquiler venta	3	3,0
Propia	76	76,0
Total	100	100,0
Material del piso	n	%
Tierra	30	30,0
Entablado	0	0,0
Loseta, vinílicos o sin vinílico	48	48,0
Láminas asfálticas	21	21,0
Parquet	1	1,0
Total	100	100,0
Material del techo	n	%
Madera, esfera	28	28,0
Adobe	1	1,0
Estera y adobe	3	3,0
Material noble, ladrillo y cemento	47	47,0
Eternit	21	21,0
Total	100	100,0
Material de las paredes	n	%
Madera, estera	29	28,0
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	6	6,0
Material noble ladrillo y cemento	65	66,0
Total	100	100,0
N° de personas que duermen en una habitación	n	%
4 a más miembros	0	0,0
2 a 3 miembros	37	37,0
Independiente	63	63,0
Total	100	100,0

Continúa...

TABLA 02
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA
VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE
SALUD NICOLÁS GARATEA-NUEVO CHIMBOTE, 2016

Abastecimiento de agua	n	%
Acequia	1	1,0
Cisterna	7	7,0
Pozo	0	0,0
Red pública	19	19,0
Conexión domiciliaria	73	73,0
Total	100	100,0
Eliminación de excretas	n	%
Aire libre	2	2,0
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	19	19,0
Baño público	1	1,0
Baño propio	78	78,0
Total	100	100,0
Combustible para cocinar	n	%
Gas, Electricidad	94	94,0
Leña, carbón	6	6,0
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	100	100,0
Energía eléctrica	n	%
Sin energía	2	2,0
Lámpara (no eléctrica)	2	2,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	18	18,0
Energía eléctrica permanente	78	78,0
Total	100	100,0
Disposición de basura	n	%
A campo abierto	2	2,0
Al río	0	0,0
En un pozo	1	1,0
Se entierra, quema, carro recolector	97	97,0
Total	100	100,0
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	n	%
Diariamente	2	2,0
Todas las semana pero no diariamente	8	8,0
Al menos 2 veces por semana	71	71,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	19	19,0
Total	100	100,0

Continúa...

TABLA 02.

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD NICOLÁS GARATEA-NUEVO CHIMBOTE, 2016

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	n	%
Carro recolector	77	77,0
Montículo o campo limpio	18	18,0
Contenedor específico de recogida	4	4,0
Vertido por el fregadero o desagüe	1	1,0
Otros	0	0,0
Total	100	100,0

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana.

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 03

***DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD NICOLÁS
GARATEA-NUEVO CHIMBOTE, 2016***

Fuma actualmente:	n	%
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	1	1,0
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	38	38,0
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	61	61,0
Total	100	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	2	2,0
Ocasionalmente	33	33,0
No consumo	65	65,0
Total	100	100,0
Nº de horas que duerme	n	%
[06 a 08)	81	81,0
[08 a 10)	19	19,0
[10 a 12)	0	0,0
Total	100	100,0
Frecuencia con que se baña	n	%
Diariamente	60	60,0
4 veces a la semana	39	39,0
No se baña	1	1,0
Total	100	100,0
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	n	%
Si	89	89,0
No	11	11,0
Total	100	100,0
Actividad física que realiza en su tiempo libre	n	%
Caminar	44	44,0
Deporte	8	8,0
Gimnasia	1	1,0
No realizo	47	47,0
Total	100	100,0

Continúa...

TABLA 03

***DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD NICOLÁS
GARATEA-NUEVO CHIMBOTE, 2016***

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	n	%
Caminar	43	43,0
Gimnasia suave	2	2,0
Juegos con poco esfuerzo	0	0,0
Correr	6	6,0
Deporte	5	6,0
Ninguna	44	44,0
Total	100	100,0

TABLA 03

***DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD NICOLÁS
GARATEA-NUEVO CHIMBOTE, 2016***

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frutas	60	60,0	24	24,0	10	10,0	6	6,0	0	0,0	100	100,0
Carne	7	7,0	35	35,0	32	32,0	26	26,0	0	0,0	100	100,0
Huevos	4	4,0	19	19,0	27	27,0	41	41,0	9	9,0	100	100,0
Pescado	3	3,0	41	41,0	31	31,0	23	23,0	2	2,0	100	100,0
Fideos	85	85,0	7	7,0	3	3,0	4	4,0	1	1,0	100	100,0
Pan, cereales	88	88,0	7	7,0	1	1,0	2	2,0	2	2,0	100	100,0
Verduras, hortalizas	62	62,0	13	13,0	20	20,0	4	4,0	1	1,0	100	100,0
Legumbres	10	10,0	11	11,0	24	24,0	52	52,0	3	3,0	100	100,0
Embutidos, enlatados	0	0,0	0	0,0	1	1,0	17	17,0	82	82,0	100	100,0
Lácteos	7	7,0	18	18,0	24	24,0	20	20,0	31	31,0	100	100,0
Dulces, gaseosas	0	0,0	0	0,0	3	3,0	22	22,0	75	75,0	100	100,0
Refrescos con azúcar	15	15,0	22	22,0	21	21,0	11	11,0	31	31,0	100	100,0
Frituras	1	1,0	2	2,0	7	7,0	40	40,0	50	50,0	100	100,0

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana.

4.1.4. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 04

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD NICOLÁS GARATEA-NUEVO CHIMBOTE, 2016

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	n	%
Hospital	27	27,0
Centro de salud	4	4,0
Puesto de salud	67	67,0
Clínicas particulares	2	2,0
Otras	0	0,0
Total	100	100,0

Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	n	%
Muy cerca de su casa	0	0,0
Regular	98	98,0
Lejos	1	1,0
Muy lejos de su casa	1	1,0
No sabe	0	0,0
Total	100	100,0

Tipo de seguro	n	%
ESSALUD	0	0,0
SIS - MINSA	98	98,0
SANIDAD	1	1,0
Otros	1	1,0
Total	100	100,0

El tiempo que esperó para que lo(la) atendieran ¿le pareció?	n	%
Muy largo	5	5,0
Largo	58	58,0
Regular	34	34,0
Corto	3	3,0
Muy corto	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	100	100,0

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	n	%
Muy buena	2	2,0
Buena	42	42,0
Regular	53	53,0
Mala	3	3,0
Muy mala	0	0,0
Total	100	100,0

Continúa...

TABLA 04

***DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN
ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD NICOLÁS
GARATEA-NUEVO CHIMBOTE, 2016***

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	n	%
Si	66	66,0
No	34	34,0
Total	100	100,0

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana.

TABLA 5

***DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL
NATURAL Y ORGANIZADO EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS.
PUESTO DE SALUD NICOLÁS GARATEA-NUEVO CHIMBOTE, 2016***

Recibe algún apoyo social natural:	n	%
Familiares	73	73,0
Amigos	0	0,0
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	1	1,0
Compañeros de trabajo	1	1,0
No recibo	25	25,0
Total	100	100

Recibe algún apoyo social organizado:	n	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	1	1,0
Seguridad social	1	1,0
Empresa para la que trabaja	0	0,0
Instituciones de acogida	1	1,0
Organizaciones de voluntariado	2	2,0
No recibo	95	95,0
Total	100	100,0

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana.

TABLA 6
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD NICOLÁS GARATEA-NUEVO CHIMBOTE, 2016

Recibe algún apoyo social organizado:	SI		NO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Pensión 65	2	2,0	98	98,0	100	100,0
Comedor popular	2	2,0	98	98,0	100	100,0
Vaso de leche	18	18,0	82	82,0	100	100,0
Total	0	0,0	100	100,0	100	100,0

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana.

4.1. Análisis de resultados

En tabla 01: Del 100% (100) de los adultos mayores hipertensos del Puesto de Salud Nicolás Garatea_ Nuevo Chimbote, 2016. El 70,0 % (70) son el sexo femenino; el 49,0% (49) el grado de instrucción es inicial / primaria; el 94.0% (94) tienen ingreso económico < 750 nuevos soles y el 55,0 % (55) la ocupación del jefe de familia es eventual.

Por lo tanto estos resultados son similares con Alvares K, Barbecho P, (56). Concluyendo que el 65,1% de los adultos mayores hipertensos fueron de sexo femenino y el 34,9% correspondió al sexo masculino. Así mismo 57,6% de hipertensos estuvieron en edades entre los 65 y 74 años. También se mostró que el 41,2% solo tenían instrucción de primaria completa. Además el 76,4% no tenía una ocupación laboral. El 51,2% tenía Hipertensión Arterial pero no con antecedentes familiares de esta enfermedad. Además el 40% realizaba actividad física moderada y el 41,9% presentó obesidad.

También los resultados son similares con Justo B, Quispe H, (57). Concluyeron que la mayoría de la población entrevistada es femenina, con un 75%, frente a un 25% que son masculinos, además se puede observar en la población de estudio que el 45.1% está sin instrucción, mientras que un 7.7% tiene grado de instrucción secundaria; respecto al estado civil 46.2% son viudo(a) y 2.2% es divorciado(a). En cuanto a la ocupación el 82.4% están en casa y el 17.6% trabajan de manera independiente; y su procedencia con 65.9% son de Arequipa. Se observa que el 84.6% de los

adultos mayores con hipertensión tienen un autocuidado regular en la dimensión alimentación; un 61.5% tienen un auto cuidado regular en la dimensión actividad física y descanso; un 86.8% presentan un autocuidado bueno en la dimensión hábitos nocivos.

Así mismo estos resultados de esta investigación difieren con Pavón P, (58). Quien concluyó, que el gasto de bolsillo en salud (GBS) fue más alto en los hombres. Y con respecto a la carga de enfermedad 63.6% fue de hombres y el 75.6% en mujeres que padecían hipertensión arterial y diabetes. Así mismo de los 1 217 adultos mayores, la edad asilaba entre 70 a 86 años. Y más del 50% de los adultos mayores provenían de localidades rurales. El 26.4% tenían empleo, además las ocupaciones más frecuentes fueron, de vendedor ambulante, campesino, servicio doméstico, comerciante, oficinista y albañil. El ingreso total mensual por individuo varió entre 20.00 y 25,000.00 pesos. El gasto mensual promedio fue 2,873 ± 1,602 pesos. Además el 93% de los adultos contaban con algún tipo de aseguramiento y de éstos el 86.2% estaban afiliados al Seguro Popular de Pensiones.

Igualmente estos resultados difieren con Ramírez C, (59). Porque llegó a la conclusión que los adultos mayores tienen o siguen teniendo ingresos de pensión contributiva en un 23% las mujeres y 40% los hombres. Y mediante programas asistenciales no contributivos que combate a la pobreza en la vejez fueron un 53% en las mujeres y 43% en los hombres estando cubiertos. Sin embargo, 26% de los adultos mayores

no recibe ninguna pensión. Por medio de la pensión contributiva reciben un monto mensual de \$5,128 en caso de las mujeres y \$6,602 en los hombres. Las pensiones contributivas representan 46% del ingreso en mujeres y 52% hombres; las pensiones no contributivas representan 13% del ingreso en mujeres y 6% en hombres de \$600. Destaca que una tercera parte de adultos mayores tiene ingresos solo de su pensión.

También estos resultados difieren con Alfano A, (60). Donde se concluyó según los datos sociodemográficos, que los adultos mayores presentaron una edad promedio de 73 a 92 años y la religión que profesan es católica en un 70%, su estado civil casado con un 47% o viudo con el 26%, y con hijos un promedio de 75%, vivir en casa propia (85%) y haber cursado el ciclo de educación superior el 37% o secundaria con el 34%. Además según índice del nivel económico Social de Gino Germani³⁰, muestran que todos los sujetos pertenecen al nivel socioeconómico medio. Y respecto a la jubilación se observa una edad promedio de 64 a 86 años, con un tiempo promedio de estar jubilados de 9.06 años, y como principal ocupación previa a la jubilación el ser empleado un 31% u oficios varios con el 25% y como tiempo de permanencia en dicha ocupación más de 15 años.

Actualmente el INEI en la presentación de su informe técnico sobre la situación en la población adulta mayor, describe algunos rasgos demográficos, sociales y económicos de la población de 60 y más años de edad. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta

la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 9,9% en el año 2016. Además se considera que el 18,1% de la población adulta mayor no cuenta con un nivel educativo o solo tiene nivel inicial, el 43,6% alcanzó estudiar primaria; el 22,3% secundaria y el 16,1%, nivel superior. Existen grandes brechas en los niveles alcanzados entre hombres y mujeres adultos/as mayores. Mientras el 26,5% de las mujeres no tienen un nivel de educación, los hombres en la misma situación representan el 8,3%, siendo la brecha 18,2 puntos porcentuales (61).

Y refiriéndose al sexo, y su conceptualización se originan en el tránsito evolutivo del sistema de reproducción asexual. Creando la necesidad de generar dos formas, dos sexos varón y mujer. Según esto el sexo se basa fundamentalmente en lo biológico, pero no se limita solo a ello. En las sociedades conocidas, la categoría sexo impregna todos los aspectos de la vida sociocultural, pero según las base de las características biológicas permiten diferenciar al macho de la hembra y que incluyen aspectos vinculados con la procreación y la sexualidad. En una segunda acepción alude a los componentes psicosociales y culturales que se atribuyen a cada uno de los sexos, el sentido que denomina al género (62).

Además el grado de instrucción está referido al más alto nivel de completamiento alcanzado través de los sistemas educativos al que puede acceder un persona, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, y de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, y universitario del sistema

educativo, asimismo la categorización del sistema educativo reformado (ciclos de Educación General Básica y Polimodal). Y dentro de esto se considera la falta de cualificación o el bajo nivel de instrucción de parte de la población activa que se asocian con facilidad al nivel de renta, desde esta posición, en mayor o menor medida se sostiene que las personas en la etapa formativa no acceden a la formación superior debido a que no pueden permitirse el coste de la misma (63).

Y los ingresos, en términos económicos, hacen referencia a todas las entradas económicas que recibe una persona, una familia, una empresa, una organización, un gobierno, etc. También existen tipo de ingreso que recibe una persona o una empresa u organización depende del tipo de actividad que realice como un trabajo, un negocio, una venta, etc. El ingreso es una remuneración que se obtiene por realizar dicha actividad. Por ejemplo, el ingreso que recibe un trabajador asalariado por su trabajo es el salario. Si ésta es la única actividad remunerada que hizo la persona durante un periodo, el salario será su ingreso total. Por el contrario, si esta persona, además de su salario, arrienda un apartamento de su propiedad a un amigo, el dinero que le paga el amigo por el arriendo también es un ingreso. En este último caso, el salario más el dinero del arrendamiento constituyen el ingreso total (64).

También la ocupación a aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente. La ocupación puede desarrollarse en el sector informal, es decir Todo trabajo que se desempeña en una unidad económica no constituida en sociedad que opera a partir de los recursos de

los hogares, y que no lleva un registro contable de su actividad, independientemente de las condiciones de trabajo que se tengan. Y la ocupación formal es un conjunto de actividades económicas realizadas por los individuos, que por el contexto en el que lo hacen son capaces de invocar a su favor el marco legal o institucional que corresponda a su inserción económica, ya sea como trabajador independiente o subordinado (65).

En la investigación realizada sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote, 2016. En lo referente a los determinantes biosocioeconómico de los adultos mayores hipertensos se concluyó que casi la totalidad tienen ingreso económico menor a 750 nuevos soles. La mayoría son de sexo femenino. Más de la mitad ocupación eventual y menos de la mitad grado de instrucción inicial/primaria,

Por consiguiente estos resultados fueron confirmados en cada uno de los hogares de los adultos mayores hipertensos, al aplicar las entrevistas. Encontrándose solo a algunos adultos mayores hipertensos de sexo masculino, siendo superados por la mayoría del sexo femenino, Una razón que se atribuye a esto, son los estereotipos de roles de género causantes de prejuicio en esta sociedad, es decir la que considera que las mujeres están hechas solo para el trabajo en el hogar como amas de casa, esta ideología machista a causado mucho estrés y violencia en muchos hogares, y aun es común en nuestra sociedad. Pero no sorprende encontrar a muchas mujeres

de 60 y mas años que sufran de hipertensión, pues progresivamente esta situaciones vividas han provocando ansiedad, depresión sobrepeso e incluso acompañado de los cambios hermanales que sufren la mujer por cada etapa de vida la ha hecho vulnerable empeorar su estado de salud.

Ahora bien en lo referente al grado de instrucción se encontró que la mayoría de los adultos mayores hipertensos, está dentro del grupo inicial-primaria, y una explicación que se encontró para esto fue tomado del comentario que hicieron algunos de los adultos mayores hipertensos refiriendo a que en épocas pasadas entre los 50 y 60 quienes procedían de zonas andinas y rurales las familias exigían más el trabajo de campo, no consideraban importante ir o terminar la escuela. Y en otros casos estaban las ideas de algunas familias sobre la educación, que solo eran para los hijos varones y dejaban en segundo lugar la educación de las mujeres. Esto se ha visto reflejado en los ingresos económicos y en las condiciones inadecuadas de las viviendas Además a dejado en vulnerabilidad a los adultos mayores hipertensos en relación con exigencias actuales de una sociedad competitiva y con carencia para lograr una mejor calidad de vida.

Además esta investigación mostró que el ingreso económico que entra en el hogar de los adultos mayores no es suficiente, porque el ingreso de dinero se obtiene por algún tipo de actividad y este no es el caso. Así también hablar de la remuneración mínima vital decretado en este último gobierno, que asciende a 930. 00 soles, es algo que ni siquiera está al alcance de los adultos mayores hipertensos, Con esto queda claro la

carecería de ingresos para cubrir sus necesidades básicas e incluso no tendría la posibilidad de costearse tratamientos y exámenes que requieren por las múltiples patologías que sufren asociadas la Hipertensión Arterial. Además los que fueron pescadores su mala administración de sus recursos y el despilfarro los ha sumido en una difícil situación económica. Muchos adultos mayores hipertensos viven en una dependencia y en constante preocupación para sobrevivir en vista de la situación

Y con relación a la ocupación laboral eventual que presentan los adultos mayores hipertensos, se entiende que ha causado en sus vidas un doble esfuerzo para lograr obtener los recursos que sus familias requieren. Pero esto no ha paralizado a los adultos mayores que padecen hipertensión, todo lo contrario pues más de la mitad tienen trabajos independientes y menos de la mitad dependen de sus familias. Los adultos mayores hipertensos expresaron que “no quieren sentirse inútiles”. Por este motivo algunos han tomado en serio la decisión de formar parte de un club comunal del adulto mayor donde aprenden a desarrollar habilidades manuales y otras actividades, que según sus expresiones usan para cubrir ciertas necesidades.

Por consiguiente con estos resultados obtenidos en las variables como ingreso económico menor a 750 soles, un grado de instrucción inicial/primaria, ocupación eventual y el sexo con una mayoría femenina, esto se consideró como factores de riesgo, y se infirió una relación estrecha entre los determinantes biosocioeconómicos y el desarrollo progresivo de

la hipertensión arterial, así como de llevarlos a padecer otras enfermedades asociadas a esta patología. Ante esto se requiere que las autoridades regionales responsables de la salud en esta jurisdicción del Puesto de Salud Nicolás Garatea planten, supervisen y mejoren las estrategias de salud. Además la mayoría es parte de un Club del adulto mayor, donde se pueden organizar capacitaciones anuales, mensuales no solo de promoción de la salud, sino sobre actividades que hagan sentir útiles en la sociedad a los adultos mayores hipertensos.

En tabla 02: Del 100% (100) de los adultos mayores hipertensos Puesto de Salud Nicolás Garatea_ Nuevo Chimbote, 2016. El 86,0% (86) son viviendas unifamiliares ; el 76,0% (76) es propia, el 48,0% (48) el material de piso, loseta, el 47,0% (47) el material de techo es noble, el 65,0% (65), el material de las paredes es noble, el 63,0% (64) duermen en habitación independiente, el 73,0% (73) abastecimiento de agua, conexión domiciliaria; el 78,0% (78) la eliminación de excretas es baño propio, el 94,0% (94) cocina de gas, el 78,0% (78) energía eléctrica permanente, el 97,0% (97) elimina su basura en el carro recolector, el 71,0% (71) el carro recolector de basura pasa 2 veces por semana, el 77,0% (77) elimina su basura en el carro recolector.

Así mismo los resultados son similares con Monte J, (66). En su conclusión mostró que la mayoría de personas mayores es decir el 73,9% consideran poco o nada probable ir a vivir a una residencia en el futuro teniendo casa propia. Y dos de cada tres personas mayores que representa

el 64,6% han oído hablar sobre el grupo “Comunidades de Viviendas Colaborativas” creadas para convivir compartiendo zonas y servicios. Pero al momento de la entrevista la mayoría de los adultos mayores vivían solos o con sus parejas en su propia casa siendo el 83,6%. Además el 53,9% son los que consideran poco o nada probable vivir en una residencia. la opción es la compra o el alquiler.

Por otro lado estos resultados difieren con Torres L, (67). En su conclusión mostró, que las viviendas de los adultos mayores en su mayoría son hogares con familiares. Y la mitad de los hombres el 49.7% son hogares nucleares; el 38.1% hogares ampliados, 1.7% hogares compuestos. Las mujeres viven con menos frecuencia en hogares nucleares y más en ampliados. Sin embargo, un 12% de las mujeres y 9.2% de los hombres adultos mayores viven solos, en hogares unipersonales que significa un estado de vulnerabilidad, Pero por otro lado se evidencia que las personas adultas mayores viven en su mayoría en compañía de sus familiares.

Por consiguiente se entiende como vivienda en primer lugar a un derecho que está vinculado por entero a los derechos humanos. A este respecto una vivienda se debe garantizar a todos, sin importar sus ingresos o su acceso a recursos económicos. Y en segundo lugar, entender la vivienda como la posibilidad de disponer un espacio adecuado, seguridad adecuada, iluminación y ventilación adecuada, una infraestructura básica adecuada y una situación adecuada en relación al trabajo y los servicios básicos, todo ello con un coste razonable y accesible. Es necesario tener en

cuenta estas dos conceptualizaciones sobre la vivienda, porque sirve para subrayar una serie de factores que hay que tener en cuenta al determinar si algunas formas son consideradas viviendas (68).

También la situación de tenencia de la vivienda es uno de los aspectos a considerarse dentro del concepto de vivienda adecuada. La vivienda debe procurar seguridad no sólo en sus estructuras, sino también en su tenencia, lo que minimiza cualquier tipo de riesgo. Comúnmente la propiedad se considera como la forma de tenencia más segura, puesto que si el dueño de la vivienda vive en ella, es menos probable que pierdan la posesión de la misma. También el arrendamiento es considerado como una forma de tenencia segura. La vivienda en alquiler o en renta es una forma de acceso a la vivienda que soluciona las necesidades cuando se trata de una vivienda adecuada y cuenta con seguridad, a través de un contrato de arrendamiento. El derecho a vivienda adecuada no se refiere únicamente a vivienda propia, por lo que el alquiler es la forma de acceso más idónea para ciertos grupos de la población (69).

En consecuencia el tipo de hogar según los resultados obtenidos por el INEI en el primer trimestre del año 2017 en el Perú muestran, que el 43,2% de los hogares del país tiene entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad. Y en los hogares del área urbana el 43,9% cuenta con un adulto mayor. También el área rural cuenta el 39,0%, con una persona de este grupo etario, el total de hogares jefaturados por adultos mayores, el 48,6% son hogares de tipo nuclear. El 24,5% de

hogares son extendidos. El 21,0% de hogares de los adultos mayores son unipersonales y compuestos sólo por adultos mayores. El 4,4% son hogares sin núcleo es decir conformado por un jefe/a sin cónyuge ni hijos, que vive con otras personas con las que puede o no tener relaciones de parentesco y el 1,5% son hogares compuestos, es decir existen dentro del hogar de los parientes, y otros miembros que no son familiares (70).

De modo similar en la investigación realizada sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote, 2016. Se analizó los determinantes biosocioeconómico de los adultos mayores hipertensos y se concluyó que la mayoría cuentan con tenencia de la vivienda propia. También más de la mitad presentó tipo de vivienda unifamiliar.

Por tal razón durante la aplicación del cuestionario a los adultos mayores hipertensos, se ingresó a sus hogares y por el aspecto de la vivienda se confirmó que solo ellos viven en el lugar. Otra fuente de información fue suministrada por sus familiares quienes vienen de visita y se verificó que el tipo de vivienda es unifamiliar. Además se pudo observar detenidamente las condiciones del ambiente en algunos hogares, como la poca iluminación, los pocos enseres y algunos mobiliarios desgastados lo que permitió también determinar las carencias en las que viven algunos adultos mayores hipertensos refirieron, que la familia sea organizada para cuidarlos y llevarles algunas provisiones con la intención de cubrir sus necesidades, aunque algunos adultos mayores expresan no

sentirse cómodos al recibir ayuda, algo que provoca más situaciones de estrés entre ellos e inseguridad referente al control de su salud.

Del mismo modo en el caso de la tenencia propia se confirmó esta condición por información adicional brindada por parte de los vecinos y los resultados mostraron que la mayoría eran los propietarios. También conversando con algunos adultos mayores hipertensos sentados en su sala, en la puerta o por la ventana sobre las dificultades que pasaron para obtener su propiedad, surgió su disposición para mostrar sus recibos de luz o agua y otros documentos que los identificaban como propietarios. Este resultado se relaciona con lo obtenido en el informe sobre comunidades de viviendas colaborativas diseñadas para convivir compartiendo zonas y servicios para personas adulto mayores, por el hecho de que la mayoría de adultos viven solos y un pequeño grupo en apartamentos alquilados por las ofertas de menos costos en algunos países.

También los resultados son similares con Ramos C, (71). En el cual concluyó que una vivienda y sus características deben satisfacer los requerimientos mínimos de higiene, abrigo, privacidad y comodidad, Además determino que esto constituye una necesidad básica. Por lo tanto las personas que no cuentan con estas condiciones están en una situación que afecta su desarrollo y calidad de vida. El Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la ENIGH 2012 presentado en este estudio, mostró que 17.7% de los adultos mayores reside en viviendas con un hacinamiento mayor a 2.5% personas por cuarto, 3.4% habitan viviendas

que presentan carencia por piso de tierra; 1.8% habita en una vivienda con techos de lámina de cartón o desechos y 1.4% lo hace en viviendas con muros de barro o bajareque; de carrizo, bambú o palma; de lámina de cartón, metálica o asbesto; o material de desecho.

Por el contrario estos resultados difieren con Romero Z, (72). En el cual concluyó que el índice de calidad de vida se puede calcular en base a variables objetivas y subjetivas agrupadas en ingreso, condiciones de la vivienda y condiciones de salud. Obteniendo como riesgo en te grupo de personas que el 82.38 % de los adultos mayores carecen de jubilación. Y por otro lado un 95.81 % de los adultos mayores mencionó sentirse feliz algunas veces o casi siempre, respecto a la condición de salud, solo 15.64% señaló un estado de salud excelente. En cuanto a las condiciones de sus viviendas, el 72.76% de adultos mayores cuenta con espacios apropiados es decir paredes de materiales durables y 62.53 % reporto condiciones duraderas del techo de su vivienda; mientras que por otra parte, 42.34% de los adultos mayores carecen de bienes duraderos.

Por consiguiente se puede decir que los suelos o pisos de una vivienda son parte de las bases de esta y se consideran opcionales según situación económica de las familias. Además pueden ser escogidas puesto que en los mercados existes infinidad de materiales, así como tamaños, colores y diseños. La idea principal es colocar desde su construcción inicial este tipo de piso, para ayudar en un futuro a los adultos mayores, y no realizar una doble inversión. Los tipos de materiales son de: concreto,

piso laminado, vinilo o linóleo, cerámico etc. Se debe tener conciencia de proyectar adecuadamente, pensando siempre en la función y las necesidades, tomar en cuenta el contexto de donde se habita; el clima, asoleamiento, humedad, etc. En estos casos tratándose de personas con necesidades emocional especiales y espacialmente hablando de personas de 60 años a más. Debe diseñar espacios que generen seguridad, (73).

Al mismo tiempo los muros en el plano, se erige para confinar un espacio. Su función primordial en la vivienda es separar el interior del exterior o los espacios interiores entre sí, actuando como elemento trasmisor de las cargas del techo hasta el terreno. Para este fin también se usan columnas o postes. El muro en sí puede convertirse en imagen absoluta o ser marco de otras imágenes; cuadros, fotos, espejos, ventanas. Textura y color son dos cualidades que pueden realizarse jugando con la luz y la sombra. Su forma, su altura y sus penetraciones dan el grado de confinamiento de un espacio, nos trazan un recorrido, nos protege del clima al hacer un espacio más cálido o más fresco (74).

También están los techos que sirve de cubierta de la vivienda. Separando el cielo de la vivienda pero a cambio protege de la intemperie, del sol, del frío y la lluvia. Los variados sistemas de techos constructivos ideados por el hombre para cubrirse son muestra del ingenio creativo. Cada sistema constructivo, cada material posee sus leyes y propiedades físicas, sus dimensiones y sus límites propios, los que se deben considerar y aprovechar para cubrir los hogares de adultos mayores por seguridad. Se

recomienda la ligereza y la disposición correcta de sus componentes de un techo económico y adecuado; al contrario, un techo pesado y torpemente construido es caro y peligroso, ya que transmite su peso a las columnas y muros, que puede terminar dañando la infraestructura de la vivienda (75).

Por tal motivo en esta investigación realizada sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote, 2016. En los determinantes biosocioeconómico la mayoría vive en ambientes con paredes de material noble, duermen en una habitación independiente. Menos de la mitad tienen el piso de Loseta, vinílicos o sin vinílico y material del techo

Por ende al analizar el diseño de los hogares de los adulto mayor hipertensos, se ha podido observar que algunos no cuentan con un piso acabado o terminado en toda su casa, otros tiene falso piso o adecuado con restos reusados y un pequeño grupo de adultos mayores en sus hogares no cuentan con piso de material noble. Observando que procuran mantener la húmeda de la arena, aunque vivir en esas condiciones repercute en la salud de los adultos mayores hipertensos aumentando el riesgo de padecer enfermedades trasmisibles. Y como muestran las evidencias los pisos adecuadamente construidos disminuyen los problemas en la piel y contribuyen a reducir la incidencia de enfermedades como diarrea, parasitosis intestinal, hepatitis, salmonella y fiebre tifoidea, varias de las cuales provocan cuadros agudos de anemia, y sobre todo en personas vulnerables como los adultos mayores hipertensos.

De modo similar en la visita a algunos hogares de los adultos mayores hipertensos se pudo comprobar que el material del techo de la vivienda era precario y poco duradero como el uso de esteras y en algunos casos recubiertos de cartón. De ahí a que los estudios sobre este tema muestren que una casa con la temperatura adecuada es importante porque permite el mantenimiento de una buena salud. En este caso lo ideal es tener una vivienda con un techo adecuado para evitar exponerse en temporadas de invierno, verano y lluvias sirviendo de protección en climas variados que se presentan en el país. El tener un hogar adecuado y seguro permite la prevención de problemas de salud, o evitar agregar a los ya existentes como la hipertensión que puede complicarse al aumentar las preocupaciones y otras patologías. Como puede ser el caso padecer de IRAs, que complican las vías respiratorias de los mayores hipertensos.

Además en lo referente al material de las paredes de la vivienda, al realizar las visitas, se pudo comprobar que la mayoría de los hogares de los adultos mayores hipertensos sí cuentan con una vivienda con paredes de material noble, y este punto está relacionado con los resultados obtenidos en el estudio sobre “envejecimiento y factores Asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el estado de México” llegando a la conclusión que la mayoría de personas adulto mayores cuentan con viviendas cuyas paredes son material noble. Sin embargo se pudo observar que los hogares de adultos mayores hipertensos ubicados en invasiones y que están viviendo por más de cinco años sin contar con paredes adecuadas ha perjudicando su estado de descanso, privacidad y salud

emocional que se requieren para recuperarse del desgaste energético que sufren durante el día por su avanzada edad y este agotamiento se refleja en sus rostros.

De igual forma estos resultados difieren con Martina M, y Colaboradores, (76). En la que concluyeron que el envejecimiento exitoso es mayoritario en los docentes adultos mayores de la facultad de medicina esto como consecuencia de un proceso de adaptación a los cambios propios del envejecimiento y a una intensa actividad intelectual. Además la mayoría de los adultos mayores no vive solo esto se deduce porque el 67% de los adultos mayores estaban casados; el 47,7% vivía con su pareja y con familiares, sólo cuatro docentes adultos que representa el 3,8% vivían solos sin ningún apoyo. El 70,1%(74) labora en la universidad 26 o más años; el 46,7%(50) están asociados; el 64,2%(68) trabajan a tiempo parcial Las dimensiones que más aportan al envejecimiento exitoso fueron mecanismos funcionales de rendimiento que fueron el 88,7% seguido de satisfacción con la vida el 71,7% y de los factores intrapsíquicos el 69,5%.

Por otra parte los resultados son similares con Cánepa P (77). En la cual concluyó que el 89.4% de las viviendas urbanizadas que tienen como jefes de hogar a adultos mayores a 60 años, se registra una mejora en el acceso a los servicios básicos en el primer trimestre del 2017.. Además el 89.4% de estas viviendas tuvieron acceso al agua por red pública, que representa un aumento importante del 1.1% frente al mismo periodo del 2016. Los adultos mayores del área rural tienen un acceso de 62.6%;

mientras que en el área urbana, el porcentaje es de 96.7%. Por otra parte, el porcentaje de hogares de adultos mayores con acceso a energía eléctrica por red pública fue de 95.5%, el cual se ejecuto en los primeros tres meses del año, un aumento interanual de 1.2% en el área rural, se observaron avances en el primer trimestre: pasó de 76.7% en el 2016, a 81.3% en el año 2017

De igual manera el número miembros de una familia, que hacen uso de la vivienda Esta referido a la distribución de los materiales e infraestructura, como el número de camas, número de personas por cuarto, número de familias por vivienda y también el uso de una o más habitaciones para otros fines distinto para el cual fueron diseñadas. Algunos se atreven a usar el término universal “hacinamiento”. Pero este concepto varía según el nivel de desarrollo económico, el momento histórico y de las particularidades culturales propias de cada sociedad. En estos casos los factores que más se ven alterados son la privacidad y la falta de una adecuada circulación por la falta de espacio y en la mayoría de los casos, genera alteraciones en la salud mental como es el estrés y en lo físico favorece la propagación de enfermedades infectocontagiosas e incrementa la ocurrencia de accidentes al interior del hogar (78).

Además el agua es considerada un elemento esencial para la vida. El 70% de la superficie del planeta está cubierta por agua. Este recurso es indispensable para el origen de la vida y evolución de todos los organismos vivos y siempre será un elemento fundamental para los seres

humanos y para las demás especies vivas. Todas las cultura desde la más antigua se han desarrolla en base a este recurso natural. La actual sociedad y en las futuras siempre estarán estrechamente vinculada al agua. También es considerada como un elemento esencial para aumentar la producción de alimentos, logras la sustentabilidad y mejorar las condiciones de vida de la sociedad, tanto en el campo, como en la ciudad (79)

Por otra parte según el INEI, el agua es considerada un recurso cada vez más escaso ante el incremento demográfico y las consecuentes actividades domésticas, industriales, agrícolas, ganaderas, mineras, entre otras. Esto ha originado una gran demanda y genera la búsqueda de nuevas fuentes de abastecimiento. En el Perú existe un problema serio en cuanto al servicio de agua y alcantarillado según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, entre febrero 2017 a enero 2018, un 10,6% de la población total del país, no tuvo acceso a agua por red pública, pero se obtuvo agua de otras formas: con camión y cisterna fueron 1,2% quienes pagaron por este servicio, a través de pozo el 2,0%, Además el agua de río/acequia/manantial fue el 4,0% y otros el 3,3%, (80).

Por este motivo en esta investigación realizada sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote, 2016. En los determinantes biosocioeconómico de los adultos mayores hipertensos la mayoría duermen en una habitación independiente, y cuenta con abastecimiento de agua con conexión domiciliaria.

Así mismo en los hogares de las personas adultos mayores hipertensos, se observo que algunas vivienda no contaban con muchas divisiones, al contrario en dos o tres divisiones se podía identificas la sala junto con la cocina y en las otras áreas estaban el baño y las camas. También un pequeño grupo se encuentran en hacinamiento dentro de su propia vivienda, esto debido que algunos adultos mayores han decidido dividir espacios de su casa y compartirlos con sus familiares más cercanos como sus hijos e incluso otros familiares. La falta de espacio que se observan en estos ambientes son la causa para la usencia de privacidad y la buena circulación, esto ha provocado alteraciones en la salud física, mental y desencadenar situaciones de estrés sicológico, aumentando las enfermedades infecciosas e incrementar la ocurrencia de accidentes en el hogar para los adultos mayores hipertensos agravando su situación.

También en lo referente al abastecimiento de agua en las viviendas de los adultos mayores hipertensos se puedo observar que las situaciones de riesgo están entre los adultos que viven en invasiones recién formados que pertenecen al sector del Puesto de Salud Nicolás Garatea. Y como es de conocimiento público, en esas zonas el agua para consume es comprado a camiones cisternas y se desconoce la procedencia de las aguas, es decir que no son seguras o no cuentan con una certificación de calidad. Por lo tanto no son aptas para el consumo humano. Las demás viviendas en su mayoría si cuenta con una red segura de abastecimiento de agua y el disponer con este tipo de servicio evitan que se propaguen enfermedades

transmisibles como la hepatitis, fiebre tifoidea, shigella y EDAs, entre los adultos mayores hipertensos.

Por otra parte estos resultados son similares con Fernández J. Vivienda, (81). En la que concluyó que los adultos mayores residentes en áreas urbanas, están organizadas en manzana muy bien edificadas, y existen entre 640 y 1.172 viviendas, de las cuales una cantidad de de viviendas entre 681 y 1.153 son unidades de departamentos con servicios básicos completos. Además las tipologías de la vivienda se observan en sus edificaciones y adquieren diferentes características según su posición cubren todas las necesidades básicas de comodidad. Las plataformas donde fueron edificadas las viviendas, permiten alojar espacios semipúblicos o semiprivados; mientras las áreas verdes son en su mayoría de uso privado. En el análisis de los comportamientos de los adultos mayores, así como también el de los “habitantes temporales” permitió distinguir una mejor calidad de vida en estas viviendas.

Así encontramos el uso del combustible en la vivienda como son el gas, el kerosene y la leña. El gas y el kerosene son empleados en mayor porcentaje en las ciudades o zonas urbanas, en tanto que la leña, es de uso más frecuente en los hogares rurales. El precio y la disponibilidad establecen diferencias en el tipo de combustible consumido en hogares de las personas adulto mayores. Pero existen algunas zonas rurales donde se utilizan como combustible los residuos secos tales como palos, carbón, paja, hojas secas y corteza de coco. Cuando estos materiales se queman sin

procesarlos producen mucho humo y pueden ser un peligro para la salud. Sin embargo, si se machacan y compactan en pequeños bloques se puede lograr que ardan más tiempo y produzcan menos contaminantes (82).

También el uso de la electricidad es de beneficio para las sociedades en desarrollo, por esta razón el consumo por persona en el sector doméstico es muy diverso en todas las regiones del mundo, Y depende del nivel de desarrollo de la sociedad y de la calidad de los aparatos eléctricos, como puede ser la importancia de la calefacción eléctrica de ambientes. Estos valores van desde alrededor de 800 Kw/persona para los países de Europa Central y del Este, hasta 1.500–2.000 Kw en Europa Occidental, Japón y Oceanía, y supera los 4.000 Kw en América del Norte y también a América del sur. Sin embargo, la poca disponibilidad de datos sobre el consumo de electricidad por uso final limita las posibilidades de dichas comparaciones (83).

Además hablar de la eliminación de excretas y aguas residuales es referirse a tener acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación en lugares no adecuados. El lograr mejorar este tipo de eliminación redundaría en una mejor salud y la dignidad humanas. Una mejor gestión de los desechos humanos es una parte clave para reducir el impacto porque aun hasta hoy se utilizan letrinas, hoyos y pozo ciego. Esto muestra el poco tratamiento con que se cuenta en nuestra sociedad. Y que no promueve la calidad de vida de las personas, además no disminuye la contaminación, eliminación del

vertimiento y minimizando la emisión de productos químicos y materiales peligrosos, Tampoco reduce a la mitad el porcentaje de aguas residuales sin tratar, ni aumenta considerablemente el reciclado y la reutilización sin riesgos a nivel mundial (84).

También la disposición de basura o desechos sólidos se han considerado uno de los problemas ambientales más grandes la sociedad. Y esto porque la población y el consumo per cápita crece, y la basura al mismo tiempo; acortándose los espacios limpios. Además su tratamiento es inadecuado. En estos tiempos la gestión de los residuos se ha centrado principalmente en un único aspecto, la eliminación de los mismos, a través de basurales, rellenos sanitarios y en algunos casos, de incineradores. Estas soluciones han generado más contaminación, no consideran la necesidad de reducir el consumo de materias primas y de energía, que plantean serios riesgos para el medio ambiente y la salud de las personas (85).

Por tal motivo en esta investigación realizada sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote, 2016. En los determinantes biosocioeconómico de los adultos mayores hipertensos, Casi la totalidad usa combustible para cocinar a gas y electricidad, frecuencia con que pasa la basura es al menos 2 veces por semana, suele eliminar la basura en carro recolector. La mayoría cuenta con energía eléctrica permanente, eliminación de excretas baño propio.

Y en lo que se refiere al uso de combustibles para cocinar, se encontró que la mayoría de adultos mayores en su hogar usan el gas para cocinar sus alimentos y esto es favorable para su salud. Pero también existen excepciones en los asentamientos humanos que todavía usan la leña o carbón para cocinar sus alimentos, generando problemas respiratorios en las personas adulto mayores hipertensos entre ellas encontramos de dos a tres familias, que al parecer desconocen sobre las consecuencias de la combustión de la leña y el carbón que libera pequeñas partículas de otros componentes cuya nocividad para la salud humana en el ambiente del hogar ha quedado demostrada e incluso puede llegar hacer mortal.

También en cuanto a la eliminación de la basura la mayoría de adultos mayores hipertensos mencionó sacar la basura cuando pasa el carro recolector, y en algunos casos comentaron que lo dejaban en la esquina de sus casas u óvalos para que el carro los recoja, Y esto debido a no tener espacio en su casa e incluso comentaron que sacaban la basura antes porque sabían cuando pasa el recolector, esto se evidencio al observar en las esquinas cúmulos de basura. Además mencionaron su malestar cuando habían meses en que el carro no pasaba y la basura se amontaba tanto que los olores ingresaba hasta sus casas, según refieren algunos esto les provoco problemas respiratorios o algunas alergias en la piel.

Así mismo la eliminación de excretas en los lugares donde viven adultos mayores hipertensos, Se sabe algunos adultos mayores han edificaron sus casa con materiales inseguros como estereras y catones, pero

que a pesar de estar en esta condición han elaborado provisionalmente sus posos ciegos para depositar los excrementos, o en otros casos los casos han enterradas en pampones aledaños a los lugares donde viven. Esto ha generado más contaminación incrementando así la proliferación de enfermedades en el hogar y en su comunidad, poniendo en riesgo la salud e incluso la vida de los adultos mayores hipertensos.

Por consiguiente con estos resultados obtenidos en los determinantes de salud relacionado a la vivienda, con un tipo de vivienda unifamiliar, vivienda propia, material de las paredes noble, pisos de loseta, material del techo noble, duermen en una habitación independiente, cocinan con gas o electricidad, abastecimiento de agua conexión domiciliaria, energía eléctrica permanente, disposición de basura en tierra, quema y carro recolector. Estos factores aparentemente brindan un ambiente adecuado, pero cuando se observó las viviendas no había la comodidad y la seguridad para una persona de 60 y más años y con hipertensión arterial. En esta situación requiere de políticas de estado en salud específicas para este grupo poblacional que padece múltiples patologías y también la supervisión de la promoción de la salud en cuanto a una vivienda segura y cómoda que propicie un cambio en los adultos mayores hipertensos.

En tabla 03: Del 100% (100) de los adultos mayores hipertensos Puesto de Salud Nicolás Garatea Nuevo Chimbote, 2016. El 61,0% (61) no fuma; el 65,0% (65) no consumen bebidas alcohólicas; el 81,0% (81) duerme 6 a 8 horas; el 60,0% (60) se baña diariamente; el 89,0% (89) si

realiza exámenes médicos paródicos; el 47,0% (47) no realiza actividad física; el 44,0% (44) no realiza actividad física en 20 minutos; el 60,0% (60) consume frutas a diario, el 35,0%(35) consume carne 3 o más veces por semana, el 41,0-% (41) consume huevos 1 vez por semana, el 41,0% (41) consume pescado 3 o más veces por semana, el 85,0 % (85) consume fideos a diario, el 88,0% (88) consume pan, cereales a diario ; el 62,0% (62) consume verduras y hortalizas a diario; el 52,0% (52) consume legumbres 1 vez por semana, el 82,0% (82) nunca consume embutido; el 31,0% (31) nunca consume lácteos, el 75,0% (75) nunca consume dulces, gaseosas; el 31,0% (31) nunca consume refrescos con azúcar y el 50,0% (50) nunca consume frituras.

Por lo tanto estos resultados difieren con Gonzales R, (86). Concluyendo que los adultos mayores con hipertensión arterial que se atienden en un consultorio médico han desarrollado esa enfermedad resultando ser un problema clínico-epidemiológico para los adultos mayores de dicha área de salud. En este estudio el sexo predominante fue el femenino con 58,8 % y el grupo de edad de 65 y más años con el 68,7 %; prevaleció el tabaquismo como factor de riesgo en un 88,8 %, Además la prevalencia en padecer enfermedades crónicas como, cardiopatía isquémica con el 41,3 %; mientras que el tratamiento que se brinda con dos fármacos predominó en el 60 % de los pacientes.

Por otro lado estos resultados difieren con Marín J, (87). En la que concluyó la prevalencia de consumo de alcohol en adultos mayores, Y el

número de personas que respondió al consumo de alcohol fueron unas 4.058 personas, que representan aproximadamente a 1,5 millones de personas mayores a partir de los 60 años. La prevalencia de consumo de alcohol menos ocasional fue de 32,5%, de los cuales el 52,0% presenta patrones de consumo riesgo. Este grupo está compuesto mayoritariamente por hombres menores de 70 años, con altos ingresos, más de 12 años de educación y que están casados/conviviendo o anulados/separados.

Así mismo estos resultados son similares con Ganoza M, (88).Concluyendo que las personas del Centro del Adulto Mayor de Chiclayo, tienen una alta frecuencia de mala calidad de sueño y de mala higiene del sueño. Obteniéndose en la mediana la edad de los pacientes que fue de 72, al 74.5% fueron de sexo femenino. Y el 72,7% es decir las 120 personas asistentes al CAM tiene Mala Higiene del sueño, 77,6% que equivale a 128 personas, que tienen mala calidad el sueño. El 57% de los participantes con mala calidad de sueño presentan también mala higiene del sueño. El 43,6% de los participantes padecían Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus el 20% y Artrosis en un 26,7%

Además los fumadores que consumen con frecuencia el tabaco provocan que se acelere la frecuencia cardíaca, contrae las arterias principales y puede ocasionar alteraciones en el ritmo de los latidos del corazón. Todo esto hace que el corazón se esfuerce más. El fumar también incrementa la presión arterial, que a su vez aumenta el peligro de accidentes cerebrovasculares en personas que ya tienen presión arterial alta

como es el caso los adultos mayores. Hay dos factores por los que el tabaco produce una isquemia coronaria y provocan infarto de miocardio, es decir obstrucción total de paso de sangre por las arterias y/o angina de pecho o disminución importante de paso de sangre por las arterias. Esto se considera un factor de riesgo para la población (89).

Así mismo el consumo de alcohol en cantidades moderadas es aceptable, siendo un hábito concerniente a la socialización y que brindaría protección cardiovascular. Pero su consumo que exceda lo recomendado se transforma en un problema social, familiar y de salud. Se habla de consumo perjudicial o peligroso cuando se consume más de la recomendación diaria y el individuo no logra cumplir con sus tareas; además se expone a situaciones de riesgo físico o conlleva problemas legales o sociales por el trago. También recibe el término bebedor cuando la persona o su familia perciben que el consumo está dañando al paciente o a los que lo rodean. Se define como dependencia del alcohol cuando el individuo muestra signos de adicción física al alcohol (90).

Y en lo referido al tiempo de dormir implica estar en un estado de reposo en el cual queda totalmente suspendida cualquier actividad consciente y todo movimiento voluntario. Estado de reposo en el que la persona suspende toda actividad y se dedica a descansar. El dormir, el descanso, resulta ser indispensable para mejorar la calidad de vida de los seres humanos, ya que permanecer sin descanso durante varias horas seguidas es perjudicial, por ejemplo, para la atención que podamos

prestarle a las cosas; obviamente, la misma será mucho menor si nos encontramos sin descanso pertinente. Lo ideal, para los seres humanos es dormir 8 horas diarias para recuperar energías y así poder comenzar un siguiente día con actividad variada (91).

Por consiguiente en la investigación realizada sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote, 2016. En los determinantes de estilos de vida de los adultos mayores hipertensos en su mayoría no fuma, ni a fumado nunca de manera habitual, no consume bebidas alcohólicas, duerme de 06 a 08 horas, se baña diariamente,

Por el contrario las personas adultas mayores hipertensas que participaron en esta investigación la mayoría afirmó no fumar, evitándose evitar peligros que acompañan a este mal hábito, que es padecer de afecciones al corazón como infarto de miocardio, angina de pecho, también enfermedades cerebrovasculares, también enfermedades vasculares periféricas y aneurisma de la aorta abdominal. Para evitar estos malos hábitos los adultos mayores hipertensos que integraron el club del “Adulto Mayor”, de la urbanización “Luis Felipe de las Casa”, prefieren acudir al club para realizar trabajos manuales, que le reportan algunos beneficios económicos. Pero algunos adultos mayores hipertensos mencionaron haber fumado en su juventud esto ha ido condicionando su estado de salud, pues este hábito progresivamente van dañando órganos, y producen accidentes cerebro-vasculares y enfermedades cardíacas.

Asimismo los adultos mayores hipertensos en su mayoría refirieron que no consumen alcohol por motivos de salud y se abstienen totalmente, pero algunos refirieron consumir moderadamente bebidas alcohólicas como, el vino en eventos familiares o en ocasiones especiales. Evidentemente se sabe que cuando el consumo de alcohol excede la moderación de dos copas diarias, está asociada al alcoholismo y la elevación de la presión arterial. Además puede influir significativamente en la medición de la presión arterial, En caso de los adultos mayores hipertensos aunque expresa no tener continuidad con las bebidas alcohólicas es necesario abstenerse por el riesgo que implica en el mantenimiento de la salud

Además en lo referente al descanso y sus horas de dormir, la mayoría mencionaron que dormían de 6 a 8 horas diarias, Visto de esta forma lo saludable para el adulto mayor de 65 años a más el dormir entre 7 y 8 horas al día en la mayoría estaría dentro de los parámetros normales de descanso para un adulto mayor hipertenso. Por otra parte mencionaron que había periodos en los que su salud no les permitía dormir y que en esos momentos algunos mencionaron haber conciliado el sueño solo de dos a tres horas. Esto significaría para los adultos mayores hipertensos empeorar su estado de salud porque no hay un descanso mental, ni físico que cubra las demandas del desgaste que realizan durante el día. Estas situaciones han hecho que los adultos mayores descubran que el proceso de envejecimiento conlleva sufrir cambios en su patrón de sueño y por

desgracia, suele ser común la dificultad para dormir. Lo cual requiere de formas para ayudar a solucionarlo.

También estos resultados son similares con Paganini J, (92). Concluyendo que la mayoría con pensión o jubilación son sólo un 20% de los adultos mayores y reciben ayuda económica de sus familiares. Además viven acompañados, tan sólo 14% viven solos. También el 41,5% declara tener enfermedad crónica pero sólo 18% declara problemas de salud graves. En su mayoría los adultos mayores manifiestan que van al médico para mantener su salud y representan el 79,8%. Algunos tienen dificultades económicas para atenderse y son el 30% y la espera es el principal inconveniente para su atención siendo el 40.4%. La mayoría está satisfechos con el trato del médico y son el 88%, También un 35,3% necesita ayuda para su movilidad funcional.

Y estos resultados difieren con Gai M, (93). En el que concluyó que los adultos mayores encuestados, solamente 3 es decir 29,7 % no eligieron ninguna actividad recreativa. Los resultados muestran que el 67 % de los encuestados eligieron las actividades recreativas al aire libre en parques, seguido por las caminatas en el mismo parque y las excursiones organizadas por el Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Mendoza, el 33% prefirió las actividades intramuros es decir internas. Además en los días de semana sobre todo los talleres de manualidades en un 17,2 % y con escritura un 15,1 % respectivamente.

Así mismo estos resultados difieren con Cruz N, (94) Concluyendo que los estilos de vida de los adultos mayores resultan poco saludables en las clases de hábitos alimentarios en un 52.5 %; en la clase de actividad física en un 57.5 %; además la recreación está presente en un 62.5 %; y en la categoría del sueño el 25 %. También el 75% resultó en estilo de vida saludable. Finalmente para mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores hipertensos del programa especialmente en las categorías hábitos alimentarios, recreación, actividad física, y continuar con la vigilancia de los estilos de vida principalmente en los adultos mayores que acuden al programa citado para contribuir a mejorar su calidad de vida.

Así mismo definiendo lo que es ducha como parte de la higiene se refiere a mojar o mojarse con agua que cae desde arriba, generalmente con el objetivo de lavarse o refrescarse. Tomar una ducha o darse una ducha, por lo tanto, equivale a bañarse. Se llama ducha, en definitiva, a la caída de agua sobre el cuerpo con la finalidad de limpiarlo. Dicha caída puede realizarse a través de un chorro en forma de lluvia. El aparato que permite llevar a cabo este proceso también se conoce como ducha. Por otra parte, el agua que cae no se acumula sino que se dirige hacia el desagüe de manera directa. En una vivienda, la ducha se encuentra en el cuarto de baño, protegida por una cortina o una mampara para que el agua no moje el resto del ambiente (95)

Además el examen médico o chequeo médico es donde realizan exámenes que pueden ayudar a encontrar una enfermedad antes de que

comiencen los síntomas. Estas pruebas pueden ayudar a descubrir enfermedades o afecciones anticipadamente, cuando son más fáciles de tratar. Algunos exámenes se realizan en el consultorio del doctor. Otros, necesitan equipos especiales, entonces es posible que tenga que dirigirse a una oficina diferente o a una clínica. Las pruebas que usted necesite dependerán de la edad, el sexo, los antecedentes familiares y si tiene factores de riesgo para algunas enfermedades. Luego de que le realicen las pruebas, pregunte cuándo obtendrá los resultados y con quién debería hablar sobre ellos (96).

También se entiende por actividad física a cualquier tipo de movimiento o ejercicio que requiere un gasto energético por encima del gasto basal; ésta actividad, es producida por la interacción de varios sistemas del cuerpo humano, principalmente por la activación del sistema musculo esquelético; dichos movimientos están asociados a las actividades de la vida diaria, tales como: caminar, bailar, cocinar, y correr entre otras. La falta de actividad física y los malos hábitos de alimentación son factores de riesgo para los adultos mayores por la prevalencia de enfermedades crónicas no trasmisibles, aumentando su incidencia y afectando la calidad de vida de las personas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere que, para que la actividad física genere factores de protección sobre la salud, debe cumplir con criterios de intensidad, duración, frecuencia y progresión, para el beneficio en la salud (97).

Y en la investigación realizada sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote, 2016. En los determinantes de estilos de vida de los adultos mayores hipertensos la mayoría realiza su baño diariamente, realiza exámenes médicos periódicos en establecimientos de salud. Y menos de la mitad no realiza actividad física, ni realizó en las dos últimas semanas ninguna actividad física,

También aunque la respuesta sobre el baño o ducha diaria que deben realizar los adultos mayores fue positiva por parte de un buen grupo de ellos, todavía se sigue encontrando algunos que no realizan esta higiene corporal. Esto se pudo evidenciar por los olores que emanan de su cuerpo y además su apariencia descuidada y poco aseada de sus prendas de vestir revelan la falta de higiene. Asimismo los adultos mayores hipertensos tienen que considerar la higiene como el conjunto de medidas a adoptar para mantener un buen estado de salud, la cual se define como el estado completo de bienestar físico, mental y social. La higiene es mantener la piel en adecuado estado de limpieza, para que así ésta pueda desarrollar de forma óptima sus funciones de protección, secreción y absorción.

Así mismo en lo relacionado con los exámenes médicos la asistencia a sus consultas y citas son periódicas; pero según expresaron los adultos mayores hipertensos existe una dificultad relacionada a la distancia y lo complicado de su salud que no les permite movilizarse, han provocado en algunos casos la pérdida de las citas programadas. También ha provocado

la postergación de tratamientos que serían importantes para el mantenimiento de su salud o tener un manejo adecuado de esta; Además otro grupo de adultos mayores expresaron que tienen temor de caerse si acuden solos a su consulta, ante esto algunos optan por no acudir complicando aun más la situación de generar otras enfermedades.

Y en lo referente a la actividad y ejercicio los adultos mayores hipertensos, que acuden a la Posta de Garatea la mayoría no realiza ejercicios que ayude a equilibrar y relajar su estado mental y físico. Pero a diferencia de otros países en Latino América estamos ubicados en los últimos puestos en actividad física. Además la actitud que tiene el adulto mayor peruano no incentiva a una mejor calidad de vida que se puede desarrollar a través de este tipo de actividades. Sabiendo que la práctica física regular incrementa la habilidad de un adulto mayor en sus quehaceres diarios y reduce los riesgos de enfermedades crónicas, las enfermedades coronarias y bajas la tasa de mortalidad. Los sistemas más susceptibles al cambio con el ejercicio son; el sistema cardiovascular, el sistema respiratorio e inmunológico. El ejercicio también ayuda al tratamiento y la prevención de la osteoporosis, mejora la calidad de vida y es un gran aliado para la salud mental.

También estos resultados son difiere con Cáceres J, (98).Concluyendo que el 71 % de los pacientes hipertensos refieren practicar estilos de vida no saludables y solo el 29 % estilos de vida saludables. Los estilos de vida en relación con los hábitos alimenticios,

determino que el 93 % consumen pollo tres veces por semana, el 80% consumen agua diariamente, el 78 % consumen verduras diariamente, 72% consumen frutas diariamente, el 51% consumen huevos tres veces por semana, pero el 93% consumen sal más en 3 alimentos al día, y el 89% preparan alimentos guisados. Además el 73% de pacientes realizan actividad física, haciendo caminatas diariamente, y el 71 % realizan caminatas mínimo 30 minutos diarios.

Por lo tanto estos resultados difieren con León J, (99). Concluyendo que el 39,5% de pacientes los adultos mayores toma más de 3 medicamentos al día. Y el 8,1% presenta úlceras o lesiones cutáneas. Con respecto a la alimentación el 0,6% consume una comida al día, Además el 19,5% lo hace dos veces al día y el 80% tres veces al día, el 29,9% consume lácteos, legumbres, pescado, el 100% de pacientes consumen frutas. También consumo del agua, el 16,1% consume tres vasos al día, el 40% consume entre tres y cinco vasos y el 47,8% más de cinco vasos de agua al día.

Así mismo los resultados de esta investigación difieren con Fuentes J, (100). Concluyendo que de los 33 hombres y 57 mujeres adultos mayores. Se demostró que tienen una dieta deficiente pues no cumplieron con las recomendaciones energéticas, tampoco de grasa, proteína, hierro, calcio, Vitamina A y consumieron sodio y azúcares libres en exceso. 12% de los hombres y 6.95% de las mujeres presentaron diabetes. 48% de los hombres y 51% de las mujeres presentaron hipertensión. 12.21% de los

hombres y 10.52% de las mujeres presentaron altos niveles de colesterol total. La prevalencia del Síndrome Metabólico fue del 49% en mujeres y 30% en hombres.

Además se define al alimento como las sustancias o mezclas de sustancias naturales o elaboradas que ingeridas por el hombre aporten a su organismo los materiales y la energía necesarios para el desarrollo de sus procesos biológicos. La designación alimento incluye además las sustancias o mezclas de sustancias que se ingieren por hábito, costumbres o como coadyuvantes, tengan o no valor nutritivo. En el marco del tratamiento de los alimentos se amplía la competencia y se puede definir como: toda sustancia que, ingerida o introducida en el organismo mantiene la actividad fisiológica y psicológica, proporciona energía y promueve la nutrición. Los alimentos son un conjunto de compuestos químicos que poseen características nutritivas o no, con color, gusto, olor y/o textura propios. Poseen distintas propiedades funcionales cuando son o forman parte de un sistema alimenticio (101).

Por tal motivo los adultos mayores necesitan energía a razón de 35 kcal por kilogramo de peso, que en hombres de 65 kilos de peso son unas 2.300 kcal y para mujeres de 55 kilos son 1.900 kcal 2007. Y según la FAO, la OMS y la UNU, esto debido a la disminución de agua, masa ósea aun más en la etapa de la menopausia y pérdida de proteínas musculares y viscerales. La proporción calórica de la dieta de un adulto mayor debe ser: Carbohidratos: 60 %, las proteínas: 10%, las Grasas: 30 %, así mismo el

10 % de grasas saturadas y 20% de grasas poliinsaturadas. También deben ingerir agua o bebidas de 30 a 35 mililitros o centímetros cúbicos por kilogramo de peso, es decir, de seis a ocho vasos diarios. Y la alimentación por día en los adultos mayores son: grasa de 25 a 30 g, azúcares de 40 g, tubérculos y raíces 250 g. cereales 200 g, vegetales 300g, frutas de 200 a 250 g, leche 2 tazas, huevos 1 unidad, carnes 100 a 120 g. leguminosas 50 g. (102).

Por ende la dieta de los adultos mayores hipertensos incorpora la ingesta de grasa insaturadas como pescados frescos de agua fría como caballa, merluza, atún, sardinas y otros, controlando la cantidad de grasa que contienen. Elegir aceites puros de girasol, uva, maíz, soja, oliva y agregarlos una vez retirado del fuego, y directamente consumirlas en ensaladas. Comer frutas secas como nueces, almendras, maníes sin sal y otros. También semillas de lino, chía, sésamo, girasol, etcétera. Las semillas pueden utilizarse para espolvorear ensaladas o incluirse en mezclas de carne, etc. Aumentar el consumo de fibra en proporción adecuada porque prolonga la sensación de saciedad y favorece el funcionamiento intestinal. Consumir lácteos y derivados descremados o semidescremados. Son preferibles las comidas con pocas grasas cocidos al vapor, a la plancha, hervidos, etc. Es bueno que el consumo de frituras sea de no más de una o dos veces por semana (103)

Además la OMS informó la disminución en el elevado consumo de sodio > 2 g/día, equivalente a 5g de sal por día y la absorción insuficiente

de potasio menor de 3,5g /día contribuyendo a la hipertensión arterial y por otro aumentan el riesgo de cardiopatía y accidente cerebrovascular. La sal es la principal fuente de sodio en nuestra alimentación, aunque las personas consumen demasiada sal, de 9 a 12 g/día en promedio, es decir, dos veces la ingesta máxima recomendada. Y un consumo de sal inferior a 5 gramos diarios en el adulto mayor contribuye a disminuir la tensión arterial y el riesgo de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular e infarto de miocardio. Los Estados Miembros de la OMS acordaron reducir en un 30% el consumo de sal de la población mundial de aquí a 2025. Se espera que cada año se pueda evitar 2,5 millones de defunciones si el consumo de sal se redujera al nivel recomendado (104).

Por esta razón en la investigación realizada sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote, 2016. En los determinantes de estilos de vida de los adultos mayores hipertensos muestra que la mayoría consume a diario frutas, fideos, pan, cereales, verduras y hortalizas; pero nunca o casi nunca a la semana consumen embutidos, enlatados, dulces y gaseosas. Más de la mitad consume legumbres. La mitad consume frituras. Y menos de la mitad consumen de 3 a más veces a la semana carne, pescado, al menos 1 vez a la semana huevos, pero nunca o casi nunca consume lácteos, y refrescos con azúcar.

Por ende el consumo de frutas, verdura y cereales en la mayoría de adultos mayores hipertensos por el contenido de fibra y azúcares naturales

es favorable, como en ensalada de frutas haciendo variado su consumo de manzanas, plátanos, mandarinas, ciruelas, melocotones, peras y verduras como lechuga, acelga, zanahorias crudas, espinaca, etc. Estos alimentos deben ser consumidos por los adultos mayores hipertensos en forma diaria. Y en la aplicación de la encuesta la mayoría respondieron que lo hacen a diario aunque no muy variado por falta de recursos. La ingesta de estos alimentos es considerada hábito adecuado dentro de los estilos de vida del adulto mayor, pues reduce significativamente la tensión arterial. También estos alimentos previenen problemas al intestino, el cáncer de colon y otros, evitando más carga para su salud del adulto mayor.

También es necesario equilibrar el consumo de alimentos que los adultos mayores consumen debido a que presentan disminución de agua, masa ósea y aun más las mujeres durante la etapa de la menopausia y pérdida de proteínas musculares y viscerales. Por esta razón se requiere una proporción calórica por kilogramo de peso. Para esto se debe consumir la carne, pescado, huevos, de forma adecuada como es una o dos veces a la semana. Además casi nunca consume lácteos; porque estos deberían ser descremados para que los adultos mayores hipertensos los consuman y así evitar las grasas que afectan y aumentan la tensión arterial. Aunque adultos mayores consumen más pescado debido a que lo consideran saludable., pero se tiene que educar en cuanto a la forma y la cantidad. Los adultos mayores hipertensos que desean consumir algún tipo de aceites debería optar por los naturales como aceite de oliva y otros.

Además los adultos mayores hipertensos casi nunca consumen embutidos, enlatados, dulces y menos de una vez a la semana los refrescos azucarados. Estos resultados son favorables para su salud. Pero estas respuestas son en su mayoría debido a que algunos también sufren de diabetes, y como se sabe la hipertensión asociada a otras enfermedades como las hiperlipidemias, el sedentarismo, la obesidad, etc., constituyen a los factores de riesgo para la aparición de accidentes cerebrales y cardiovasculares. Por esta razón se deben consumir los alimentos que sean bajos en grasa, azúcar y sal porque estos eleva la presión. Pero esto debe seguirse según un programa de alimentación recomendado por un especialista, para evitar deficiencias nutricionales en el adulto mayor hipertenso.

En consecuencia con los resultados obtenidos en los determinantes de estilos de vida de los adultos mayores hipertensos, no fuman, no consume bebidas alcohólicas, consume a diario frutas, fideos, pan, cereales, verduras, hortalizas y legumbres, Además 3 veces a la semana carne, pescado, pero no consume lácteos, y refrescos con azúcar, embutidos, enlatados, dulces y gaseosas. Y también consume frituras; pero no realiza actividad física. Algunos de estos hábitos y sobre todo los de alimentación y ejercicio físico son los que ponen en riesgo a los adultos mayores hipertensos del Puesto de Salud Nicolás Garatea. Para esto se requiere la cooperación tanto del adulto mayor, los familiares y el personal de salud que los atiende con el fin de continuar con la promoción de la salud como para mantener un control y mantenimiento de la misma.

En tabla 4, 5, 6: Del 100% (100) de los adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea_Nuevo Chimbote, 2016. El 67,0% (67) se atendió en puesto de salud en los últimos 12 meses; el 98,0% (98) considera que el lugar donde se atendió esta regular de su casa; el 98,0% (98) tiene seguro SIS-MINSA; el 58,0% (58) le pareció regular el tiempo que espero para que lo atendieran; el 53,0% (53) considero que fue regular la calidad de atención que recibieron; en cuanto al pandillaje, el 66,0% (66) si existe delincuencia cerca de su casa, el 73,0% (73) reciben apoyo social natural de la familia, el 95,0% (95) no recibió apoyo social organizado ; el 98,0.% (98) no recibe pensión 65, el 98,0% (98) no recibe comedor popular y un 82,0% (82) no recibe vaso de leche.

Por el contrario estos resultados difieren con Garzón C. y Llumiguano M, (105). Se concluyó el predominio del grupo etario de más de 65 años, género femenino, de étnica mestiza, en forma mayoritaria, los pacientes encuestados consideran que las dimensiones de calidad de vida y satisfacción del paciente con los servicios de salud se ubican en el rango medio de favorecimiento según el establecido en la escala de calificación; pues evidenciaron que en la unidad de salud a la cual acuden a sus controles rutinarios por su diagnóstico, consideran la calificación con un predominio del 57,61 % que les facilitan recursos para el cuidado de su enfermedad y encontrándose satisfechos; el rango bastante equivale al 54,35 % que manifiestan un grado de satisfacción con la atención y el trato que han recibido por el personal sanitario. Este plan de cuidados de

enfermería se diseñó desde un enfoque paliativo de alcance familiar, comunitario e intercultural

También los resultados de esta investigación difieren con Condemarin L, (106). Concluyendo que la mayoría de los adultos mayores presentan un nivel de autocuidado medio, cuyo porcentaje alcanzado en las tres dimensiones fue: en varones 94% y mujeres 76%, enfatizando que en la dimensión biológica ningún adulto mayor alcanzó el nivel alto y llama la atención que un 23.8% de mujeres presentaron un nivel de autocuidado bajo. Las necesidades relacionadas con el uso de protector solar, controles médicos, la práctica de actividades recreativas y manuales y la falta de relaciones con sus espacios o experiencias de intercambio con sus amigos(as), áreas críticas en el geronto. Estos resultados ameritan que el profesional de enfermería planifique y ejecute intervenciones destinadas a incrementar la capacidad del autocuidado en esta población involucrando las tres dimensiones en estudio.

Ahora bien un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Y el Perú actualmente cuenta con un sistema de atención sanitaria descentralizado, dirigido por cinco entidades: el Ministerio de Salud (MINSA), que ofrece servicios de salud para el 60% de los peruanos. Y EsSalud, que cubre el 30% de la población; y las Fuerzas Armadas

(FFAA), la Policía Nacional (PNP), y el sector privado, que proporcionan servicios sanitarios al 10% sobrante. Asimismo, a lo largo de la última década, se ha experimentado un aumento de la demanda de proveedores, especialmente de médicos especialistas, debido a la aplicación de un seguro de salud universal y las políticas asociadas al mismo (107).

Además el sistema de salud en el Perú se maneja un sistema fragmentado. En el actual modelo de reforma implementado ha generado un conjunto de entidades aseguradoras, que son las instituciones administradoras de fondos para el aseguramiento en salud (Iafas), que fueron introducidas para favorecer el proceso de aseguramiento. Entre estos tenemos, el Seguro Integral de Salud (SIS), que es el financiador para los hospitales del Minsa. Y los empleadores, por su parte, son el financiador principal para los establecimientos de la Seguridad Social (Essalud) que dependen del Ministerio del Trabajo. Entre ambos atienden a más de 80% de los peruanos, mientras que solo el 10% se atiende por seguros particulares. El Minsa, que atiende a más del 50% de los peruanos, no maneja eficientemente los centros de salud de atención primaria, por esta razón la población busca directamente los centros de atención de segundo y tercer nivel. Esto por las características de atender enfermedades más complejas (108).

También la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención de la salud se dio en la última encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) entre los usuarios de consulta externa,

de 90 se registra que el 71,1 % de los entrevistados manifestaron estar satisfechos con la atención recibida en los servicios de salud públicos, pese a que el tiempo de espera reportado fue de 103 minutos. Esta cifra no concuerda con lo reportado por el Latinobarómetro, donde se indica que solo 31,6 % de la población peruana está satisfecha con la atención que recibe en los hospitales públicos. Es de lamentar que la calidad de la atención no haya logrado ingresar en la agenda político-sanitaria en el país, pese a ser tema recurrente en los asuntos oficiales del estado (109).

Asimismo el Seguro Integral de Salud (SIS), cuenta con 1,720.434 asegurados mayores de 60 años que representa el 9.5% del total de sus afiliados quienes acceden gratuitamente a las prestaciones médicas que requieran, a través de los establecimientos del Ministerio de Salud y otras entidades prestadoras de servicios. Según las estadísticas del total de adultos mayores afiliados al SIS, más de 966,642 pertenecen a la zona urbana mientras que 723,687 corresponden a la zona rural. Y mayor número de afiliados de la tercera edad se encuentran en Lima con 388,129 asegurados, seguido por Cajamarca con 128,907, Piura con 110,136, Puno 108, 527 y la Libertad con 103,884 afiliados, además de 105 extranjeros residentes en Perú. Entre los afiliados más longevos cuentan la gratuidad en la prestación médica, atención ambulatoria, emergencia, los análisis, exámenes, operaciones, tratamientos, medicinas y hospitalización (110).

Por lo tanto en la investigación realizada sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea-

Nuevo Chimbote, 2016. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos mayores hipertensos, casi la totalidad considera que el lugar donde se atiende está a una distancia regular, tiene tipo de seguro SIS-MINSA, La mayoría se atendió los últimos 12 meses en el puesto de salud. Y más de la mitad esperó por largo tiempo que se le atendiera en el puesto de salud, y la calidad de la atención es regular en la posta.

Ahora bien entre las necesidades de las personas adulto mayores hipertensas de 60 años a más, están el acudir a los centros hospitalarios y realizar el control de su salud tanto de su condición física, psicológica y ficológica. Además de acuerdo con lo anterior la mayoría de los adultos mayores hipertensos manifestó que se ha atendido una o más de una vez al año en Puesto de Salud Garate, aunque que no ha podido acceder a realizarse pruebas especializadas que permitan saber cómo se encuentra de otras dolencias como, los huesos, el aspecto muscular y Abdominal, renal, prostático, mamario, ginecológico y torácico. Y Como se sabe estos exámenes se realizan en centros hospitalarios especializados, pero según se expresan los adultos mayores hipertensos, que por asuntos de trámites administrativos para ellos deficientes en los servicios de salud, situación económica desfavorables por desempleo y riesgo de lesión por falta de acompañamiento, aun no tiene acceso a ese servicio de calidad en beneficio de su salud.

Y en lo que se refiere a la distancia al Puestos de salud Garatea la mayoría de los adultos mayores hipertensos expresaron que estaba regular, refiriendo su malestar al tiempo que invertían en ir para su consulta y en algunos casos no ser atendidos sus requerimientos para ser transferidos a un hospital de mayor complejidad, También está la incomodidad por el acceso a la movilidad y los gastos en pasajes. Por esta razón han optado resignados a seguir atendándose en el Puesto de Garatea y hacerse sus exámenes rutinarios. Aunque en la opinión de algunos adultos mayores hipertensos el estado se ha olvidado de ello, porque ya no los consideran útiles en la sociedad. Pero estos adultos mayores hipertensos realmente en su condición requieren exámenes más especializados para descartar los riesgos por las patologías múltiples que padecen.

Además como muestran los resultados, casi la totalidad de adulto mayor hipertenso cuenta con el seguro del SIS-MINSA. Pero esto no ha generado seguridad en este grupo de adultos mayores hipertensos, por el contrario, manifiestan que la mayor parte de sus consultas realizadas con este tipo seguro fueron únicamente en la Posta de Salud Garatea y en su opinión los servicios de atención en este lugar no cuentan con las herramientas necesarias para realizar un cuidado integral de su salud. Por esta razón expresan que su salud se ha visto empeorada o incluso algunos sean han visto obligados a ya no acudir o optar por otros tratamientos alternativos.

Por otra parte estos resultados son similares con Rodríguez S, (111). Concluyendo que el 36,92% de adultos mayores hipertensos presentaron grado de apoyo familiar alto; el 58,46% medio y sólo el 4,62% de ellos tuvieron grado de apoyo familiar bajo. Y el 36,92% de adultos mayores hipertensos demostraron tener nivel de calidad de vida buena; un 44,62% regular y el 18,46% un nivel de calidad de vida deficiente.

También estos resultados son similares con Villalobos E, (112). Concluyendo que se determinó el nivel de apoyo social en los adultos mayores. Entre los que participaron estuvieron 100 adultos mayores, dando las dimensiones: Emocional resulto en 0.78%, instrumental en un 0.87%, interacción social positiva 0.76% y afectivo 0.87%. Determinando que existe un nivel bajo de apoyo social en los adultos mayores de 60 años a más, de un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz-Chiclayo.

Así mismo estos resultados son similares con Medina J, (113).concluyendo en su investigación sobre la importancia de la trascendencia jurídica social, ya que en la mayor parte del Estado ecuatoriano se ha vulnerado los derechos del adulto mayor a través del maltrato físico, psicológico, sexual y también han quedado desprotegidos económicamente. Esta situación afecta al adulto mayor en sus últimos días de vida por la cual se ha visto vulnerada su integridad como persona, por lo tanto se toma en cuenta que el adulto mayor se encuentra temeroso a quedarse solo y abandonado, ya que en el lugar El Cantón Quito, al que pertenece el proyecto de investigación, se encuentran abandonados en las

calles y en los llamados asilos donde en muchas ocasiones no hay el cariño familiar que debería tener y son tratados como simple objeto o mercancía.

Por otra parte las redes sociales de apoyo, como formas de relación y como sistema de transferencias, pueden proveer varios beneficios y retribuciones para las personas adultas mayores. El valor y la importancia de la red social para este grupo etario se puede considerar un campo de intercambio de relaciones, servicios y productos, a partir del cual se puede derivar seguridad primaria (satisfacción de las necesidades básicas), amparo y oportunidad para crecer como persona. Mediante transferencias, las redes de apoyo contribuyen a la calidad de vida de la población adulta mayor, no solo porque proveen apoyo material e instrumental que mejoran las condiciones de vida, sino también por el impacto significativo en el ámbito emocional. Las percepciones desarrolladas por las personas adultas mayores que participan en las redes, respecto al desempeño de roles sociales significativos, constituyen un elemento clave en su calidad de vida (114).

Del mismo modo la violencia se define como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, de otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. El pandillaje juvenil es un fenómeno social que ha concitado el interés de la opinión pública debido a la alta dosis de violencia que estos jóvenes generan. Es así que estos grupos son

considerados perturbadores de la seguridad ciudadana. La violencia social adopta la forma de delincuencia y pandillaje. Esta última linda con la violencia interpersonal y se presenta entre los jóvenes de barrio. En este tipo de violencia, las y los jóvenes se ubican en los dos lados de la moneda, como víctimas o como blanco de la agresión, y al mismo tiempo son quienes ejercen la violencia (115).

Por lo tanto respecto el Programa Nacional de Asistencia Solidaria-Pensión 65 está adscrito al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, ente rector del Sistema de Desarrollo e Inclusión Social del país, encargado de diseñar, coordinar y conducir las políticas y estrategias encaminadas a cerrar brechas de desigualdad a través de la reducción de la pobreza y vulnerabilidad de diversos sectores de la población. Desde el momento que son incorporados, los usuarios de Pensión 65 son afiliados al Seguro Integral de Salud, y a ello contribuye la articulación de esfuerzos con el MINDIS y el MINSA, en el marco de la estrategia de protección a los adultos mayores resulta clave. Pensión 65 en el año 2016 realizó campañas con el Ministerio de Salud, gracias a lo cual se brindaron 152,512 atenciones médicas por intermedio de 1,398 campañas de salud, para el beneficio de 67,283 adultos mayores usuarios (116)

Así mismo en la investigación realizada sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote, 2016. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos mayores hipertensos casi la totalidad no

reciben apoyo social organizado, no tienen pensión 65, ni comedor popular. La mayoría dice que cerca de casa hay pandillaje o delincuencia, recibe apoyo social natural de su familia y no reciben apoyo social organizado de vaso de leche.

También sobre la delincuencia muchos adultos mayores hipertensos afirmaron que por sus hogares no existe mucho lo que es pandillaje, pero sí se han dado robos en forma esporádica y según su opinión son personas que proceden de otros lugares. Ante estos casos ellos dicen que ha generado un poco de tensión, lo cual es un factor para afectar su salud. Y podría llegar a convertirse con el tiempo en un riesgo para ellos por la vulnerabilidad de su estado físico y aun más el hecho de que la mayoría viven como pareja solos sin ninguna protección o que alguien los defienda en caso de ocurrir un atentado en su propia casa.

Además en lo que se refiere al apoyo social que brindar organizaciones a los adultos mayores hipertensos los adultos mayores no cuentan con este servicio. Solo un pequeño afirmo pertenecer a un “Club del adulto Mayor” en la urbanización Luis Felipe de las Casas,, este club está dentro de las jurisdicción del Puesto de Salud Nicolás Garate, según lo expresan los adultos mayores hipertenso, las ventajas de estar en este club son las campañas medicas que dirige la Posta de Garatea, y esto se da cuando la presidenta del club coordina con el director encargado de la Posta. Además en este club se enseñan trabajos manuales que se ofertan en el “mercado de Bellamar” que está ubicado a una cuadra de esta

urbanización. Esto muestra las condiciones de carencia en las que viven, a pesar de existir programas como Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores, muchos no están incluidos y peor aun los Adultas Mayores Hipertensos del Puesto de Garatea.

Y finalmente con relación al apoyo que brinda el estado a través del Programa Pensión 65. Esta dado solo a personas en extrema pobreza o consideradas marginales para la sociedad. Esto incluye al grupo de adultos mayores hipertenso, que por observación directa viven en condiciones deplorables y vulnerables, calificándolo para ser considerados dentro de este grupo que requiere apoyo, pero ninguno está incluido. Y no tienen esperanza de que gobierno los apoye. Se sabe que la pensión 65 surge como una respuesta del Estado ante la necesidad de brindar protección entregando una subvención económica de 250 soles bimestrales por persona, para cubrir necesidades básicas, pero que en la realidad de nuestro país no se cumple y muchos adultos mayores con hipertensión arterial sobreviven con los pocos recursos que pueden obtener de su propio esfuerzo.

En consecuencia con estos resultados obtenidos en los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos mayores hipertensos que cuentan con un seguro del SIS-MINSA, apoyo social natural de su familia, pero no reciben apoyo social organizado, no tienen pensión 65, ni comedor popular, el lugar donde se atiende está a una distancia regular, esperaron por largo tiempo que se le atendiera en el puesto de salud, y la

calidad de la atención fue regular en el puesto de salud y cerca de casa hay pandillaje o delincuencia. Estos factores que deberían servir de respaldo en una etapa de vida en que disminuyen tanto los aspectos físicos como mental, estos se han vuelto inaccesibles o no brindan las condiciones esperadas. En este caso es necesario que las autoridades responsables reestructuren las estrategias en los programas del adulto mayor para incluir a todos los adultos mayores hipertensos y poder tener un monto económico específico para su salud.

V. COCLUSIONES :

5.1.Conclusiones:

- En los determinantes biosocioeconómico de los adultos mayores hipertensos Puesto de Salud Nicolás Garatea, casi la totalidad tienen ingreso económico menor a 750 soles, combustible para cocinar a gas y electricidad, disposición de basura en tierra, quema y carro recolector. La mayoría son de sexo femenino, tenencia de la vivienda propia, material de las paredes noble, duermen en una habitación independiente, abastecimiento de agua conexión domiciliaria, eliminación de excretas baño propio, energía eléctrica permanente, frecuencia con que pasa la basura al menos 2 veces por semana, suele eliminar la basura en carro recolector. Más de la mitad ocupación eventual, tipo de vivienda unifamiliar. Menos de la mitad grado de instrucción inicial/primaria, pisos de loseta, vinílicos o sin vinílico y material del techo noble.
- En los determinantes de estilos de vida de los adultos mayores hipertensos Puesto de Salud Nicolás Garatea, la mayoría no fuma, ni a fumado nunca de manera habitual, no consume bebidas alcohólicas, duerme de 06 a 08 horas, se baña diariamente, realiza exámenes médicos periódicos en establecimientos de salud, consume a diario frutas, fideos, pan, cereales, verduras y hortalizas; Más de la mitad consume legumbres. La mitad consume frituras. Y menos de la mitad no realiza actividad física, ni realizó en las dos últimas semanas

ninguna actividad física, y consumen de 3 a más veces a la semana carne, pescado, al menos 1 vez a la semana huevos, pero nunca o casi nunca pero nunca o casi nunca consume lácteos, refrescos con azúcar, embutidos, enlatados, dulces y gaseosas

- En los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los adultos mayores hipertensos Puesto de Salud Nicolás Garatea, casi la totalidad considera que el lugar donde se atiende está a una distancia regular, tiene tipo de seguro SIS-MINSA, no reciben apoyo social organizado, no tienen pensión 65, ni comedor popular. La mayoría se atendió los últimos 12 meses en el puesto de salud, cerca de casa hay pandillaje o delincuencia, recibe apoyo social natural de su familia. Más de la mitad esperó por largo tiempo que se le atendiera en el puesto de salud, y la calidad de la atención es regular en la posta.

5.2. Recomendaciones

- Difundir e informar a las autoridades responsables de la salud, para que por medio de los resultados encontrados se coordinen, elaboren y gestionen estrategias a favor de los adultos mayores hipertensos para promover un mejor manejo de los estilos de vida saludable. Además para motivar un control más frecuente de las estrategias en los centros de salud a favor de los adultos mayores hipertensos para brindar una mejor calidad de atención en salud. También para distribuir de forma adecuada los recursos y el presupuesto en las necesidades que requiere este grupo de personas de 60 y más años. Con la finalidad controlar y tratar esta enfermedad crónica que afectan la salud de adultos mayores hipertensos del Puesto de Salud Nicolás Garatea
- Brindar información al mismo Puesto de Salud a cerca de los resultados obtenidos sobre los determinante de la salud en los Adultos Mayores Hipertensos en el año 2016, para que por medio de esta investigación prioricen los problemas de salud que afectan a los adultos mayores hipertensos y se promuevan o eviten factores de riesgo relacionadas a múltiples patologías que derivan de la hipertensión arterial. También para satisfacer la demanda de los usuarios en cuanto a tener un mejor tratamiento para el manejo de la enfermedad y una mejor calidad en la atención que brindan los servicios de salud.
- Realizar nuevas investigaciones en diferentes lugares y centros de salud tanto urbanos como rurales, de nuestro Distritos, comparando

realidades y recogiendo experiencia para un planteamiento de mejora; Tomando como base los resultados obtenidos en el presente informe, permitiendo aportar para disminuir factores de riesgo en adultos mayores del Puesto de Salud Nicolás Garatea y de igual manera que sirva para concientizar a la población sobre la importancia de prácticas estilos de vida saludable y conocer los factores que determinan una vida más productiva y de calidad en salud .

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prieto M. El número de hipertensos a nivel mundial se duplica en 40 años. (OMS). Publicado por la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial (SEH-LELHA). Madrid, España. 2019.

Disponible en URL: <https://www.seh-lelha.org/numero-hipertensos-nivel-mundial-se-duplica-40-anos/>

2. MINSALUD. Ministerio de Salud y Protección Social. Día mundial de la hipertensión arterial Colombia – mayo 17 de 2017 Ficha técnica N°3 OPS/OMS. Web. Internet. Bogotá, Colombia. 2017

Disponible en URL:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/dia-mundial-hipertension-2017.pdf>

3. Aranco N, Stampini M, y Colaboradores. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. división de protección social y salud. resumen de políticas N°IDB-PB-273. Banco Internacional de Desarrollo, 2018.

Disponible en URL:

<https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8757/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.PDF?sequence=3>

4. IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social. La hipertensión arterial de la población en México, una de las más altas del mundo Rev. Med. Inst.

México Seguro Soc. 2016; 54 Supl 1:S6-51.Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 2017.

Disponible en URL:

<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201707/203>

5. Otero P. Situación de la enfermedad renal, la Hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2016. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Cuenta al Alto Costo. Edición Única. Bogotá, Colombia. 2017. **Disponible en URL:**

https://www.cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Situacion_ERC_HA_DM_Colombia_2016.pdf

6. Doval H. La Revista Argentina de cardiología es propiedad de la sociedad Argentina de cardiología. ISSN 0034-7000 ISSN versión electrónica 1850-3748 - Registro de la propiedad Intelectual. Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA) Vol. 2. Buenos Aires, Argentina. 2018. **Disponible en URL:**

<https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/08/consenso-argentino-de-hipertension-arterial-2018-1.pdf>

7. Sánchez A. Situación de salud de la población del adulto mayor 2016, Lima, Perú 2017.

Disponible en URL:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1459/libro.pdf

8. Fallaque S. Análisis de situación de salud dirección regional de salud Ancash. Oficina de epidemiología. DIRESA Ancash, Perú 2015.

Disponible en URL:http://dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_ancash.pdf

9. Red de Salud Pacifico Sur. Puesto de Salud. “Nicolás Garatea”. Ancash. 2016
10. Torres J. Análisis de las determinantes de la calidad de vida de los adultos mayores de la provincia del Guayas sector urbano. Año 2015. [Tesis en internet] Colombia.: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2016.

Disponible en URL:

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/5165/1/T-UCSG-PRE-ECO-CECO-94.pdf>

11. Carabajo M. Determinantes sociales de la adherencia terapéutica de adultos mayores hipertensos atendidos en el subcentro de salud de la Parroquia “El Vecino”, Cuenca – Ecuador, 2015. Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas. Centro de posgrados, Ecuador 2017.

Disponible en URL:

<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27254/1/Tesis.pdf>

12. González R, y colaboradores Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores. Revista Cubana de Estomatología, vol.54 no.1 Ciudad de La Habana, Cuba. 2017.

Disponible en URL:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000100006

13. García N, Cardona D. Segura A. Garzón M. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. Sociedad

Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. [Web: Published by El Sevier S.L.U.] España, 2016

. Disponible en URL:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012056331600070X>

14. González R, y colaboradores. Caracterización de Adultos Mayores Hipertensos en un Área de Salud. Revista Cubana de Medicina General Integral, Rev Cubana Med Gen Integr vol.33 No.2. On-line ISSN 1561-303. La Habana, Cuba, 2017.

Disponible en URL:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200005

15. Castillo J. Determinantes de la salud de los adultos mayores con hipertensión arterial, AA.HH el Progreso – Buenos Aires -Norte Víctor Larco Herrera, 2014. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería. Universidad los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Enfermería. Trujillo, Perú. 2017.

Disponible en URL:

http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2486/DETERMINANTES_BIOSOCIOECONOMICO_CASTILLO_CAMPOS_JESSICA_KATHERINE.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16. Quintana A. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor del centro de salud Chongoyape, 2018. Universidad Señor de Sipan, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela académico profesional de enfermería. Pimentel, Perú 2018.

Disponible en URL:

<http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/5031/Quintana%20Torres%20Abigail%20Gisela.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

17. Portilla T. Estilos de vida en pacientes adultos mayores hipertensos del consultorio externo de cardiología del hospital nacional Arzobispo Loayza - Lima, 2018”. Tesis para obtener el título de licenciada en enfermería, Facultad de ciencias médicas, Escuela académico Profesional de enfermería, Lima, Perú 2018-II.

Disponible en URL:

http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/25547/Portilla_TT..pdf?sequence=1&isAllowed=y

18. Paredes C, Vásquez L, Nonaka M. Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso del centro de atención del adulto mayor del hospital regional de Loreto, Iquitos 2017. Tesis para optar por la licenciatura en enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, UNAP. Iquitos, Perú.2017.

Disponible en URL:

http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4871/Cynthia_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Alvares E. “Nivel De Conocimientos de los Adultos Mayores Sobre Prevención De Hipertensión Arterial En un Centro de Salud, Lima, 2014.”[Tesis en internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú, 2015.

Disponible en URL:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4175/1/%C3%81lvar_ez_re.pdf

20. Estrada E, Determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. pueblo joven la Esperanza-Chimbote, 2015 Tesis para optar el título profesional de licenciado en enfermería. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Biblioteca de ciencias de la salud – Chimbote. Código de barras: 000000240543. Chimbote, Perú.2017. **Disponible en URL:**

<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000046216>

21. Valdez N. Determinantes de la salud en adultos mayores con hipertensión, anexo la capilla- Samanco. 2017. Informe de tesis para optar la licenciatura en enfermería. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Biblioteca de ciencias de la salud. Código de barra: 000000237768. Chimbote, Perú.2017. **Disponible en URL:**

<http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000043777>

22. Risco M. Determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos, puesto de salud Magdalena Nuevo Chimbote, 2016. Tesis para optar la licenciatura en enfermería. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Facultad de ciencias de la salud. escuela profesional de enfermería. Chimbote, Perú 2018. **Disponible en URL:**

http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/5975/ADULTOS_MAYORES_DETERMINANTES_RISCO_MATIENZO_MELISSA_MISHELL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

23. Vásquez R. Teoría de Dorotea Orem en autocuidado estilos de vida del

adulto mayor en el centro del adulto mayor y programa de hipertensión arterial del hospital II Essalud. Universidad Nacional “Santiago Antúnez de Mayolo”. Tesis para optar el grado de doctor en Enfermería. N° Registro: TE0020. Huaraz, Perú 2016

Disponible en URL:

http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2559/T033_09704319_D.pdf

24. Morales R. Estilos de vida y autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial. Hospital II Essalud. Tesis para obtener por el título profesional de licenciada en enfermería. Huaraz, Perú. 2017. **Disponible en URL:**

http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/5940/Tesis_57961.pdf?sequence=1&isAllowed=y

25. De la Torre G, Oyola M, García A, Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición revista peruana de Epidemiología, vol. 18, núm. 1, septiembre, 2014, pp. 1-6. Sociedad peruana de epidemiología Lima, Perú.

Disponible en URL:

<http://www.redalyc.org/pdf/2031/203132677002.pdf>

26. Velasco C. El modelo de Lalonde como marco descriptivo dentro de las investigaciones sobre *Cryptosporidium* spp. Del Grupo de Investigación Universidad del Valle de Cali. Revista Gastrohnap, Año 2015 Volumen 17 Número 3 (septiembre-diciembre): pág. 204-207. Colombia.2015

Disponible en URL:

[file:///C:/Users/ROGER%20ALBARRAN/Downloads/1353-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2380-1-10-20170201%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/ROGER%20ALBARRAN/Downloads/1353-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2380-1-10-20170201%20(4).pdf)

27. Galli A, y Colaboradores. Factores determinantes de la salud. Unidades I. Residencias de cardiología contenidos transversales y material producido por el área de docencia de la sociedad Argentina de cardiología. Buenos Aires. Argentina.2017.

Disponible en URL:

<https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/04/factores-determinantes-de-la-salud.pdf>

28. Palomino P. La salud y sus determinantes sociales desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista internacional de sociología (RIS) Procesos de exclusión social en un contexto de incertidumbre Vol. 72, pág. 71-91, España. 2014 ISSN: 0034-9712.

Disponible en URL:

http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/03/La-salud-y-sus-determinantes-sociales_Palomino-Moral.pdf

29. Ampuero A. Determinantes sociales en salud. Depósito legal en la biblioteca nacional del Perú N° 2017-06925. Serie gerencia para el desarrollo ISSN de la serie: 2078-7979 Primera edición. Lima, 2017.

Disponible en URL:

<https://www.esan.edu.pe/publicaciones/2017/09/29/DeterminantesSocialesSaludCompleto.pdf>

30. Cárdenas E, Juárez C, Moscoso R, Vivas J. Determinantes sociales en

salud. Serie gerencia para el desarrollo ISSN de la serie: 2078-7979.
Universidad ESAN. Primera Edición. Lima, Perú. 2017.

Disponible en URL:

<https://www.esan.edu.pe/publicaciones/2017/09/29/DeterminantesSocialesSaludCompleto.pdf>

31. Frenk J. La salud de la población: Hacia una nueva salud pública. México, D.F., México: FCE - Fondo de cultura económica, 2016. [Web. 11 July 2017].

Disponible en URL:

<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=11295631>

32. Pérez M. Dinamización comunitaria: Agentes del proceso comunitario. Segunda edición. Editorial ICB, 2014.

Disponible en URL:

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=5809681&query=concepto%2Bde%2Bcomunidad>

33. Sánchez H. Flores J, y Martín M. Métodos e indicadores para la evaluación de los servicios de salud. Barcelona, ES: Universidad Autònoma de Barcelona, 2011. [Web. 11 Julio 2017]

Disponible en URL:

<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=10995301>

34. Ander-Egg, E. Diccionario de educación. Córdoba, AR: Editorial Brujas, 2014. [Web. 11 July 2017]

Disponible en URL:

<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=110025>

[53](#)

35. Lardiés, N, Zajac, A, y Chaves M. Trabajo y ciudadanía. Buenos Aires, AR: Editorial Maipue, 2014. [Web. 11 Julio 2017].

Disponible en URL:

<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=105768>

[51](#)

36. Santa J. Notas sobre territorio. Madrid, ES: Dykinson, 2014. [Web. 11 Julio 2017.]

Disponible en URL:

<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=112007>

[19](#)

37. Robles L, Díaz P. Aplicando la gestión por procesos en el sector salud del Perú. Rev. Acad. Perú Salud 24(1), Lima, Perú. 2017.

Disponible en URL: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4156.pdf>

38. Pozzi M. Adulto mayor: un neologismo para disimular la ineludible vejez. Universidad Pompeu Fabra. Red de neología del español. Barcelona, España.2016

Disponible en URL: https://www.upf.edu/web/antenas/el-neologismo-del-mes/-/asset_publisher/GhGirAynV0fp/content/brunch-una-opcion-gastronomica-diferente#.XXXtYy5KjIU

39. Berreta J. Hipertensión arterial en adultos mayores. Tratamiento según

comorbilidades y daño de órganos. Universidad de Buenos Aires. Facultad de medicina. Jefe de terapia intensiva de Gerontología y Geriátrica; Vol.31 (2): pág.52-59. Buenos Aires. Argentina.2017.

Disponible en URL:

<http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2017/08/RAGG-08-2017-52-59.pdf>

40. Reyes E. Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología (2a. ed.). Editorial: El Manual Moderno, México. 2015.

Disponible en URL:

<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=11126776>

41. Morales J. Audacia digital. Métodos de recolección de datos en una Investigación Cualitativa. 2da Edición. Taller de negocios en internet y plataformas aplicadas. 2018.

Disponible en URL:

<http://www.uma.edu.ve/audiencia/wordpress/planificacion-de-una-investigacion-cualitativa-de-mercados/>

42. Fresno, C. Metodología de la investigación: así de fácil, El Cid Editor, 2019.

Disponible en URL:

<http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=5635734>.

43. Cruz, C. Metodología de la investigación, Grupo editorial Patria, 2014.

Disponible en URL:

<http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3227245>. Created from bibliocauladechsp on 2019-09-27 00:33:54.

44. Freda R. La ciencia del sexo: conceptos fundamentales de la sexología moderna. Argentina. Editorial SB, 2015.

Disponible en URL:

<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=11259594>

45. INEI. Instituto nacional de estadística e informática. Definiciones básicas y temas educativos investigados. Resultados de la encuesta nacional a instituciones educativas de nivel inicial, primaria y secundaria, Lima. Perú.2014.

Disponible en URL:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1257/cap04.pdf

46. BCR. Glosario Términos técnicos y conceptos económicos gerenciales de estadísticas económicas (Banco Central de Reserva) Salvador.2017.

Disponible en URL:

<https://www.bcr.gob.sv/bcrsite/uploaded/content/cuadro/815469993.pdf>

47. SENA. Observatorio laboral y ocupacional colombiano Dirección de empleo y trabajo. Clasificación nacional de ocupaciones, Pág. 9,10. 2017.[Acceso a internet el 15 Mayo del 2017].

Disponible en URL:

<http://observatorio.sena.edu.co/Comportamiento/CnoQueEs>

48. Sessa E, Ponce, N. Vivienda social y configuración de la ciudad: taller de proyecto urbano: problemáticas arquitectónicas y urbanas nacionales contemporáneas. La Plata, Editorial AR: D. Universidad Nacional de La Plata, Argentina. 2014.

Disponible en URL:

<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=11201659>

49. Gómez Z, Landeros P, Romero E, Troyo R. Estilos de vida y riesgos para la salud en una población universitaria. Revista de salud pública y nutrición, 15(2), 9-14 Vol. 15 No. 2 Monterrey, México. 2016.

Disponible en URL:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2016/spn162c.pdf>

50. Costanagna A. y Fabro A. Alimentación saludable: primera prevención. Santa Fe, AR: Ediciones UNL, 2014.

Disponible en URL:

<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=11046831>

51. Gibezzi V. Las redes sociales y comunitarias en el ámbito de la salud. licenciada en sociología, Universidad Nacional de Buenos Aires. Profesora titular en instituto de formación docente N° 146, Salliqueló, provincia de Buenos Aires, Argentina.2015.

Disponible en URL:<http://www.margen.org/suscri/margen77/gibezzi.pdf>

52. Restrepo J, y colaboradores Acceso a servicios de salud: Análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Revista Gerencia

Política de Salud, 13 (27): 242-265, Bogotá, Colombia. 2014.

Disponible en URL:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a15.pdf>

53. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12].

Disponible en URL:

[URL:http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm.](http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm)

54. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla].

Disponible en URL:

[URL:http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm)

55. ULADECH. Código de ética para la investigación. Versión 00. Aprobado por acuerdo del consejo universitario. Resolución N° 0108-2016-CU-Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Perú. 2016

Disponible en URL:

<http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/7455/codigo-de-etica-para-la-investigacion-v001.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<https://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/218>

56. Alvares K, Barbecho P. Factores en la frecuencia de hipertensión arterial en los adultos mayores de las parroquias urbanas. Universidad de Cuenca. Facultad de ciencias médicas. Escuela de medicina. Ecuador,

2015.

Disponible en URL:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25412/1/TESIS.pdf>

57. Justo B, Quispe H. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. microred edificadores Misti – Minsa Arequipa 2016. Para obtener el título profesional de enfermera. Universidad nacional de San Agustín de Arequipa Facultad de enfermería. Arequipa, Perú. 2016.

Disponible en URL:

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/1799/ENjucab.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

58. Pavón P, y Colaboradores. Gasto de bolsillo en adultos mayores afiliados a un seguro público de salud en México. Editorial: El Sevier España. S.L.U. Artículo. Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND. Veracruz, México, 2017.

Disponible en URL:

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/gs/v31n4/0213-9111-gs-31-04-00286.pdf

59. Ramírez C. Ingresos y gastos del adulto mayor en México: la importancia de las pensiones. La comisión nacional del sistema de ahorro para el retiro (CONSAR). Documento de Trabajo N°12. México, 2018.

Disponible en URL:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/387784/Ingresos_y_gastos_del_adulto_mayor_en_Mexico_vf-07092018_BUENA.pdf

60. Alfano A. La revista Argentina de gerontología y geriatría (R.A.G.G.) Órgano oficial de difusión de la sociedad Argentina de gerontología y geriatría. Dedicada al estudio y actualización de la Especialidad. Tomo XXXII. Registro Nacional de Derecho de Autor N° 247.102. Buenos Aires, Argentina.2018.

Disponible en URL:

http://www.sagg.org.ar/wp/wpcontent/uploads/2017/08/RAGG_08_17.pdf

61. Sánchez A. INEI. Situación de la población adulta. Indicadores del adulto mayor. Enero-Febrero-Marzo. [Web Informe Técnico No 2 - Marzo 2017], Lima, Perú. 2016.

Disponible en URL:

<https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>

62. Gómez J. Psicología de la sexualidad. Edición en versión digital. España. Difusora Larousse-Alianza, Barcelona, España.2014.

Disponible en URL:

<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=11038661>

63. INEI. Desarrollo local y otras dimensiones. Nivel de instrucción y desempleo. Publicado.2015 [citado por EPA I trimestre, 6 mayo, 2015. INE].

Disponible en URL:

<https://deldesarrollolocalyotrosdemonios.wordpress.com/2015/05/06/nive-l-de-instruccion-y-desempleo-acordes-y-desacuerdos/>

64. Arango L. Actividad Cultural del Banco de la República. Economía. Biblioteca virtual. Colombia, 2015. [citado por Museos y colecciones del Banco de la República, 2015.].

Disponible en URL:

<http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/economia/ingresos>

65. INEGI. La informalidad laboral. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Marco conceptual y metodológico [internet]. 2014. [Acceso a internet 26 junio 2017].

Disponible en URL:

http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/regulares/enoe/doc/informalidad_marco_met.pdf

66. Monte J. Asociación Jubilares. El COHOUSING (Viviendas Colaborativas) y las personas mayores. Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. Edición7. [Internet Informe Mayores UDP]. 2015.

Disponible en URL:

<https://jubilares.files.wordpress.com/2015/05/el-cohousing-y-las-personas-mayores-abril-2015.pdf>

67. Torres, L. Situación de las personas adultas mayores en México.2014 (INAPAM) .Institución del gobierno federal rectora de la política nacional a favor de las personas adultas mayores. INEGI. Encuesta

Nacional de ocupación y empleo 2014. Segundo trimestre. México, 2015.

Disponible en URL:

http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf

68. Vázquez O., Relinque F. eds. Vivienda e intervención social. Madrid, España: 2016. [Web. 3 Julio 2017].

Disponible en URL:

<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=11312429>

69. Gonzalo P. Observatorio de vivienda sistema de indicadores de suelo y vivienda de Guanajuato, México. 2015.

Disponible en URL:

<http://seisv.coveg.gob.mx/modulos/secciones/indicadores/indicadores/Indicador%2023.pdf>

70. Sánchez A. INEI. Situación de la población adulta. Indicadores del adulto mayor. Enero-Febrero-Marzo. . [CitioWeb Informe Técnico No 2 - Junio 2017], 2017.

Disponible en URL:

<https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>

71. Ramos C. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población de México 2010-2050. México, CONAPO, 2013

Disponible en URL:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343066&fecha=30/04/2014

72. Romero Z. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el estado de México, Tesis. Artículo especializado para publicar en Revista para obtener el grado de: licenciado en actuaría. México, 2016.

Disponible en URL:

<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/64526/envejecimiento%20y%20factores%20asociados%20a%20la%20calidad%20de%20vida%20de%20los%20adultos.pdf?sequence=3>

73. Árcega L. Diseño para adultos mayores. Jefe de departamento de la carrera de diseño de interiores y paisajismo. Universidad autónoma de Guadalajara. Vicepresidente nacional de egresados en la SMI (Sociedad Mexicana de Interioristas) Integrante de ENIDAM. Mexico.2017

<https://www.moblaje.mx/disenar-adultos-mayores/>

74. Fisch, S, Pagani G. Vivienda contemporánea: estrategias de proyecto. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina. 2014.

Disponible en URL:

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=4508233&query=arquitectura+y+dise%C3%B1o+de+viviendas>

75. Ziccardi A, Gonzales A.Habitabilidad y política de vivienda, Editorial Alicia Ziccardi, and Arsenio González, CLACSO, 2015.

Disponible en URL:

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=5045259&query=dise%C3%B1o+de+las+vivienda>
<http://eprints.uanl.mx/3525/1/1080256840.pdf>

76. Martina M, y Colaboradores. Percepción del envejecimiento exitoso en docentes de una facultad de medicina. Vol.80 No.2. Departamento Académico de medicina preventiva y salud pública, Facultad de medicina, Universidad nacional mayor de San Marcos. Lima, Perú.2019.

Disponible en URL:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102555832019000200005&sc_rpt=sci_arttext

77. Cánepa P. INEI. Avances en acceso a servicios básicos de adultos mayores. Revista web SENANAE-económica. Lima, Perú.2017.

Disponible en URL:

<https://semanaeconomica.com/article/economia/macroeconomia/233537-inei-se-registran-avances-en-acceso-a-servicios-basicos-de-adultos-mayores/>

78. VID. Centro de Familia. Consecuencias del hacinamiento en la vida familiar. Obra de la congregación Marina. Derechos Reservados.España.2017.

Disponible en URL:

<http://www.cfamiliavid.org.co/index.php/tag/hacinamiento-familiar/>

79. Villalobos V, y Colaboradores. agua para la agricultura de las Américas. Instituto interamericano de cooperación para la agricultura. Fundación colegio de postgraduados en ciencias agrícolas. Web Institucional IICA. Mexico.2017.

Disponible en URL:

<http://repositorio.iica.int/bitstream/11324/6148/1/BVE17109367e.pdf>

80. Gastañaga M. Agua, saneamiento y salud pública. Versión impresa ISSN 1726-4634. Revista peruana. med. exp. Salud pública vol.35 no.2. Centro nacional de salud ocupacional y protección del ambiente para la salud. Instituto nacional de salud. Lima, Perú.2018

Disponible en URL:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342018000200001

81. Fernández J. Vivienda y Entorno Urbano para la Calidad de Vida. Las Personas Mayores en la Ciudad de Mar Del Plata. Proyecto de Investigación: “Hábitat y Comunidad en la 3ra Edad” Becaria CIC – Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires. España, 2016.

Disponible en URL:

<http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2016/11/Vivienda-y-Entorno-Urbano-para-la-Calidad-de-Vida-Fernandez-63-71.pdf>

82. Ruiz J, Morales D. “La demanda por leña combustible para la cocción de alimentos en Nicaragua”, Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana, Latinoamérica. 2015.

Disponible en URL:

<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/la/16/lena.html>

<http://site.ebrary.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=103569>

77

83. Bragoni D. La vivienda no es eficiente en el uso de la energía eléc-

trica. Geocriti [Revista de internet]. 2014. [10 de septiembre de 2014], n° 83. [ISSN: 2385–5096].

Disponible en URL:

<http://www.geocritiq.com/2014/09/la-vivienda-no-es-eficiente-en-el-uso-de-la-energia-electrica/>

84. PNUMA y SEI "Saneamiento, gestión de aguas residuales y sostenibilidad.: Heces, Aguas residuales y ODS. (Hoja Informativa), E.E.U.U.2016:

Disponible en URL:

http://www.aecid.es/CentroDocumentacion/Documentos/Divulgaci%C3%B3n/Comunicaci%C3%B3n/11_14_WTD2017_Factsheet_SPA.pdf

85. UNMD. .La basura: consecuencias ambientales y desafíos. Por grupo de investigación de economía ecológica (Universidad Nacional del Mar del Plata). Argentina. 2016.

Disponible en URL:

<https://eco.mdp.edu.ar/institucional/eco-enlaces/1611-la-basura-consecuencias-ambientales-y-desafios>

86. Gonzales R y Colaboradores. Caracterización de adultos mayores hipertensos en un área de salud. integral. Versión impresa ISSN 0864-2125. Revista Cubana Med Gen Integr. vol.33 no.2 Ciudad de La Habana, Cuba. 2017

Disponible en URL:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200005

87. Marín J. Consumo de alcohol en los adultos mayores: prevalencia y

factores asociados. Observatorio chileno de drogas estudios de SENDA. N° 23 .Chile, 2015. ISSN: 0719 – 2770.

Disponible en URL:

<http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2015/03/Boletin-23.pdf>

88. Ganosa M. Calidad e Higiene del sueño en asistentes al centro del adulto mayor Essalud Chiclayo 2015. Universidad San Martín de Porras. Tesis. Facultad de medicina humana Sección de pregrado. Perú 2017

Disponible en URL:

http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2536/1/GANOZA_ME.pdf

89. Riba J. Tabaco y corazón. Efectos del tabaco en el corazón. Hospital Quirónsalud. Barcelona, España.2018.

Disponible en URL:

<https://www.quironsalud.es/blogs/es/corazon/tabaco-corazon-afecta-tabaco-corazon>

90. Bin C, Rojas V, y colaboradores. Consumo de alcohol en el adulto mayor chileno que viaja. Tesis para la licenciatura de medicina. Escuela de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile Revista médica de Chile, versión impresa ISSN 00349887. Rev.médica, vol.14, No.12 Santiago, Chile.2014.

Disponible en URL:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001200004

91. Egusquiza I. Investigación e innovación. Y atención médica de calidad y consecuencias de no dormir lo suficiente, 2014.

Disponible en URL:

<http://www.iis.es/consecuencias-de-no-dormir-lo-suficiente-instituto-del-sueno-madrid/>

92. Paganini J. Maestría en salud pública y orientación en sistemas de salud. Universidad Nacional de la Plata. Facultad de ciencias médicas. Argentina-2014.

Disponible en URL:

http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/38699/Documento_completo_.pdf?sequence=1

93. Giai M. Actividades recreativas en adultos mayores, internos en un hogar de ancianos. Instituto de docencia, Investigación y capacitación laboral de la Sanidad (IDICSA). Mendoza, Argentina. Revista cubana de salud pública. Argentina, 2015; 41 (1): 67-76.

Disponible en URL:

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v41n1/spu07115.pdf

94. Cruz N. Estilos de vida del adulto mayor hipertenso del hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, Azangaro – 2014. Tesis para licenciatura. Universidad nacionalidad del Altiplano. Vicerrectorado de investigación. Perú.2014.

Disponible en URL: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/2019>

95. Pérez J. Publicado: Definición de ducha. Unidad 1 vocablo italiano doccia, que puede traducirse como “caño de agua”, derivó en el

francés douche. 2017.

Disponible en URL: <https://definicion.de/ducha/>

96. ONCOSALUD. Un examen médico preventivo es la mejor decisión para tu salud. Artículo. Medidas. Preventivas de salud, Perú, 2018.

Disponible en URL:

<https://www.oncosalud.pe/servicios/examenes-de-despistaje/>

97. Vernaza P, Villaquiran A, Paz C, Mendoza B. Riesgo y nivel de actividad física en adultos, en un programa de estilos de vida saludables en Popayán. Rev. Salud pública. 19 (5): 624-630, Fisioterapeuta y especialista en epidemiología general. Departamento de fisioterapia, Facultad de ciencias de la salud. Universidad del Cauca. Popayán, Colombia.2017

Disponible en URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n5/0124-0064-rsap-19-05-00624.pdf>

98. Cáceres J. Estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield. Tesis para optar el título de especialista en enfermería cardiológica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina. Lima. Perú, 2016.

Disponible en URL:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5250/Caceres_pj.pdf?sequence=1&isAllowed=y

99. León J, Estrategia educativa para mejorar el estado nutricional del adulto mayor residente en el hogar de ancianos Instituto Estupiñan Abanto. Ecuador. 2015.

Disponible en URL:

<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/507/1/TUAMED048-2015.pdf>

100. Fuentes J. “Evaluación nutricional y prevalencia del síndrome metabólico en adultos mayores de 65 años y más. Editorial: El Jicarito y alrededores, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, Zamorano, Honduras 2015.

Disponible en URL:

<https://bdigital.zamorano.edu/bitstream/11036/4568/1/AGI-2015-020.pdf>

101. Medin, R. Alimentos: introducción, técnica y seguridad (5a. ed.), Fundación Proturismo, 2016.

Disponible en URL:

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/reader.action?docID=4946136&query=alimentos>

102. Blanco, T. Alimentación y nutrición: fundamentos y nuevos criterios, Editorial. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), Lima, Perú. 2015.

Disponible en URL:

<http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=4184854.Created from bibliocauladechsp on 2019-10-02 10:38:12.>

103. Costamagna A. and Fabro A. Alimentación saludable: Primera prevención, Ediciones UNL, 2014.

Disponible en URL:

<http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliocauladechsp/detail.action?docID=3229679.Created from bibliocauladechsp on 2019-10-02 16:02:27.>

104. Gay M. Atención a los adultos mayores. Alimentación baja en sal. Organización Mundial de la Salud OMS. Instituto de religiosas San José de Gerona.2014.

Disponible en URL: <http://atencionmayores.org/dieta-hiposodica-alimentacion-baja-en-sal/>

105. Garzón C. y Llumiguano M. Cuidados paliativos en el control de la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor. Yaruquíes, 2017. Tesis para obtención del título de licenciada en enfermería. Universidad Nacional del Chimborazo. Facultad de ciencias de la salud. Riobamba .Ecuador.2017.

Disponible en URL:
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4132/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2017-0005.pdf>

106. Condemarin L. Nivel de autocuidado de los adultos mayores atendidos en el programa del “Adulto Mayor” del centro de salud de José Leonardo Ortiz. Febrero, 2015.

Disponible en URL:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/SSSU_98426d1c8e2a7ce818b5fd1880010947

107. OMS. Plan sectorial concertado y descentralizado para el desarrollo de capacidades en salud. 2014. Alianza mundial en pro del personal sanitario.Lima, Perú.2019 [actualizado]

Disponible en URL:
<https://www.who.int/workforcealliance/countries/es/>

108. Lay S. Desafíos del sistema de salud. comité de CADE Ejecutivos. Artículo periódico electrónico Gestión, Lima. Perú.2018.

Disponible en URL:

<https://gestion.pe/opinion/editorial/editorial-la-paja-en-el-ojo-ajeno-noticia/?ref=nota&ft=autoload>

109. Lazo O. El sistema de salud en Perú situación y desafíos. Primera edición. Colegio médico del Perú. Malecón de la Reserva. Lima. Perú. 2016.

Disponible en URL:

<http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/12/libroSistemaSaludPeru.pdf>

110. SIS. Seguro Integral de Salud. Seguro de salud para todos en el país. gratuito para los más necesitados. Oficina general de imagen institucional y transparencia Lima, [Pagina internet Ministerio de Salud] 2016 [viernes 26 de agosto de 2016].

Disponible en URL:

http://www.sis.gob.pe/Nuevo/vistas/Frm_NotaPrensa.aspx?np=146

111. Rodríguez S. Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Miramar, 2012. Tesis para obtener el título profesional de licenciada en enfermería. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de ciencias de la salud. [tesis de internet] Perú, 2014.

Disponible en URL:<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/264>

112. Villalobos E. Apoyo social en los adultos mayores de un centro de salud

de José Leonardo Ortiz Chiclayo, 2014. Tesis para optar la licenciatura en psicología. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Chiclayo. Facultad de medicina, Perú.2014.

Disponible en URL:

http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/352/1/TL_Villalobos_Cordova_Elda.pdf

113. Murillo A, Gutiérrez I. Situación de las redes sociales de las personas adultas mayores en Costa Rica. Documento preparado para el I informe estado de situación de la persona adulta mayor. Número: Vol. 24 Núm. 138 (2016), Costa Rica. 2017.

Disponible en URL:

http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf

114. Medina J. El Abandono del adulto mayor y su incidencia a la mendicidad en la ciudad de Quito en el año 2014, [Web: Frente a la obligación del estado a brindar protección] Quito. Ecuador. 2016.

Disponible en URL:

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5817/1/T-UC-0013-Ab-037.pdf>

115. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. La prevención de la violencia juvenil: panorama general de la evidencia. Edición original en inglés: Preventing youth violence: an overview of the evidence © World Health Organization 2015 ISBN 978 92 4 150925. Washington, DC. 2016.

Disponible en URL:

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28248/9789275318959_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

116. Becerra C. El peruano. diario oficial del bicentenario. Garantizan recursos para atención en salud de usuarios de Pensión 65, .2016.[Lunes 3 de Julio2017]

Disponible en URL:

<http://www.elperuano.com.pe/noticia-garantizan-recursos-para-atencion-salud-usuarios-pension-65-43690.aspx>

5. Ocupación del jefe de familia:

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

6. Vivienda

6.1. Tipo:

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

6.2. Tenencia:

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

6.3. Material del piso:

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

6.4. Material del techo:

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

6.5. Material de las paredes:

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

6.6 Cuantos personas duermen en una habitación

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

7. Abastecimiento de agua:

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

8. Eliminación de excretas:

- Aire libre ()
- Acequia , canal ()

- Letrina ()
- Baño público ()
- Baño propio ()
- Otros ()

9. Combustible para cocinar:

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

10. Energía eléctrica:

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

11. Disposición de basura:

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

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

- Diariamente ()

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

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

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

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

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

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

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

17. Con que frecuencia se baña?

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

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

Si () NO ()

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

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

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

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

21. DIETA:

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

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

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

22. ¿Recibe algún apoyo social natural?

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

23. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

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

24. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

- Pensión 65 si () no ()
- Comedor popular si () no ()

- Vaso de leche si () no ()
- Otros si () no ()

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

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

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

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

27. Qué tipo de seguro tiene Usted:

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

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

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

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

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

30. Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si () No ()

Muchas gracias, por su colaboración

ANEXO N° 02

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

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

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Donde:

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

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

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

3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
 - esencial?
 - útil pero no esencial?
 - no necesaria?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla 1)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 10 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1(ver Tabla 2)

Tabla 1

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

Nº	V de Aiken	Nº	V de Aiken
1	1,000	18	1,000
2	1,000	19	1,000
3	1,000	20	0,950
4	1,000	21	0,950
5	1,000	22	1,000
6.1	1,000	23	1,000
6.2	1,000	24	1,000
6.3	1,000	25	1,000
6.4	1,000	26	1,000
6.5	1,000	27	1,000
6.6	1,000	28	1,000
7	1,000	29	1,000
8	1,000	30	1,000
9	1,000	31	1,000
10	1,000	32	1,000
11	1,000	33	1,000
12	1,000	34	1,000
13	1,000	35	1,000
14	1,000	36	1,000
15	1,000	37	1,000
16	1,000	38	1,000
17	1,000		
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 en adultos mayores hipertensos en el 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.

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

Nº	Expertos consultados										Sumatoria	Promedio	n (nº de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9	Experto 10					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000

15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
21	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
35	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
38	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
Coefficiente de validez del instrumento															0,998

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

FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS

DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTOS MAYORES EN EL PERÚ

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA			ADECUACIÓN (*)				
	¿La habilidad o conocimiento medido por este reactivo es....?			¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
4 DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P3.1								
Comentario:								
P3.2								
Comentario:								
P4								
Comentario:								

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

P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentario:									
P18									
Comentario:									
P19									
Comentario:									

P20									
Comentario:									
P21									
Comentario:									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario									
P25									
Comentario									
P26									
Comentario									
P27									
Comentario									
P28									
Comentario									
6 DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIA									
P29									
Comentario									
P30									
Comentario									
P31									

Comentario									
P32									
Comentario									
P33									
Comentario									
P34									
Comentario									
P35									
Comentario									
P36									
Comentario									
P37									
Comentario									
P38									
Comentario									

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

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

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulad

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 LOS ADULTOS MAYORES

HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD NICOLÁS GARATEA, 2016

Yo,.....acepto

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

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

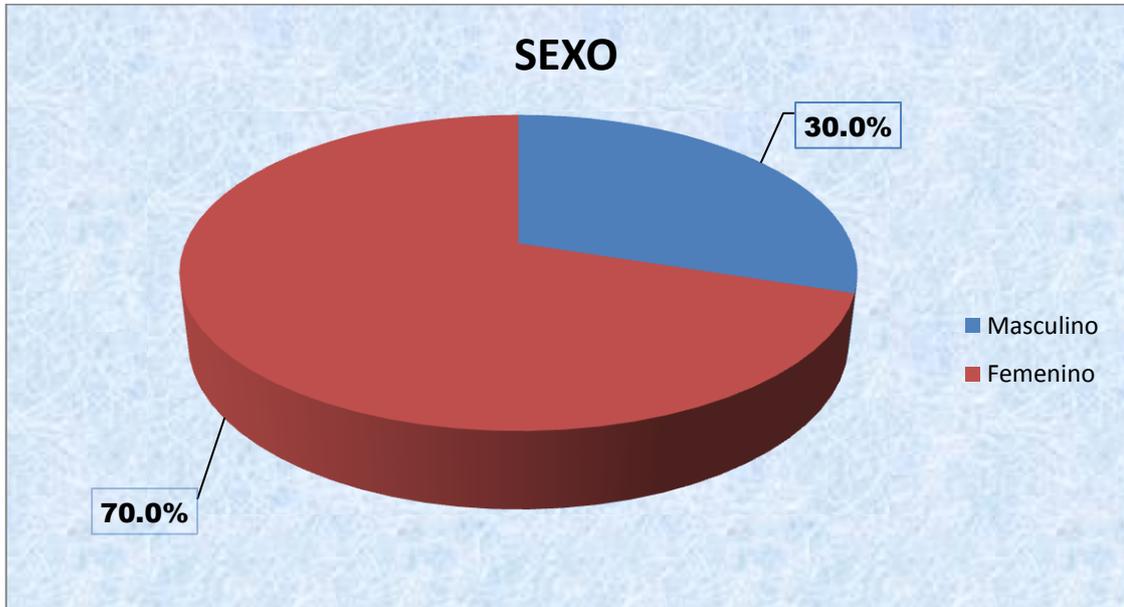
FIRMA

.....

ANEXOS N° 05

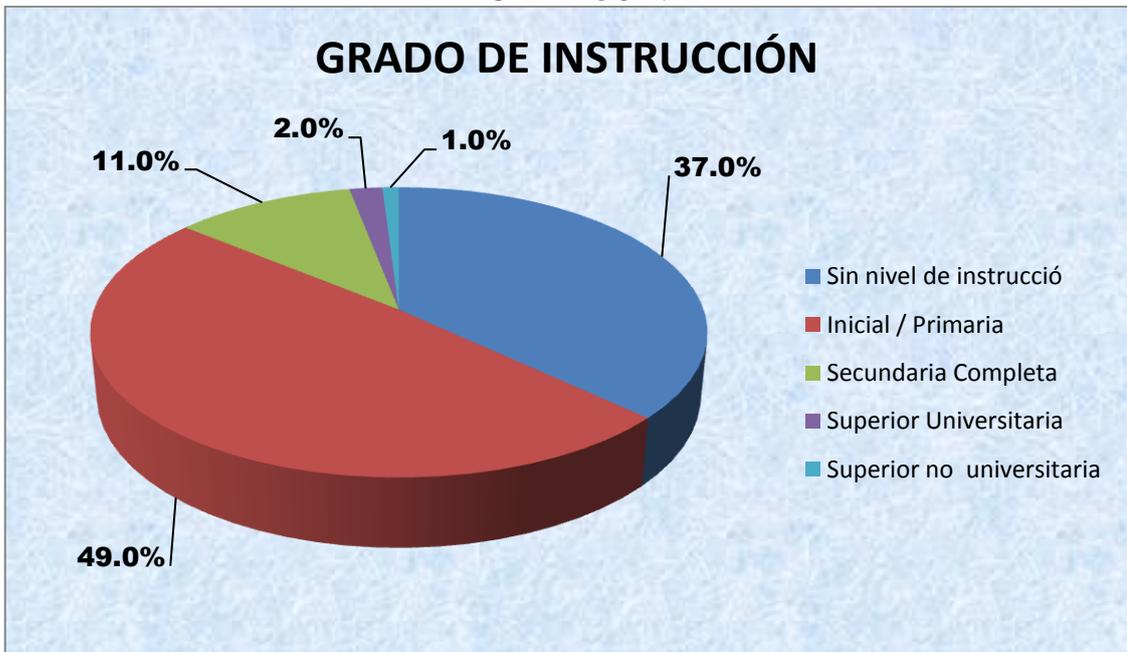
**TABLA N° I
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS**

GRAFICO N° 1



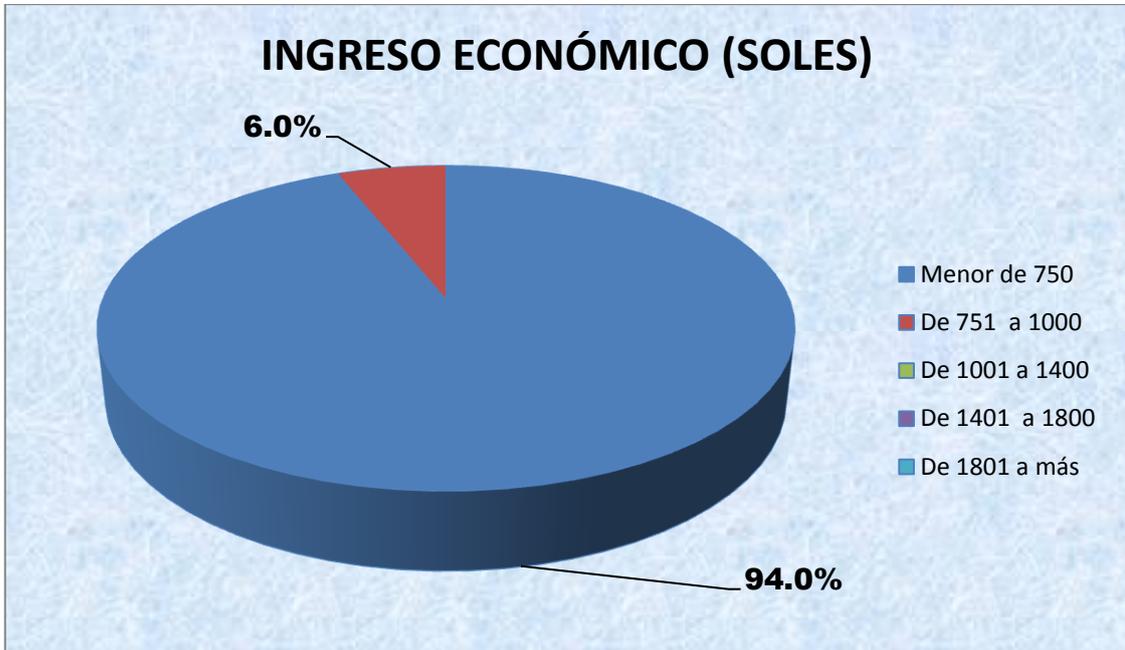
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 2



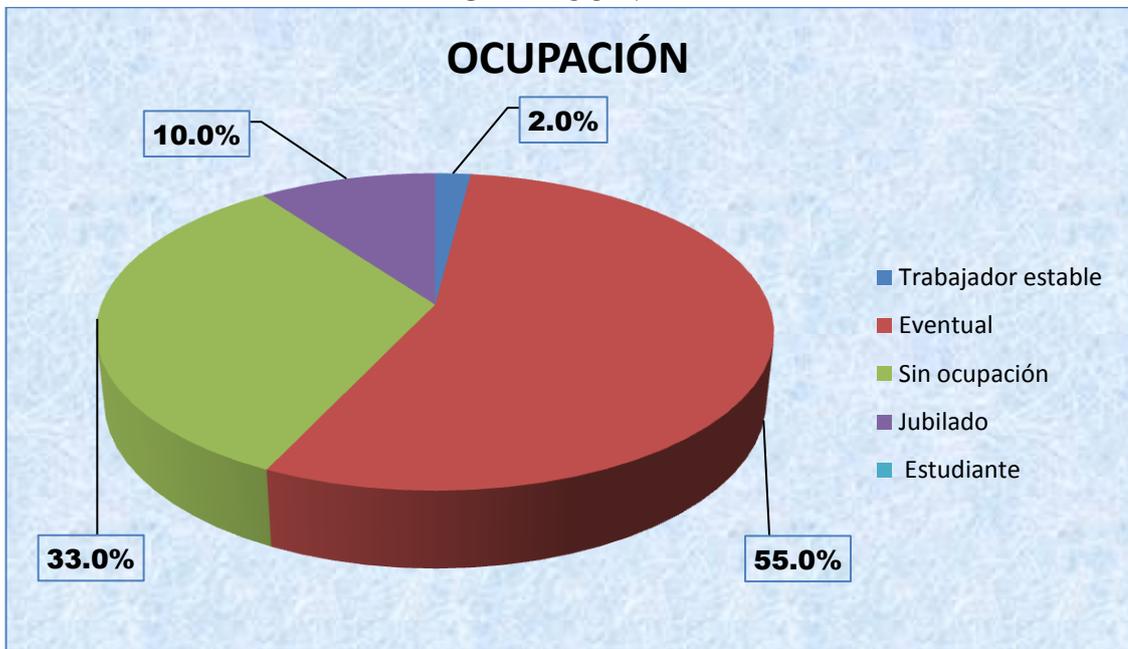
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 3



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

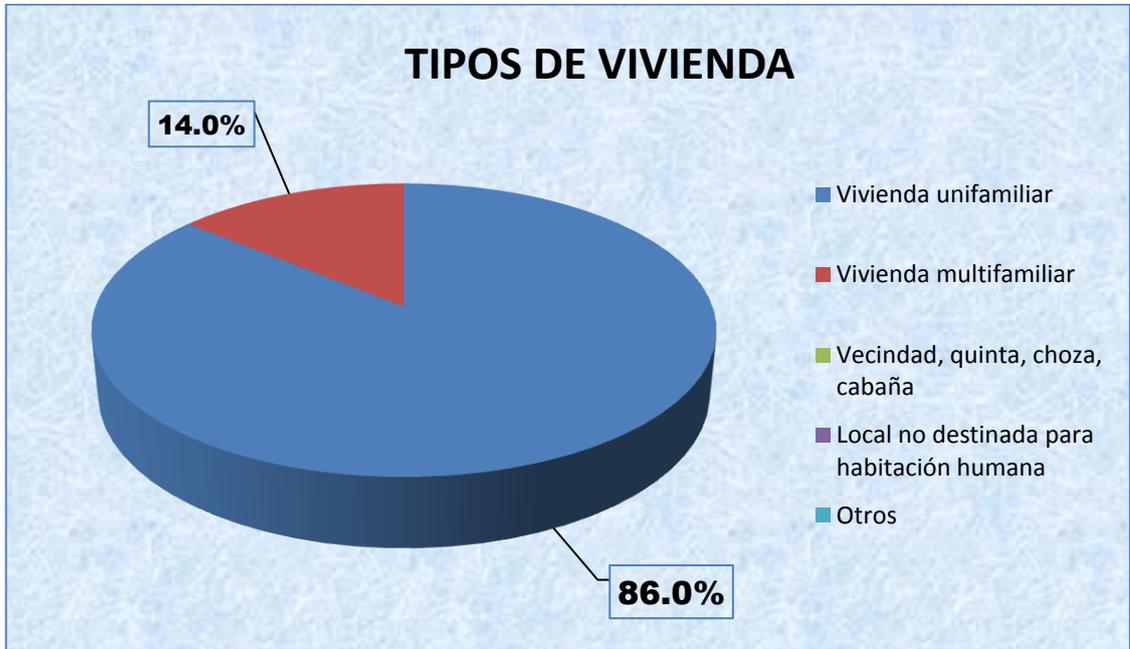
GRAFICO N° 4



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

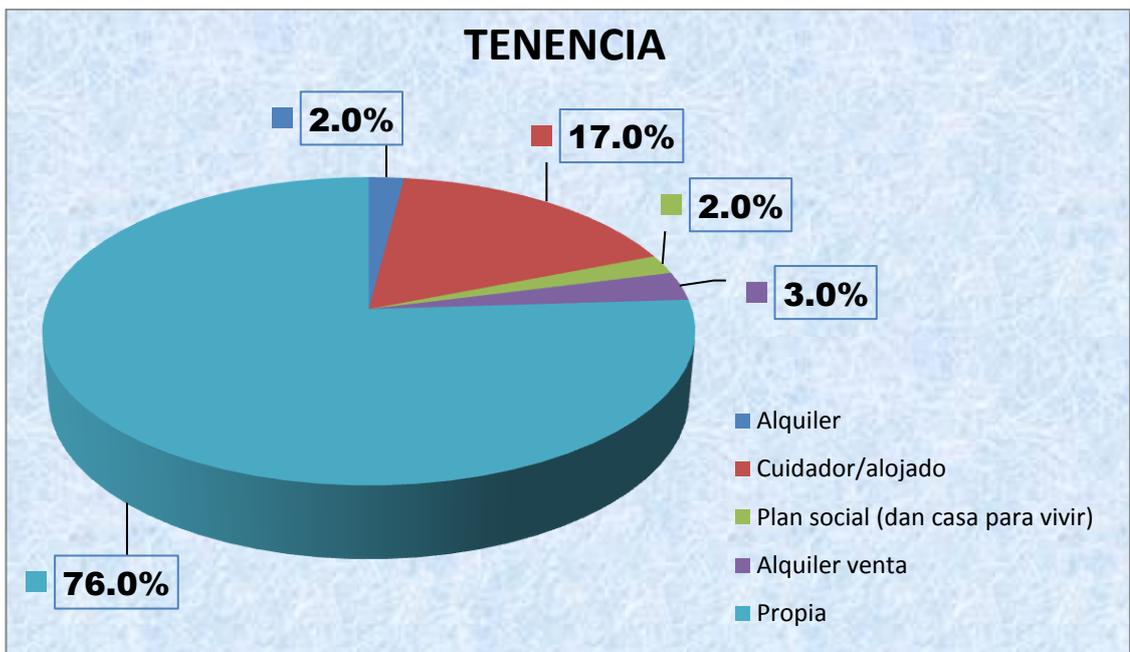
**TABLA N° II
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA**

GRAFICO N° 5



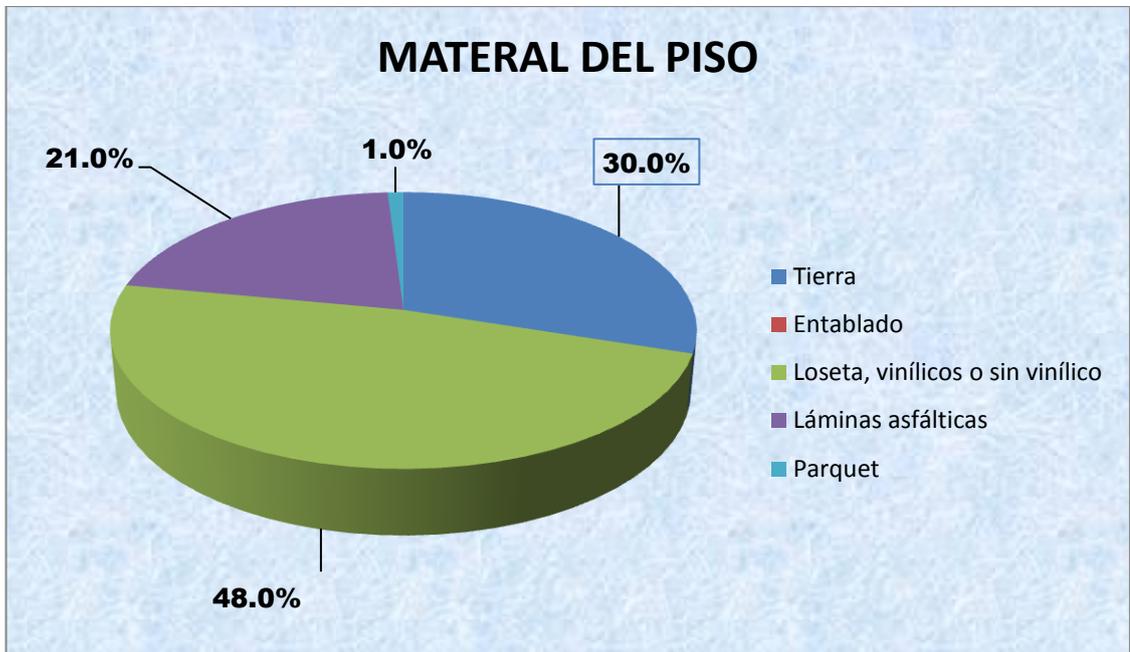
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 6



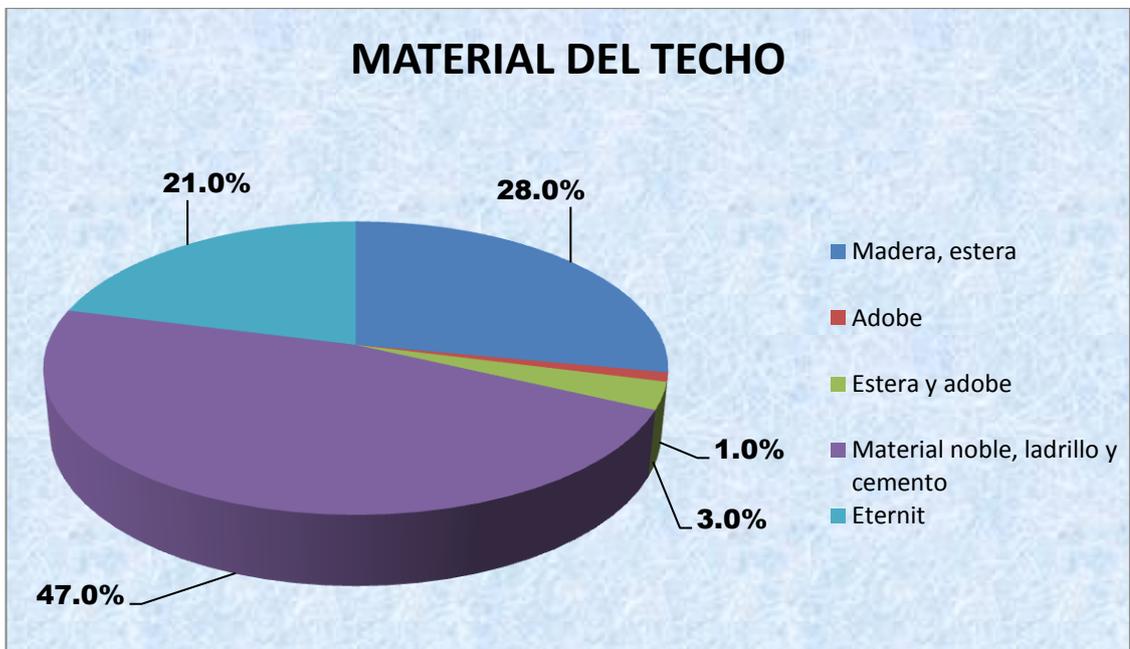
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adrian

GRAFICO N° 7



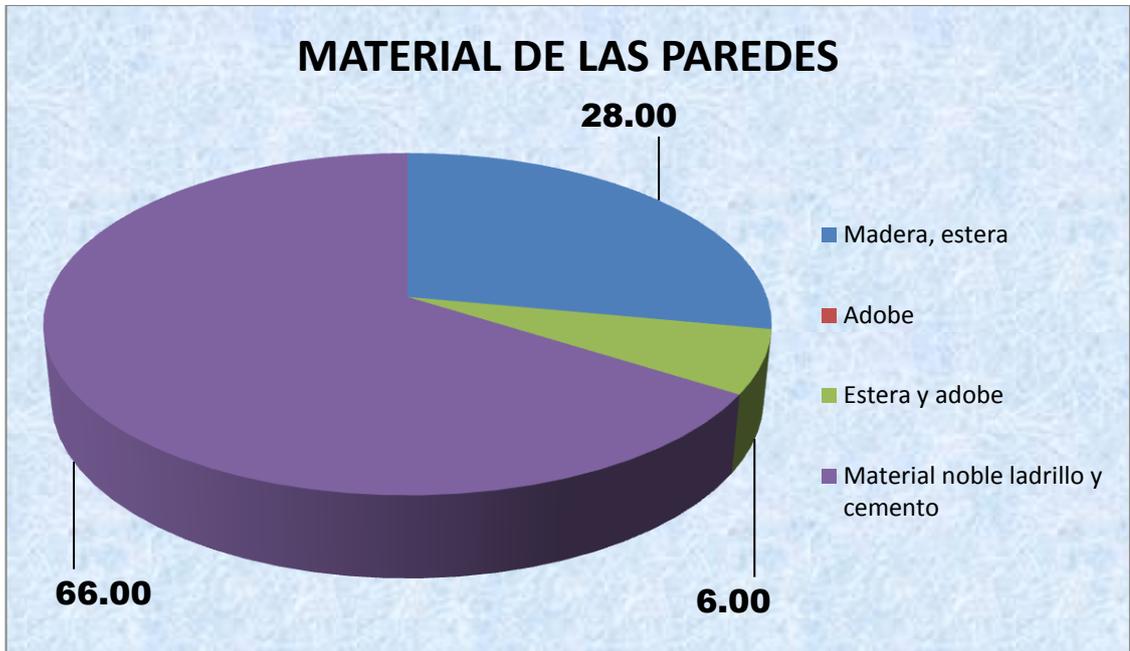
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 8



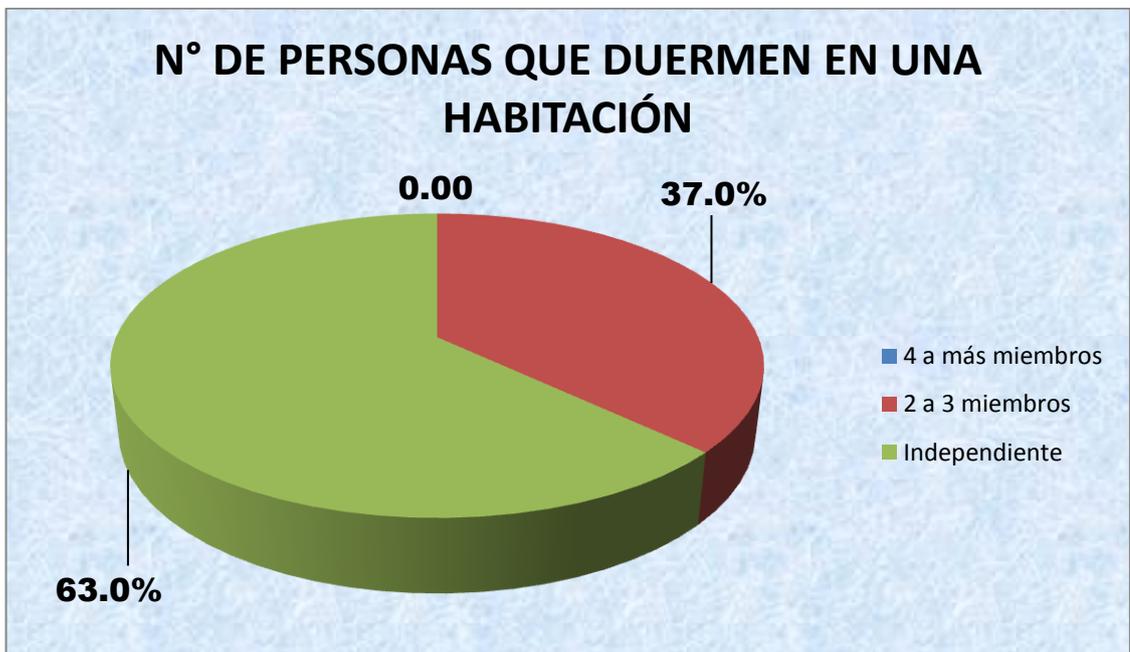
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N°9



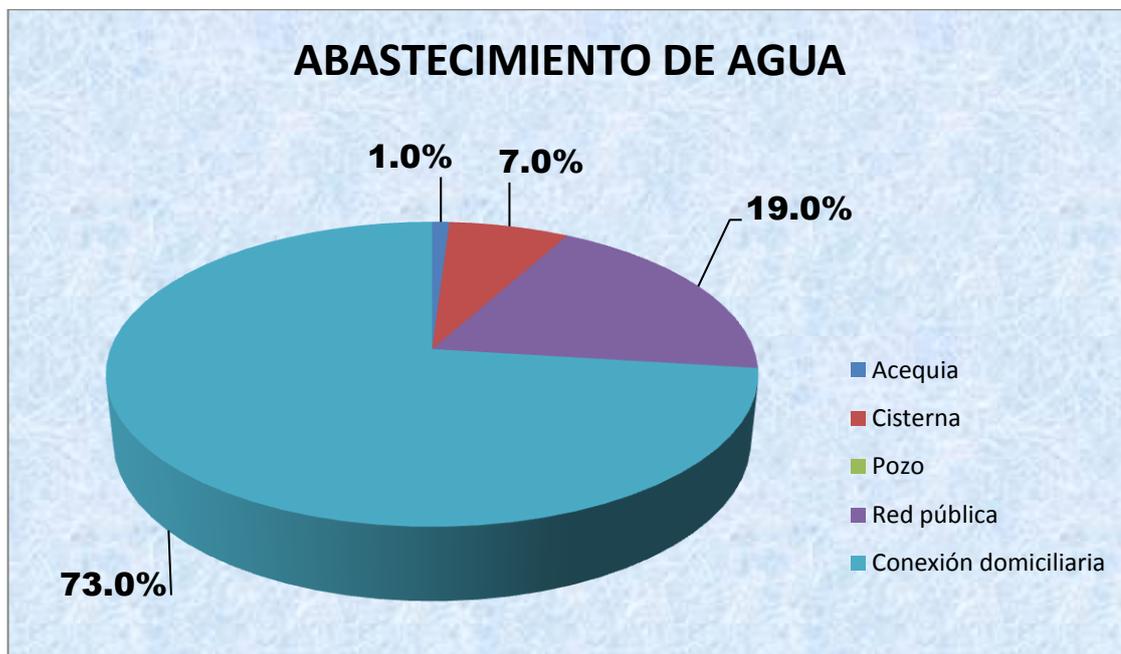
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N°10



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 11



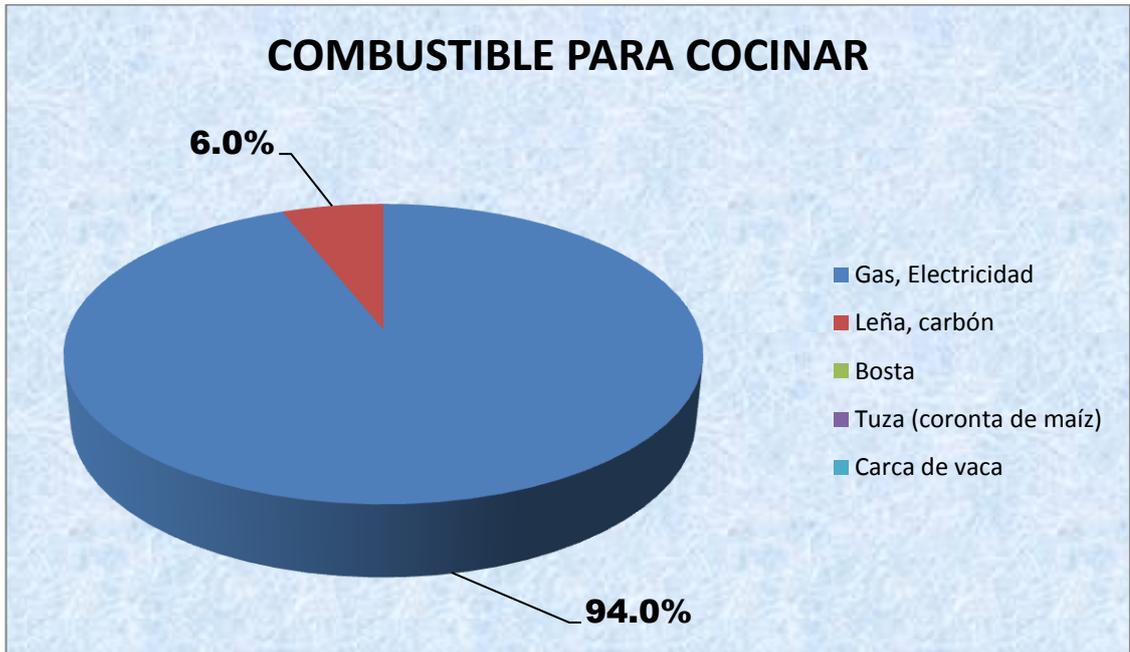
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N°12



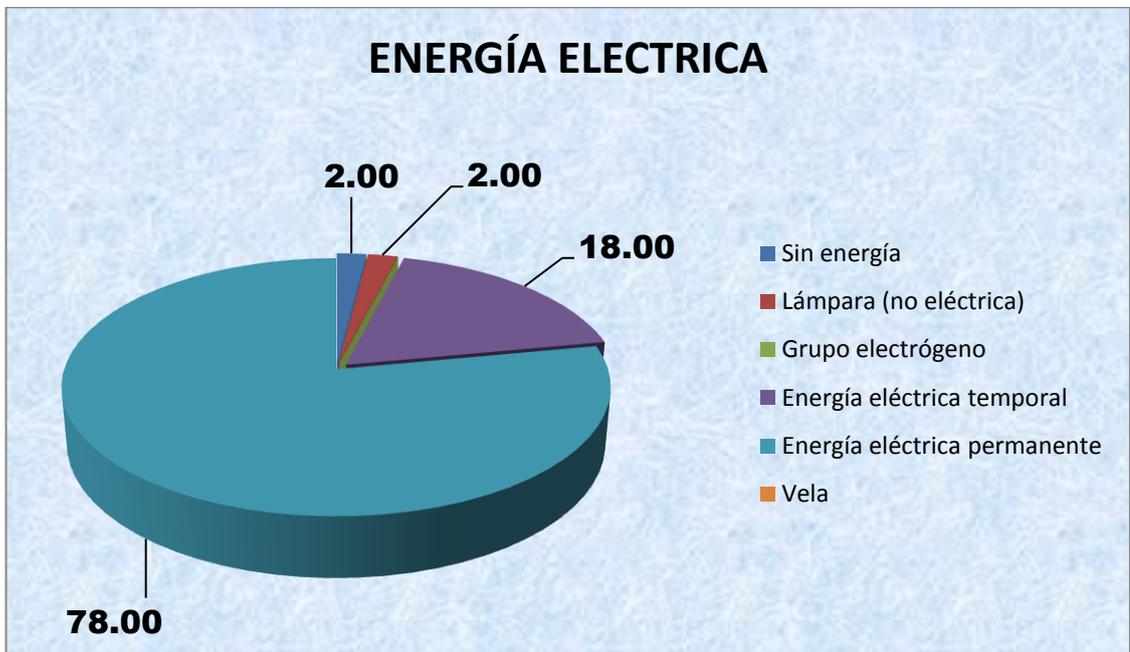
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 13



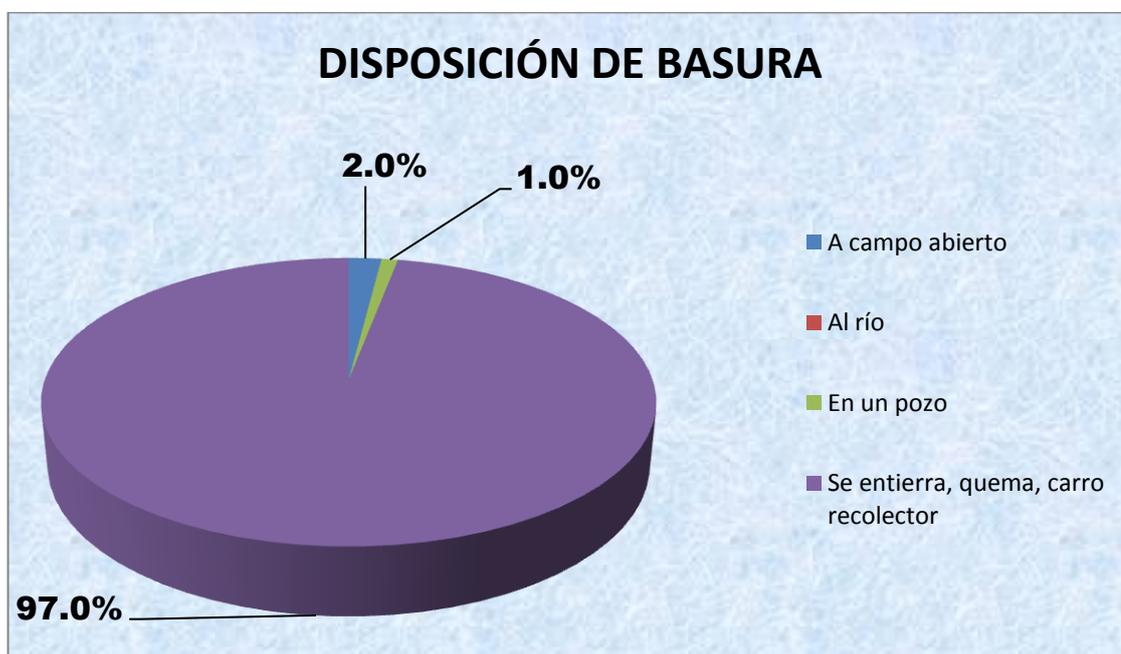
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 14



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 15



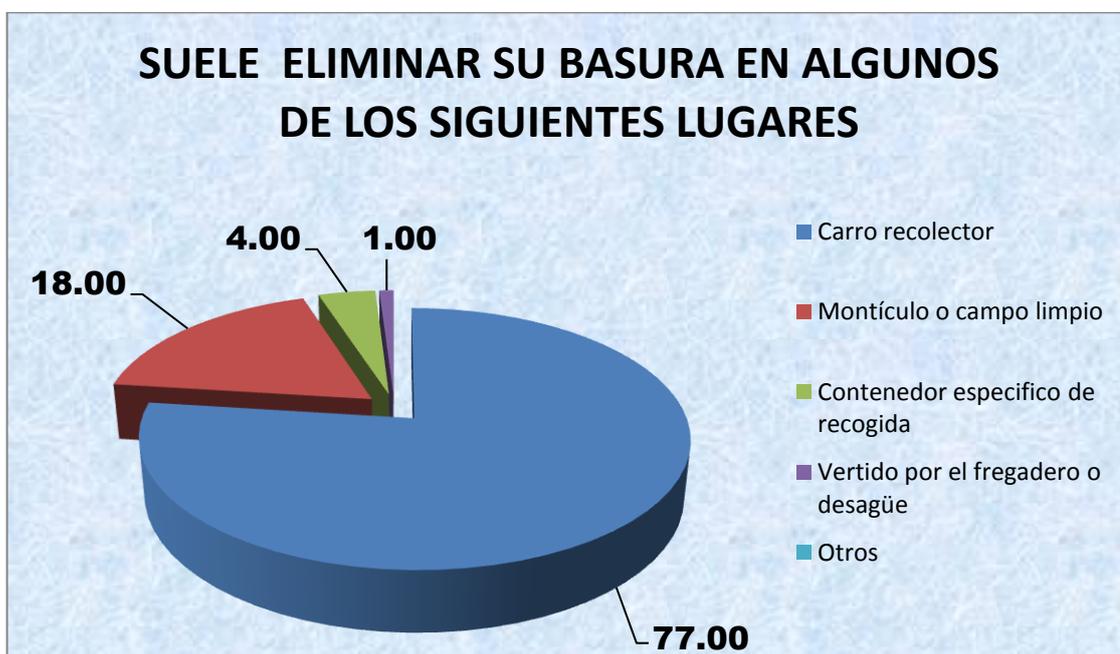
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 16



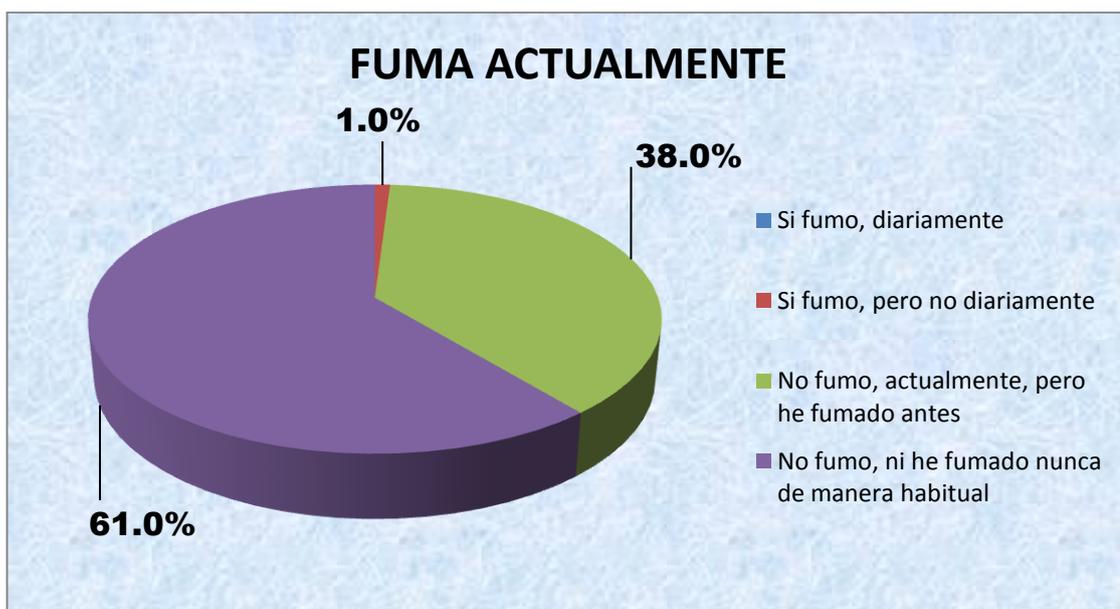
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 17



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

TABLA III
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS
GRAFICO N° 18



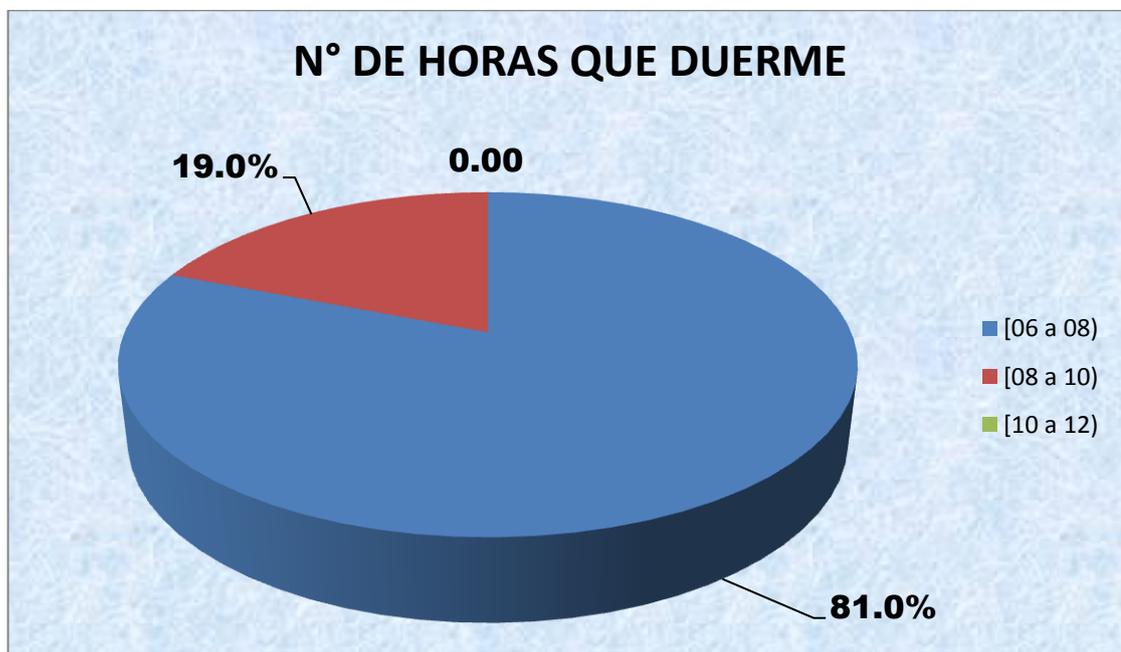
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 19



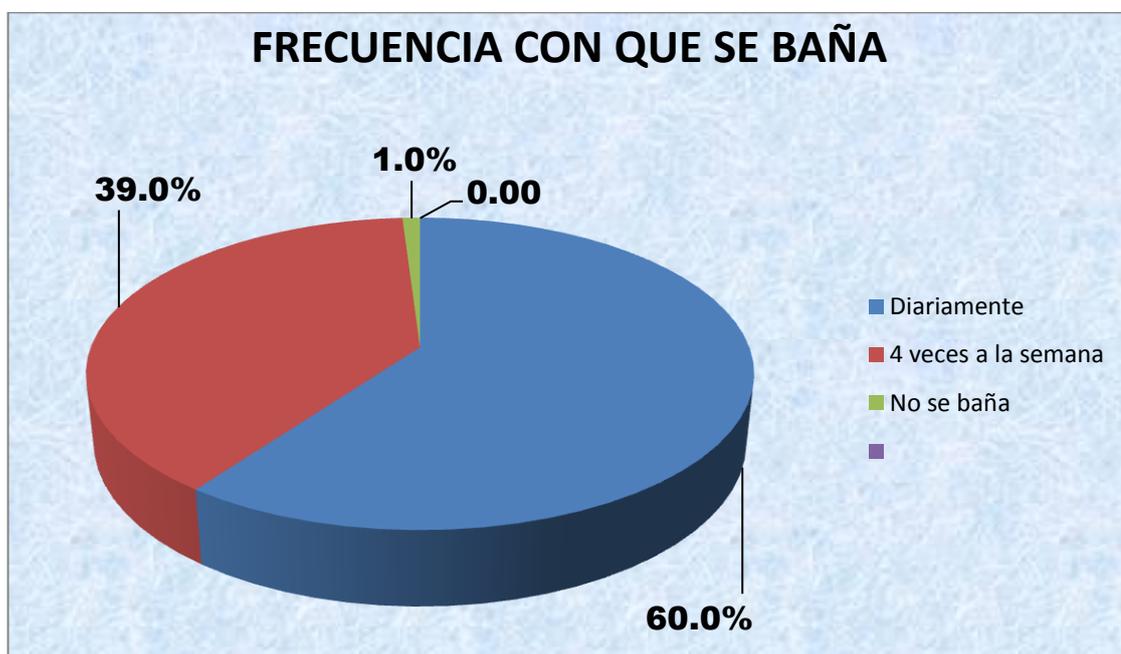
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 20



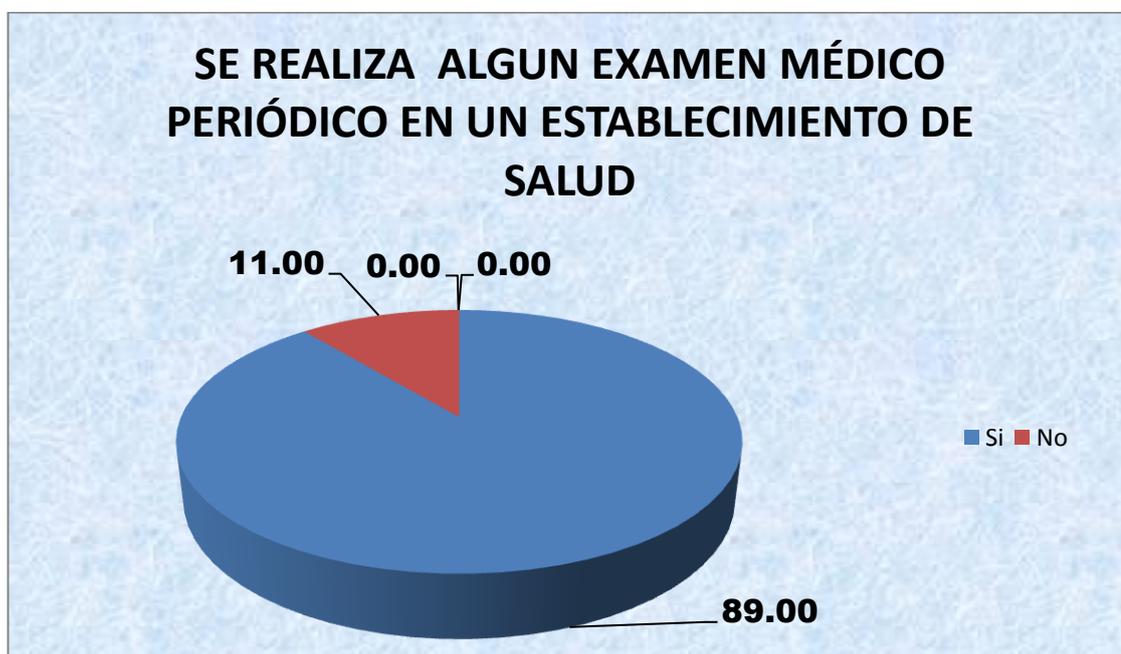
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 21



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 22



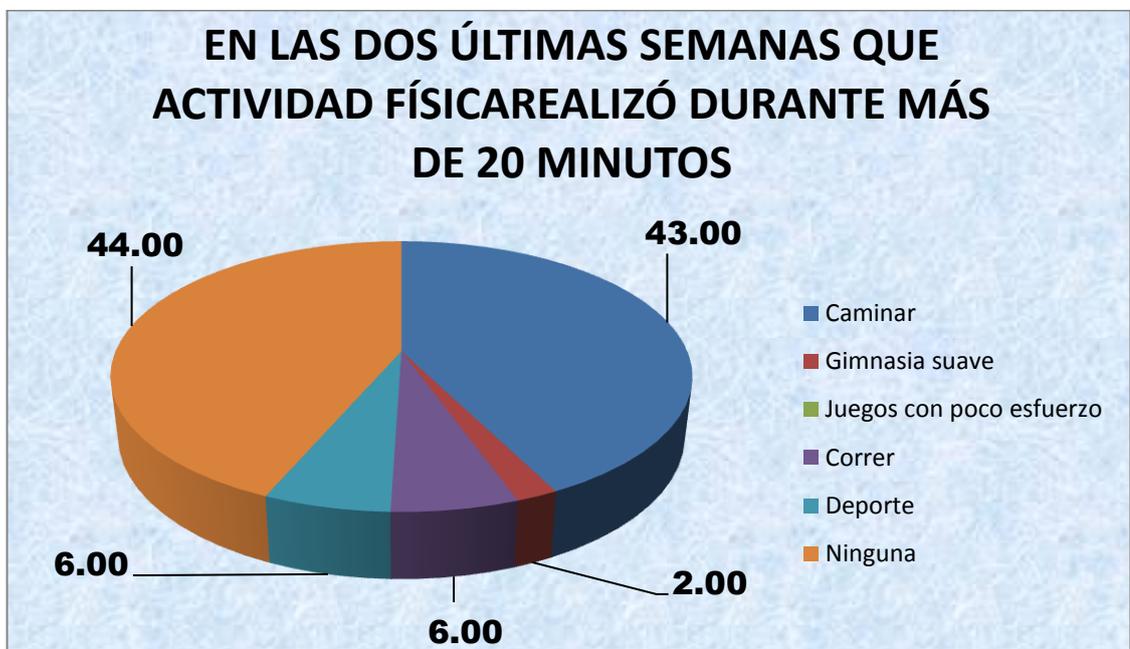
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 23



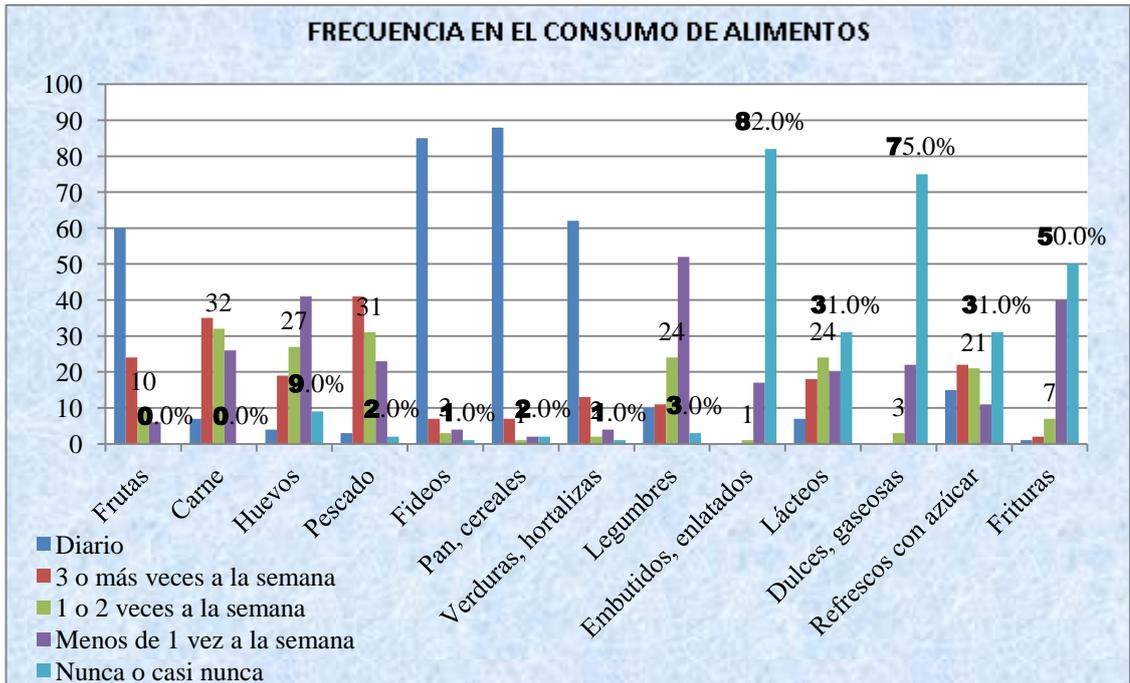
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 24



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

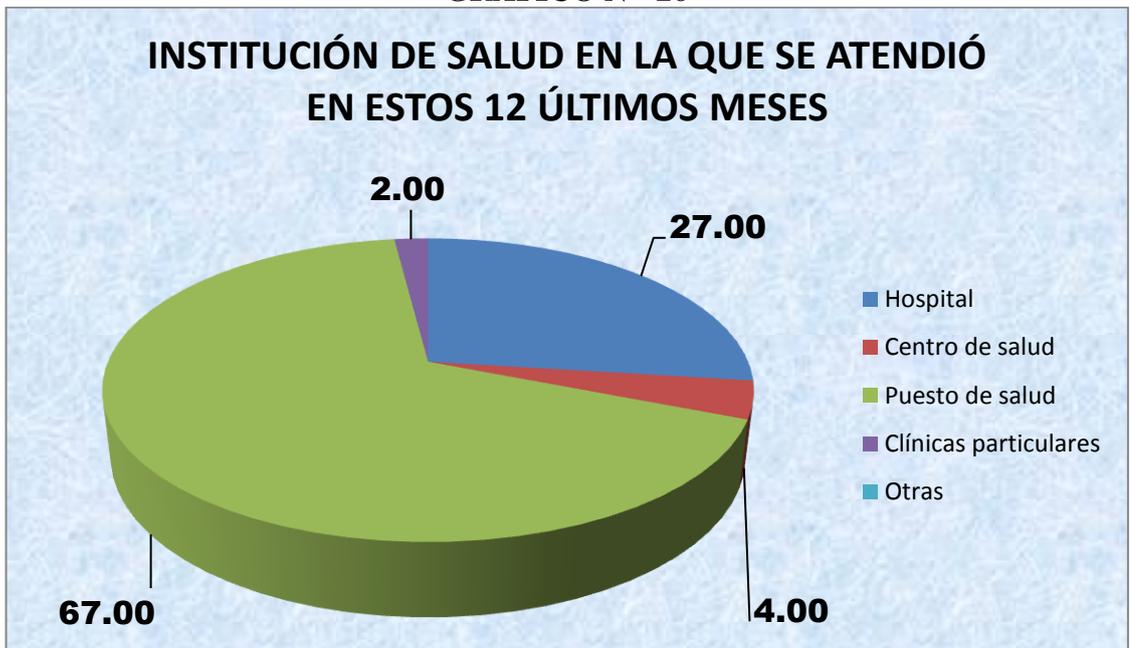
GRAFICO N° 25



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

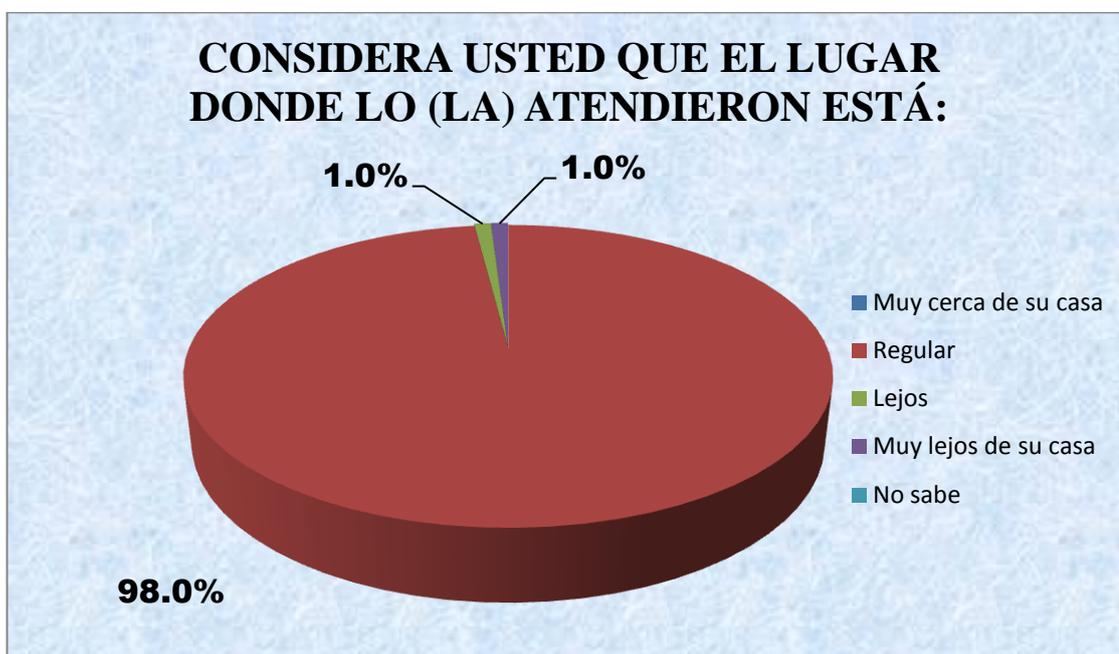
TABLA IV
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRAFICO N° 26



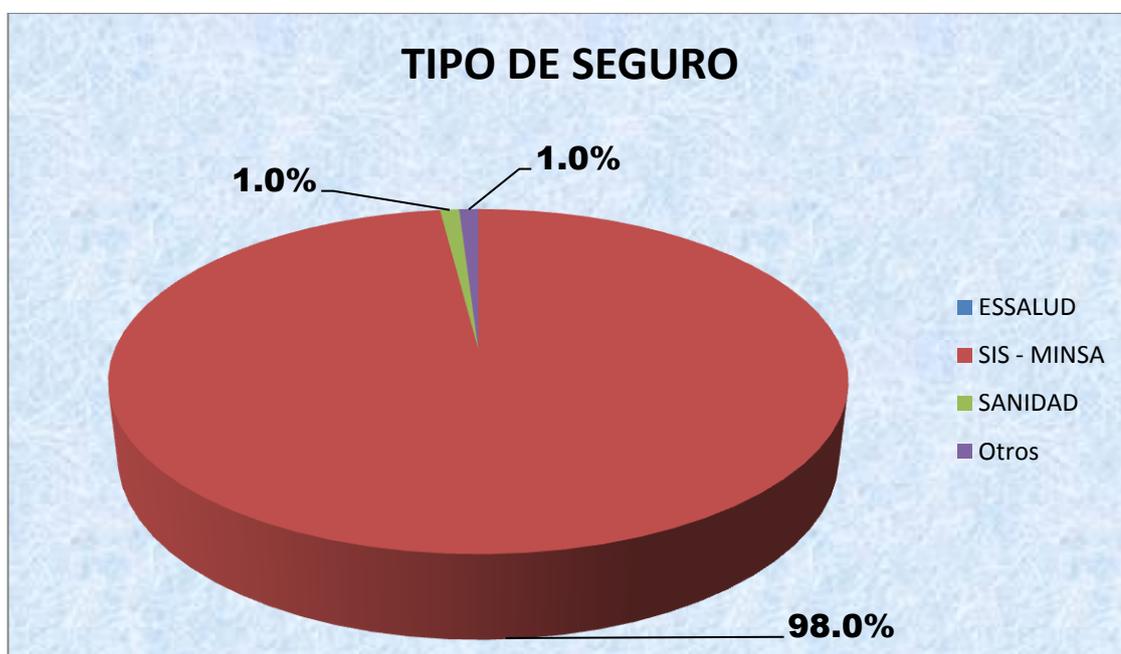
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 27



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 28



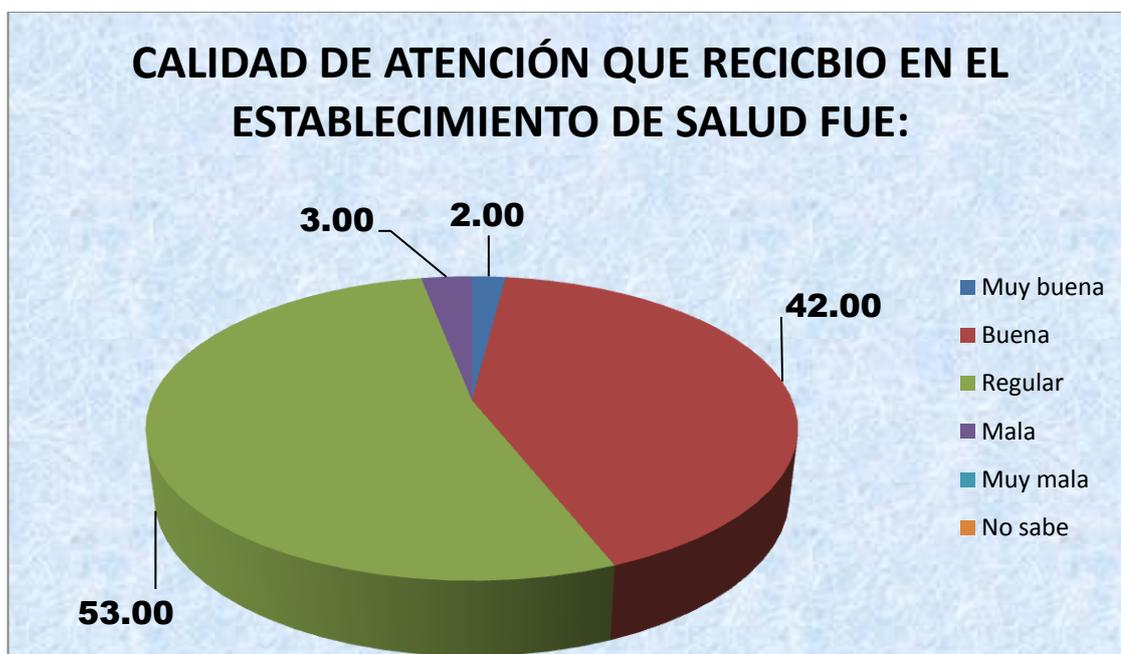
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 29



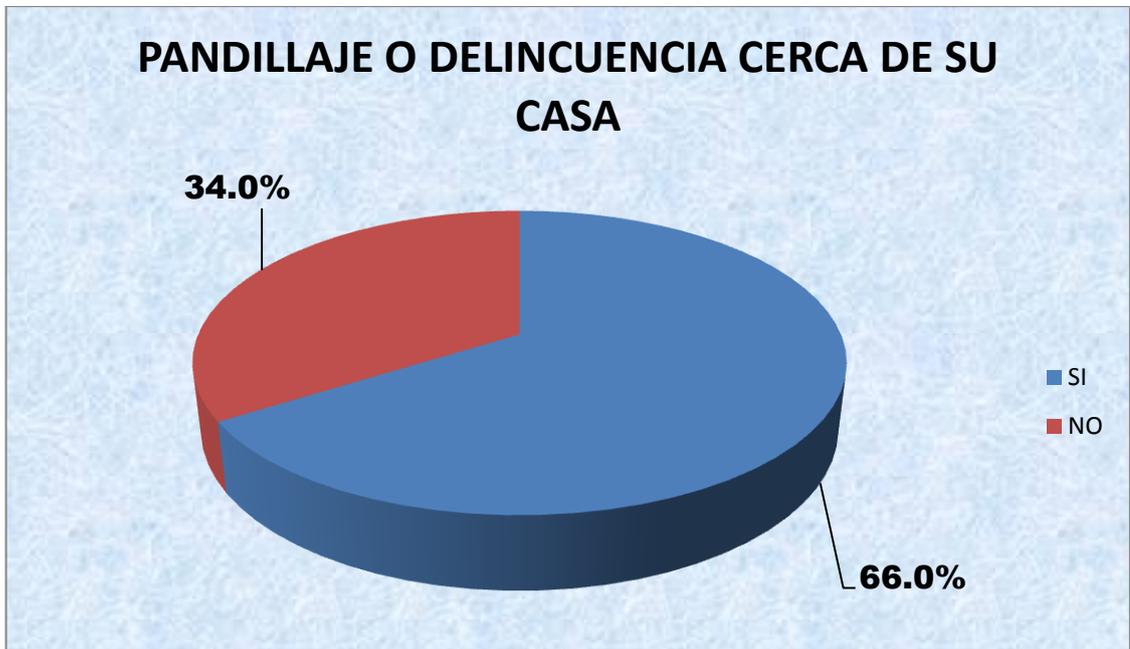
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 30



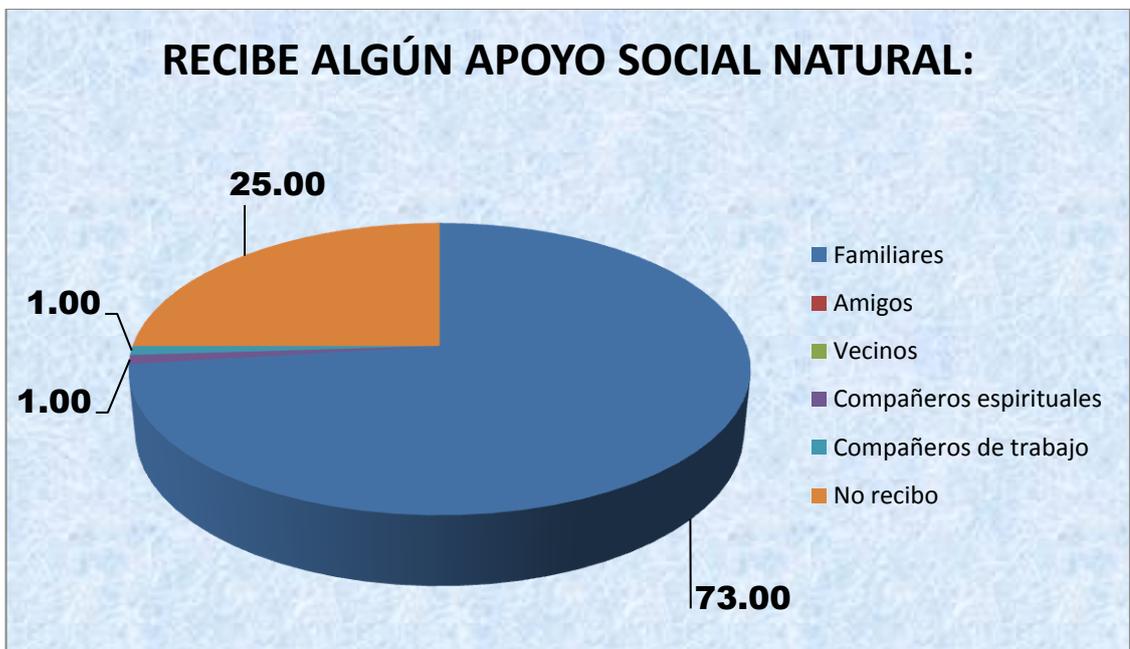
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N°31



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 32



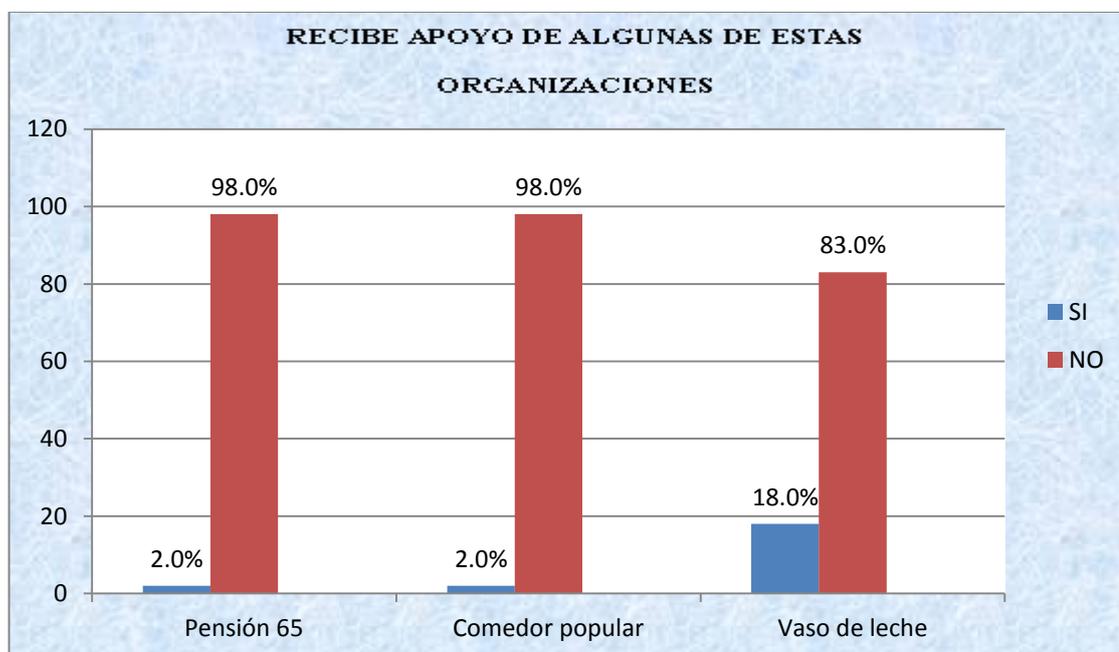
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 33



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana

GRAFICO N° 34



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adultos mayores hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2016. Elaborado por Dra. Vílchez Reyes María Adriana